



MENTI ATTIVE

La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche



Atti del Corso "Menti Attive in Riabilitazione:
la Ricerca in Riabilitazione nelle Marche"

Osimo, 29 Novembre 2013

**MENTI ATTIVE: LA RICERCA IN
RIABILITAZIONE NELLE MARCHE**

Rivista di cultura scientifica ed
informazione sulla riabilitazione

Editor

Oriano Mercante

Responsabile Scientifico

Fabrizia Lattanzio

Direttore Responsabile

Tiziana Tregambe

Managing Editor

Cristina Gagliardi

Editorial board

Mariagrazia Altavilla

Antonio Aprile

Daniela Baruffa

Marianna Capecci

Anna Gaspari

Claudio Maria Maffei

Mario Neri

Demetrio Postacchini

Maurizio Ricci

Osvaldo Scarpino

Mario Villani

Editorial Staff

Marzio Marcellini

Lucia Montemurro

Comunicazioni con la redazione

Cristina Gagliardi, tel. 071 8003344 • mail: c.gagliardi@inrca.it

Istruzioni per gli autori

www.seres-onlus.org

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

ISBN 978-88-6068-114-0

MENTI ATTIVE

La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche

N.4 Novembre 2013





In collaborazione con:



ITALE *Italic Pequod*

Editoriale - Oriano Mercante, Fabrizia Lattanzio, Valentina Pierini

Sezione Analisi del Movimento e Postura Pag. 1

Analisi strumentale del cammino con sistema Gait Rite presso il Laboratorio Analisi del Movimento e della Postura dell'UOC di Medicina Riabilitativa INRCA di Ancona. Report anni 2011-2013
Giacomo Ghetti, Renato Baldoni, Giacomo Borghi, Oriano Mercante “ 3

Patterns di attivazione muscolare durante il Functional Reach Test in soggetti diabetici
Elvira Maranesi, Rosa Anna Rabini, Giacomo Ghetti, Sandro Fioretti “ 7

Utilizzo di apparecchiature inerziali basate su Android per l'analisi del movimento
Vinicio Barone, Sandro Fioretti “ 13

La verifica della postura e la programmazione del trattamento
Gabriele Sartini “ 17

Sezione Clinica Pag. 21

I trattamenti riabilitativi post dimissione post acuzie nella sostituzione protesica articolare dell'anca per causa degenerativa o traumatica
Antonello Morgantini “ 23

Osteoporosi e artrosi: caratteristiche e gestione del dolore
Pietro Scendoni, Valentina Di Donna, Valerio Moretti, Giulia Fidecicchi “ 31

Utilizzo del ranelato di stronzio in pazienti osteoporotici con osteoartrite
Oriano Mercante “ 37

La riabilitazione post-infarto nella donna
Flora D'Ambrosio “ 41

Riabilitazione nella fase post-acuta dopo intervento chirurgico al seno
Marina Simoncelli, Lucia Paoloni, Donatella Moci, Maria Angela Cioccia, Raffaella Tanfulli, Roberta Bernardini “ 45

Correlazione tra deficit neuropsicologici e disfagia in pazienti con disturbi cognitivi ricoverati per trattamento riabilitativo post chirurgico ortopedico
Alberto Giattini, Annarita Caiazza, Marilena Capriotti, Silvia Cocci Grifoni, Francesco Morsut “ 49

Il paziente tracheotomizzato anziano: la complessità di gestione della tracheotomia in una condizione di fragilità
Giulia Fidecicchi, Valerio Moretti, Pietro Scendoni, Valentina Di Donna “ 53

Sezione Psicologica	Pag. 59
Un approccio valutativo dell'ansia e dello stress negli operatori in riabilitazione Anna Vespa, Liana Spazzafumo, Jacopo Dolcini, Norma Barbini	“ 61
Aspetti psicologici della Fibrillazione Atriale Elisa Bonazzi	“ 71
Sezione Organizzativa	Pag. 81
Appropriatezza della prescrizione degli ausili in riabilitazione Maria Grazia Altavilla	“ 83
Il progetto HCP 2011 - 'Chi ben comincia' - Servizi per disabili a supporto della longevità attiva: l'esperienza della vacanza assistita Cristina Gagliardi, Flavia Piccinini, Paola D'Ascoli	“ 87
La mediazione dei conflitti derivanti da responsabilità medica e sanitaria. Metodologia di un'intesa Cinzia De Stefani, Oriano Mercante	“ 91
CORSI E CONGRESSI DI INTERESSE RIABILITATIVO	“ 113



Siamo al II Congresso Menti Attive ed al IV numero 2013 della rivista Menti Attive.

Finalmente sia il congresso che la rivista stanno assumendo la fisionomia che avevamo pensato: una occasione non troppo formale di presentare le proprie esperienze di carattere clinico e gestionale per tutti gli operatori marchigiani della riabilitazione.

E' uno strumento di discussione, di confronto, che non si cala dall'alto ma che favorisce il dialogo tra le persone, senza per questo perdere in rigore. Come infatti potete osservare la qualità media degli articoli è veramente buona. Vorrei all'uopo anche ringraziare il Direttore Scientifico INRCA, dott.ssa Fabrizia Lattanzio, che ci ha sempre offerto il massimo supporto nel nostro lavoro.

Nell'illustrare il numero vorrei iniziare dall'editoriale della collega specializzanda in geriatria dott.ssa Valentina Pierini che, provenendo da un ambito diverso, ha a mio avviso colto con acutezza l'essenza della Riabilitazione: la visione prospettica del paziente. Per questo ringraziamo anche il prof. Dessì che ha spontaneamente e con lungimiranza favorito la frequenza degli specializzandi di geriatria nei vari reparti INRCA.

Nella Sezione Analisi del Movimento e Postura segnaliamo due interessanti lavori sperimentali, in cui appare evidente la formidabile e proficua collaborazione col prof. Sandro Fioretti del Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione dell'Università Politecnica delle Marche, ed una review dell'attività svolta presso il Laboratorio Analisi del Movimento INRCA negli ultimi 3 anni.

Nella Sezione Clinica troviamo due lavori sull'osteoporosi ed altri due sulla medicina di genere, relativi alla riabilitazione post-infarto nella donna e dopo intervento chirurgico al seno. Altri due articoli trattano i disturbi cognitivi in pazienti ricoverati per trattamento riabilitativo post chirurgico ortopedico e la complessità di gestione della tracheotomia in una condizione di fragilità.

Nella nuova Sezione Psicologica troviamo un interessante articolo sull'approccio valutativo dell'ansia e dello stress negli operatori in riabilitazione (anche noi siamo stressati!) e un altro sugli aspetti psicologici della fibrillazione atriale.

Nella Sezione Organizzativa un interessante articolo sull'appropriatezza della prescrizione degli ausili in riabilitazione, un altro sull'esperienza della vacanza assistita, ed un altro sulla mediazione civile, il percorso obbligatorio di gestione delle controversie in ambito sanitario (speriamo che non ci si incappi mai!).

Da ultimo nella Sezione Corsi e Congressi di Interesse Riabilitativo la consueta segnalazione di eventi di interesse riabilitativo o generale che si svolgono nel territorio marchigiano.

Ringraziamo anche i nostri collaboratori e gli sponsors che ci permettono di portare avanti la nostra rivista.

Buon lavoro a tutti!

Editor

Dott. Oriano Mercante MD



A distanza di un anno dall'uscita della Rivista Menti Attive in Riabilitazione, è con piacere che rilevo un crescente interesse attorno al lavoro sin qui svolto, testimoniato dal gran numero di lavori pubblicati e dalla vivacità dei contributi presentati dagli Autori.

Nel corso del 2013 la Rivista si è fregiata di ospitare gli Atti di eventi di rilevanza nazionale, quali il V° Congresso Pasquale Pace tenutosi all'INRCA nel maggio 2013 ed il 10° Corso Nazionale sulle Osteopatie Metaboliche nel mese di settembre, a testimonianza di quanto il settore attendesse uno strumento atto a raccogliere e dare la necessaria visibilità alle tante voci prestigiose che lo animano.

Come ho già avuto modo di sottolineare, la sperimentazione di programmi innovativi nel campo della riabilitazione riveste un ruolo di centralità nella nuova programmazione scientifica del nostro Istituto. Tra gli obiettivi più ambiziosi di questo ricco settore di indagine si pongono innovazioni da testare nel campo delle nuove tecnologie a sostegno della disabilità e della domotica, così come programmi e novità all'interno dei percorsi riabilitativi, attraverso progetti finalizzati alla valorizzazione risorse coinvolte quali professionisti e caregivers.

Un esempio è l'investimento dell'INRCA nell'Ambient Assisted Living, quale coordinatore riconosciuto dalla Regione Marche per la realizzazione del prototipo di "smart house" per la longevità attiva e indipendente dell'anziano. L'Istituto inaugurerà il prototipo della casa intelligente il prossimo 12 dicembre presso il POR di Ancona, evento al quale vi invito a partecipare.

Di innovatività e tecnologia ho trovato numerosi riscontri in questo numero della Rivista Menti Attive, con lavori che spaziano dalle indagini svolte nel Laboratorio del Movimento alle tematiche care ai professionisti della riabilitazione ma anche con interventi che suggellano feconde collaborazioni con ricercatori dell'area socio-economica e psicologica.

Le menti "attive" e più brillanti, di solito sono quelle che cercano con entusiasmo di contribuire a diffondere nuove conoscenze, e con questo auspicio intendo augurare a tutti di proseguire in questo lavoro.

Responsabile Scientifico
Dr.ssa Fabrizia Lattanzio



Sono una specializzanda in Geriatria al quinto anno di corso che, tra le varie e continue rotazioni, previste dal percorso formativo, si è ritrovata a lavorare per due mesi in Riabilitazione. Dato lo spostamento recente della nostra scuola all'INRCA, i primi anni sono stati prevalentemente internistici mentre l'ultimo realmente geriatrico. Trovandomi ad affrontare, anche in reparti non esclusivamente geriatrici, il paziente anziano, ho potuto notare come siano molte le differenze rispetto al classico paziente adulto. Cambia l'approccio diagnostico, perché non sempre è sufficiente il rapporto col paziente per comprendere l'anamnesi, perché questa si arricchisce con gli anni e perché la parte clinica non è l'unica da valutare. Il paziente anziano è spesso polimorboso e fragile, molteplici aspetti incidono sulla sua salute e vanno considerati. Dove, meglio che in una

Riabilitazione, si può dare il peso che merita all'aspetto funzionale? Questo aspetto è parte essenziale della valutazione multidimensionale del paziente e nei reparti geriatrici per acuti se ne percepisce l'importanza principalmente come modo di manifestare la malattia acuta, guardando alla perdita di funzione come sintomo più o meno specifico di un problema clinico emergente. Quello che penso d'aver trascurato un po' finora è il suo significato prognostico. Il paziente anziano è differente dall'adulto, ma può essere differente anche dall'anziano del letto vicino, anche se accomunati dalla stessa diagnosi d'ingresso. Senza indagare a sufficienza e con consapevolezza non ci si rende veramente conto del diverso livello funzionale di partenza e di autonomia a domicilio tra pazienti ricoverati per lo stesso problema clinico acuto. Ci si trova di fronte a pazienti che si presentano in modo molto simile, fermi a letto con flebo o monitor e cateterizzati per il problema acuto e concentrandosi prevalentemente sulla risoluzione di quest'ultimo si perdono informazioni importanti. Nel reparto di Riabilitazione intensiva post-acuzie la differenza notata da subito è il ragionamento prospettico, il fatto di considerare già alla prima valutazione del paziente gli obiettivi attesi nel medio e nel lungo periodo, definendo quello che ci si prefigge di ottenere al termine della degenza e gli ulteriori eventuali progressi successivi. Si pensa al dopo già alla nascita del progetto riabilitativo che è individualizzato e tiene conto del livello funzionale pre-morboso, della condizione esitata dal problema acuto e della collaborazione del paziente. La rivalutazione multidisciplinare del paziente permette poi di valutare nel tempo l'andamento e il recupero. La maggior durata della degenza e l'occhio puntato ai mesi successivi al suo termine, permette una continuità nella valutazione del paziente, un respiro più lungo e una comprensione più globale anche dal punto di vista clinico. E' molto interessante come facciano parte in pieno della terapia riabilitativa il graduale reinserimento di attività della vita quotidiana, la mobilizzazione, lo svezzamento dal catetere vescicale, l'uso del bagno, la sala mensa come ambiente comune. A pensarci sono aspetti ripersonalizzanti, che danno fiducia e credo inneschino un circolo virtuoso nel recupero. Se l'autonomia auspicata dipende dal livello funzionale di partenza e dal supporto a disposizione, anche il caregiver è coinvolto come parte attiva e partecipa del recupero dell'autonomia più o meno adattata del paziente. E' stato interessante trovarmi a pensare in modo un po' più prospettico, non fermando lo sguardo al termine della terapia antibiotica, del percorso nel proprio reparto o al giorno della dimissione. Pensare a quello che succede dopo la lettera di dimissione; la possibilità di una terapia riabilitativa intensiva, estensiva, il ritorno a domicilio con assistenza domiciliare o meno, l'istituzionalizzazione. Ovviamente bisogna conoscere gli strumenti che si hanno a disposizione, i tempi e i tipi di terapie o di strutture, cosa per nulla scontata se si viene dallo studio universitario e dalla pratica in ospedale universitario e non si ha esperienza che vada temporalmente oltre la data di dimissione dal reparto per acuti né spazialmente nel territorio. Cercherò di portare via con me quest'abitudine; di cogliere il livello funzionale del paziente prima del ricovero non utilizzandolo solo per la diagnosi ma sfruttando di più tutte le informazioni utili che mi può dare. Proverò a pensare da subito cosa posso aspettarmi e cosa sia più adatto a riportare il paziente il più vicino possibile al livello d'autonomia che aveva prima delle cure del caso.

Specializzanda in geriatria
Dr.ssa Valentina Pierini

Sezione **Analisi del Movimento e Postura**



Analisi strumentale del cammino con sistema Gait Rite presso il Laboratorio Analisi del Movimento e della Postura dell'UOC di Medicina Riabilitativa INRCA di Ancona. Report anni 2011-2013

Giacomo Ghetti¹, Renato Baldoni¹, Giacomo Borghi², Oriano Mercante¹

¹Laboratorio Analisi del Movimento e della Postura, UOC Medicina Riabilitativa INRCA POR Ancona; ²Allievo Scuola Fisioterapisti, Università Politecnica delle Marche

Riassunto. In questo lavoro, dopo aver collocato il sistema Gait Rite all'interno del contesto operativo del Laboratorio Analisi del Movimento e della Postura (LAM) INRCA di Ancona ed averne descritto le caratteristiche tecniche, le modalità di applicazione in ambito clinico e di ricerca, è stato quantificato il lavoro svolto nel periodo 2011-2013 nell'indagine strumentale dei disturbi del cammino (numero totale delle sessioni e dei test effettuati).

Successivamente sono state individuate e suddivise in percentuale le diverse patologie motorie disabilitanti analizzate nello stesso periodo di tempo presso l'UOC di Medicina Riabilitativa INRCA di Ancona. Il lavoro si conclude con la presentazione di grafici finalizzati al confronto statistico di alcune fra le disabilità più rappresentate in relazione a: tempi di degenza, tempi di somministrazione dei test del cammino, valori del Functional Ambulation Profile (F.A.P.) alla prima valutazione ed alla dimissione del paziente.

Parole chiave: Gait Rite, piattaforma di deambulazione, Functional Ambulation Profile (F.A.P.), parametri spazio-temporali del passo

Abstract. In this report, after setting the Gait Rite system inside the operative background of the Motion and Posture Analysis Laboratory INRCA Ancona and after describing its technical features, manner of application in the clinic and research environment, we assessed the work we did from 2011 to 2013 in the instrumental investigation of the gait diseases (total number of sessions and executed tests).

Then we individuated and split in percentage the different motor disabling diseases analyzed in the same period at the UOC Medicina Riabilitativa INRCA of Ancona. The report ends with a presentation of the bar graphs directed to the statistic comparison among the impairments more represented related to: time of hospitalization, time of giving of the gait cycle test, values of the Functional Ambulation Profile (F.A.P.) at the first evaluation and at the patient discharge.

Keywords: Gait Rite, gait platform, Functional Ambulation Profile (F.A.P.), space time gait parameters

PRESENTAZIONE

Il LAM dell'INRCA di Ancona è dotato di due sistemi per l'analisi quantitativa del movimento. Il primo, optoelettronico, è costituito da sei telecamere ed un hardware dedicato che permettono la rilevazione della posizione nello spazio di piccoli markers passivi posizionati sul soggetto in esame. Un apposito software ricostruisce poi, in tre dimensioni, le grandezze cinematiche (spostamenti, traiettorie, velocità) e quelle dinamiche (forze, coppie), queste ultime fornite da due piattaforme di forza. Il sistema dispone inoltre di otto elettrodi di superficie per il rilevamento e la teletrasmissione dei potenziali elettrici muscolari, generati nel corso delle attività statiche e dinamiche (EMG di superficie) dei soggetti in esame. Tale sistema

viene utilizzato prevalentemente nell'ambito della ricerca per lo studio della fisiologia e della patologia del movimento, anche in collaborazione con ricercatori medici e biomedici dell'Università Politecnica delle Marche.

Il secondo, il Gait Rite, consente la misurazione dei parametri temporali e spaziali attraverso un tappeto elettronico arrotolabile dotato di sensori incapsulati sulla sua superficie.

Lo strumento è portatile, può essere posto su qualunque superficie piana, ha tempi di setup e di esecuzione dei test molto brevi, inoltre, non richiede che al paziente venga applicato o fatto indossare alcun componente.

Durante la deambulazione del paziente lungo la pedana, il sistema analizza costantemente il segnale ricevuto dai sensori per rilevare le

caratteristiche di quanto in appoggio (piede, ausilio). L'area dell'oggetto è determinata dal numero di sensori attivati e dalla distanza tra essi. La pedana trasferisce le informazioni al PC tramite cavo USB. Il software applicativo controlla la pedana, processa i dati grezzi trasformandoli in impronte, ed elabora i dati spazio-temporali. Il database del software salva i risultati dei test individualmente per ogni paziente e supporta diversi tipi di report.

Il LAM annesso all'UOC di Medicina Riabilitativa INRCA di Ancona, dispone di questo secondo sistema, dal mese di luglio 2011.

Viste la semplicità d'uso e la rapidità d'impiego, tale risorsa tecnologica s'è rivelata di grande utilità non solo come strumento affidabile per lo svolgimento dell'attività di ricerca ma anche per la valutazione routinaria dei pazienti dell'UOC (degenti e ambulatoriali).

In relazione a quanto sopra, al fine di ottimizzare l'utilizzo del Gait Rite, si è ritenuto opportuno procedere alla stesura di un "report" utile a quantificare e qualificare l'attività del sistema dalla data della sua dotazione al LAM ad oggi.

MATERIALI E METODI

L'analisi strumentale della deambulazione effettuata con sistema Gait Rite consente il rilevamento delle seguenti tipologie di dati:

1. parametri spazio-temporali del passo comparabili con range di normalità di soggetti appartenenti a fasce d'età diverse, forniti dal database presente nel software
2. baropodometria dinamica con individuazione cromatica delle variazioni pressorie sulla superficie podalica e calcolo dei centri di pressione con rappresentazione grafica dell'andamento degli stessi
3. il punteggio FAP, che in un adulto in salute varia dai 95 ai 100 punti ed è calcolato sulla base dei dati ottenuti dalla pedana del Gait Rite e delle misure antropometriche del paziente. La base del punteggio è la relazione lineare tra il rapporto Lunghezza del Passo/ Lunghezza della Gamba e la velocità del passo quando la velocità corrisponde alla velocità a cui teoricamente camminerebbe un adulto in salute con una gamba di quella lunghezza (Grieve 1968, Winters 1987). Il punteggio FAP è stato oggetto di una serie di test per determinare la sua validità attraverso la comparazione con valutazioni altamente affidabili. Lo scopo del rilevamento del FAP è quello di consentire la comparazione dei dati raccolti durante lo svolgimento di test del cammino standard (marcia lineare di 5 metri su tappeto in

piano) con quelli di una popolazione sana di riferimento. Il punteggio FAP può valutare oggettivamente l'efficacia di un training e/o di approcci terapeutici per i disturbi del cammino.

RISULTATI

Tab.1 N° delle sessioni e degli esami eseguiti con Gait Rite dal 27 luglio 2011 al 30 settembre 2013

N° SESSIONI	N° PROVE ESAME
519	3.120

Queste sessioni sono state effettuate con soggetti degenti dell'UOC di Medicina Riabilitativa INRCA di Ancona, ambulatoriali afferenti al servizio di riabilitazione della medesima unità operativa e appartenenti a progetti di ricerca del LAM.

Tab.2 N° totale dei soggetti valutati con Gait Rite dal 27 luglio 2011 al 30 settembre 2013

328 (100%)		
UOC MEDICINA RIABILITATIVA	ESTERNI (ambulatoriali)	RICERCA (con impiego Gait Rite)
247 (75%) B+C (vedi tab.3)	66 (20%)	15 (5%)

Il numero dei soggetti valutati appartenenti all'UOC di Medicina Riabilitativa deriva dalla sottrazione dal numero complessivo dei ricoverati nel periodo 2011-2013 (445) dei soggetti non valutati per:

- inabilità alla valutazione,
- trasferimento in altre UO,
- decesso,
- maltempo (gli ambienti del LAM sono distaccati da quelli dell'UOC Med. Riab.),
- inagibilità del LAM (danni strutturali),
- manutenzione degli strumenti di valutazione.

Tab.3 N° totale dei soggetti degenti presso l'UOC di Medicina Riabilitativa dal luglio 2011 al 30 settembre 2013

445 (100%)		
A - SOGGETTI NON VALUTATI	198	44%
B - SOGGETTI VALUTATI	176	39%
C - SOGGETTI PARZIALMENTE VALUTATI	71	17%

Nei grafici (1-2) sono indicate le percentuali dei pazienti degenti dell'UOC di Medicina Riabilitativa valutati nel periodo 2011-2013, in relazione alle diverse patologie motorie disabilitanti.

Fig.1 Percentuale dei degenti UOC Medicina Riabilitativa valutati o parzialmente valutati con sistema gait rite dal luglio 2011 al settembre 2013 (247)

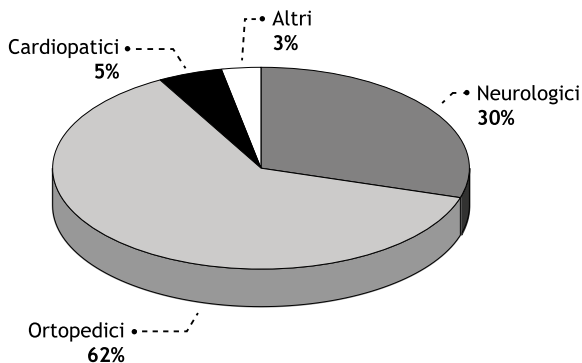
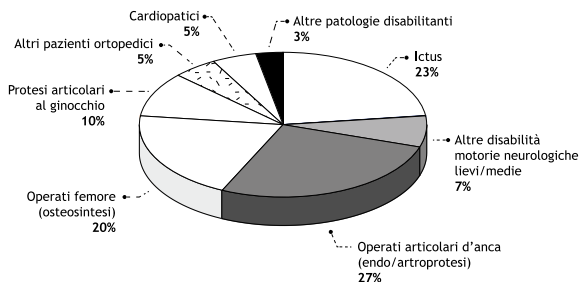


Fig.2 Percentuale ulteriormente specificata dei degenti UOC Medicina Riabilitativa valutati o parzialmente valutati con sistema gait rite dal luglio 2011 al settembre 2013 (247)

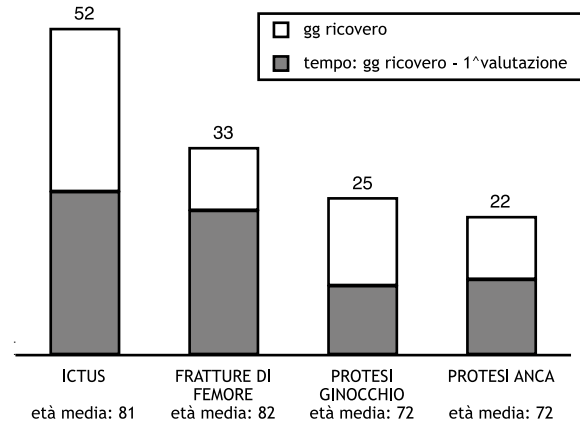


Segue la presentazione dei grafici utili al confronto statistico di alcune fra le disabilità più rappresentate presso l'UOC Medicina Riabilitativa in relazione a:

- tempi di degenza,
- tempi di somministrazione dei test del cammino,
- valori del Functional Ambulation Profile (F.A.P.)
- alla prima valutazione ed alla dimissione del paziente.

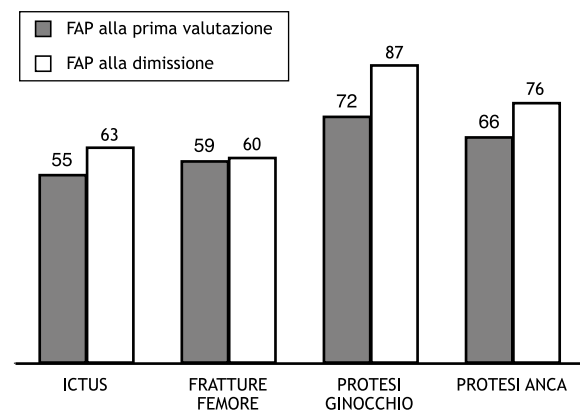
L'ammissione dei pazienti dell'UOC di Medicina Riabilitativa all'esame con Gait Rite è stata determinata dal raggiungimento da parte del degente di un punteggio alla scala FIM - sezione cammino ≥ 2 : "il paziente compie dal 25% al 49% dello sforzo locomotorio per percorrere almeno 15 metri. E' richiesta l'assistenza di una sola persona".

Fig.3 confronto tra i valori medi dei giorni di ricovero e i valori medi dei giorni trascorsi dal ricovero alla prima valutazione



Confronto del punteggio FAP alla prima valutazione e prima della dimissione.

Fig.4 Confronto dei valori medi del FAP alla prima valutazione ed alla dimissione



CONCLUSIONI

La piattaforma elettronica Gait Rite consente il rilevamento di parametri oggettivi che permettono di monitorare velocemente e semplicemente i progressi dei pazienti. Inoltre, il FAP, utilizzato come parametro di valutazione nel presente lavoro (vedi figura 4), è ritenuto in letteratura un affidabile e valido strumento di identificazione delle deviazioni dai normali valori spazio temporali del passo.

Il "report" sopra riportato può quindi essere di aiuto agli addetti ai lavori per l'ottimizzazione, sia logistica che clinica, delle attività svolte con l'utilizzo del sistema Gait Rite. Inoltre il medesimo "report", in relazione all'attuale situazione economico-sanitaria, è sicuramente uno strumento importante per la gestione delle risorse umane e strumentali al fine di una gestione oculata dei costi.

BIBLIOGRAFIA

- The GAITRite Electronic Walkway y www.gaitrite.com y support@gaitrite.com ©2007 CIR Systems Inc.
- GAITRite Manuale d'uso ITALIANO Versione 3.9 ©9/6/2007.
- Appendice del Manuale d'uso del GAITRite, "How is the Functional Ambulation Profile score calculated?".
- Arthur J. Nelson, Ph.D., PT; FAPTA –Staten Island, NY
- Andrew L. McDonough, EdD, PT, Mitchell Batavia, PhD, PT, Fang C. Chen, PhD, PT, Soonjung Kwon, MA, PT, James Ziai, "The Validity and Reliability of the GAITRite System's Measurements: A Preliminary Evaluation", Arch Phys Med Rehabil Vol 82, March 2001

Patterns di attivazione muscolare durante il Functional Reach Test in soggetti diabetici

Elvira Maranesi¹, Rosa Anna Rabini², Giacomo Ghetti³, Sandro Fioretti¹

¹Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione, Università Politecnica delle Marche, Ancona

²UOC Malattie Metaboliche e Diabetologia, INRCA POR Ancona

³Laboratorio di Postura e Analisi del Movimento, UOC Medicina Riabilitativa INRCA POR Ancona

Riassunto. Lo studio si propone di valutare i pattern di attivazione dei principali muscoli coinvolti nel Functional Reach (FR) test in soggetti diabetici (CTRL) e diabetici neuropatici (DN). Utilizzando l'elettromiografia di superficie, sono stati analizzati diversi muscoli: Sternocleidomastoideo (SCM), Retto Addominale (RABd), paravertebrali spinali a livello della L4 (L4), Retto Femorale (RF), Hamstrings (Ham), Tibiale Anteriore (TA) e Soleo (Sol). Nei CTRL, TA è stato identificato come primo motore, attivandosi prima dell'inizio del FR (-25%): la sua azione può essere attribuita all'attività anticipatoria necessaria a sbilanciare il corpo in avanti. Si è osservata una sequenza di attivazione caudo-craniale dei muscoli anteriori (TA-RF-RABd-Scm). Sol e Ham, attivi dal 20% del FR, seguiti da L4, agiscono principalmente come muscoli tonici, opponendosi al movimento e prevenendo le cadute. Rispetto ai CTRL, i DN mostrano una grande variabilità inter-soggetto nel timing di attivazione muscolare. Inoltre, si è registrato un reclutamento anticipatorio del TA che potrebbe essere visto come un tentativo di compensare la disfunzione propriocettiva legata alla neuropatia. Il presente studio mostra, quindi, come l'elettromiografia di superficie sia uno strumento utile per approfondire le modalità di esecuzione del FR proponendo come possibile elemento identificativo della presenza di neuropatia in soggetti diabetici l'attivazione precoce del TA.

Parole chiave: elettromiografia di superficie; Functional Reach Test; aggiustamenti posturali anticipatori; diabete; equilibrio

Abstract. This study was designed to assess, in non-neuropathic (CTRL) and neuropathic (DN) diabetic subjects, the activation patterns of the main muscles involved in the Functional Reach (FR) Test. Surface electromyographic analysis of Sternocleidomastoideus (Scm), Rectus Abdominis (RABd), Erectores Spinae at L4 level (L4), Rectus Femoris (RF), Hamstrings (Ham), Tibialis Anterior (TA) and Soleus (Sol) was performed. In CTRL, TA was identified as the first motor, since it activates before (-25%) the start of FR-period; its action can be attributed to the anticipatory activity necessary to unbalance the body. Then, a caudo-cranial activation sequence of the anterior muscles was observed (TA-RF-RABd-Scm). Sol and Ham (ON at 20% of FR), followed by L4, act mainly as tonic muscles, opposing the movement and preventing falls. Compared to the CTRL group, DN subjects show a larger inter-subject variability in the timing of activation intervals. Moreover, an anticipatory recruitment of TA is observed probably due to an attempt to compensate the neuropathy-related proprioception dysfunction. In conclusion, the present study shows that surface electromyography is a suitable tool to deepen the interpretation of the FR-test execution and proposes the earlier start of TA as a possible element to identify the presence of neuropathy in diabetic subjects.

Keywords: Surface EMG; Functional Reach Test; anticipatory postural adjustments; diabetes; balance

INTRODUZIONE

Il Functional Reach (FR) test, proposto come una misura di equilibrio in grado di identificare soggetti anziani a rischio di cadute ricorrenti, è un test semplice, veloce, e clinicamente ben accetto^[1,2]. È definito come il massimo spostamento in avanti che un soggetto posto in posizione eretta e con il braccio dominante esteso può imprimere alla propria mano mantenendo inalterata la base di appoggio.

L'OMS sostiene che 347 milioni di persone nel mondo hanno il diabete e circa il 15% possono sviluppare disturbi nervosi come la neuropatia periferica^[3] con conseguente diminuzione nella stabilità, statica e dinamica^[4,5].

Dall'analisi della letteratura è emerso come l'elettromiografia di superficie (sEMG) durante test con perturbazioni volontarie sia stata utilizzata solo per l'analisi di oscillazioni del tronco in avanti e all'indietro^[6-8], evidenziando

la presenza di attività posturali che precedono il movimento stesso. Questi aggiustamenti posturali anticipatori possono essere interpretati come un pre-comando volto a minimizzare il disturbo di equilibrio associato a tali movimenti^[8]. Questo studio si propone di valutare i pattern di attivazione muscolare coinvolti nel FR test in soggetti diabetici non-neuropatici e affetti da neuropatia diabetica,

al fine di verificare differenze negli aggiustamenti posturali anticipatori dovuti alla presenza della neuropatia.

MATERIALI E METODI

Il test è stato applicato a 10 pazienti diabetici: 5 non-neuropatici (CTRL) e 5 neuropatici (DN). I loro dati clinici sono riportati in Tabella 1.

Tab.1 Dati clinici relativi ai soggetti analizzati.

A. CTRL	Subject A	Subject B	Subject C	Subject D	Subject E
Age [years]	74	66	67	77	79
Height [cm]	165	166	182	152	150
Foot length [cm]	27	24.5	27	24	24
Body mass index [kg·m ²]	34.3	28.3	27.1	29.2	32
HbA1c (%)	7.2%	6.9%	7.4%	7.0%	6.8%
B. DN	Subject A _n	Subject B _n	Subject C _n	Subject D _n	Subject E _n
Age [years]	74	68	72	71	63
Height [cm]	166	163	173	169	174
Foot length [cm]	26	25	26	26.5	27
Body mass index [kg·m ²]	29.3	27.1	25.3	33.6	24.1
HbA1c (%)	7.5%	7.8%	7.9%	7.5%	7.7%

CTRL = diabetici non neuropatici; DN = diabetici neuropatici

Ogni soggetto, posizionato in piedi su una piattaforma dinamometrica (Kistler, 9281type) con il braccio dominante esteso e mantenuto perpendicolare al tronco, doveva muovere tale braccio il più avanti possibile. La prova è stata effettuata alla massima velocità possibile e ripetuta tre volte.

La cinematica articolare è stata acquisita attraverso un sistema optoelettronico Elite a 6 camere (BTS-SMART-D) e i marker sono stati collocati secondo il protocollo descritto in^[9]. I segnali elettromiografici sono stati acquisiti utilizzando un sistema sEMG a 8 canali wireless (BTS FREE EMG300) posizionando gli elettrodi unilateralmente sul lato dominante sui seguenti

muscoli: Sternocleidomastoideo (SCM), Retto Addominale (RAbd), paravertebrali spinali a livello L4 (L4), Retto Femorale (RF), muscoli posteriori della coscia (Ham), Tibiale Anteriore (TA) e Soleo (Sol) seguendo le raccomandazioni del SENIAM. Il FR è stato definito come la differenza tra il punto di massima estensione in avanti del polso rispetto alla sua posizione iniziale ed è stata normalizzato rispetto l'altezza del soggetto (FR_H).

RISULTATI

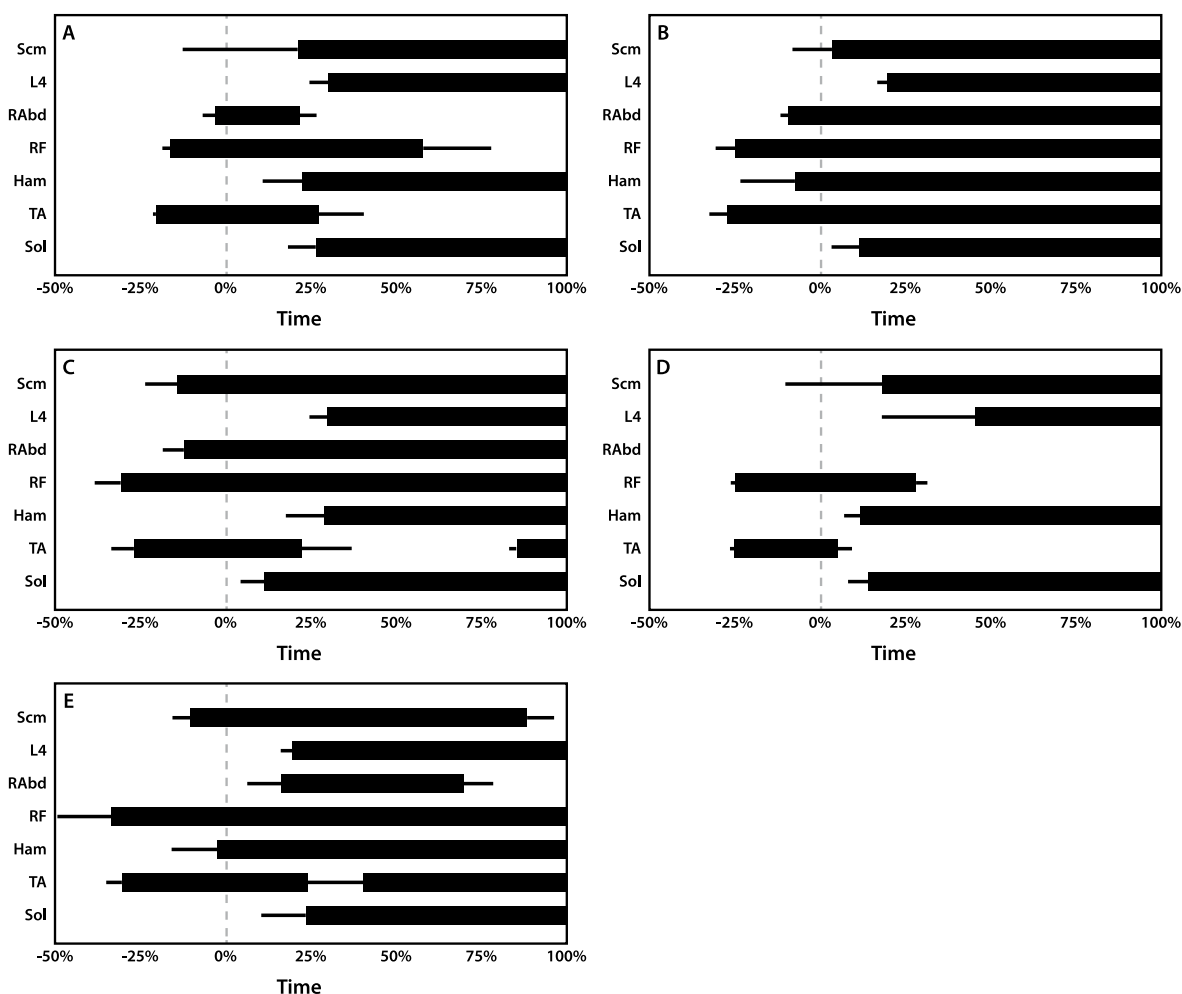
La tabella 2 riporta i valori medi e le deviazioni standard dei parametri cinematici e le strategie motorie utilizzate^[9].

Tab.2 Valore medio ± deviazione standard dei parametri cinematici calcolati e le strategie motorie utilizzate nei CTRL e nei DN.

A. CTRL	Subject A	Subject B	Subject C	Subject D	Subject E
FR_H	0.14±0.008	0.16±0.01	0.15±0.01	0.09±0.01	0.13±0.01
Hip flexion [deg]	18.2±1.1	36.9±1.5	31.9±1.8	18.1±1.2	29.5±2.5
Ankle plantarflexion [deg]	10.0±0.3	26.3±8.9	20.0±2.0	5.6±0.3	10.1±1.1
Trunk rotation [deg]	15.1±3.2	11.6±4.1	12.8±3.4	3.7±2.4	3.9±1.6
Strategy	Mixed	Hip	Hip	Mixed	Hip
B. DN	Subject A _n	Subject B _n	Subject C _n	Subject D _n	Subject E _n
FR_H	0.12±0.01	0.17±0.01	0.11±0.006	0.07±0.01	0.07±0.01
Hip flexion [deg]	17.5±3.2	44.2±1.9	26.9±1.5	28.7±2.8	21.1±1.2
Ankle plantarflexion [deg]	14.2±0.3	15.9±0.5	15.2±1.1	8.6±2.2	8.6±1.3
Trunk rotation [deg]	11.7±1.5	11.8±2.8	8.6±1.8	6.0±1.1	7.4±1.4
Strategy	Mixed	Hip	Hip	Hip	Hip

CTRL = diabetici non neuropatici; DN = diabetici neuropatici

Fig.1 Intervalli di attivazione muscolare nei soggetti diabetici non neuropatici (A-E).



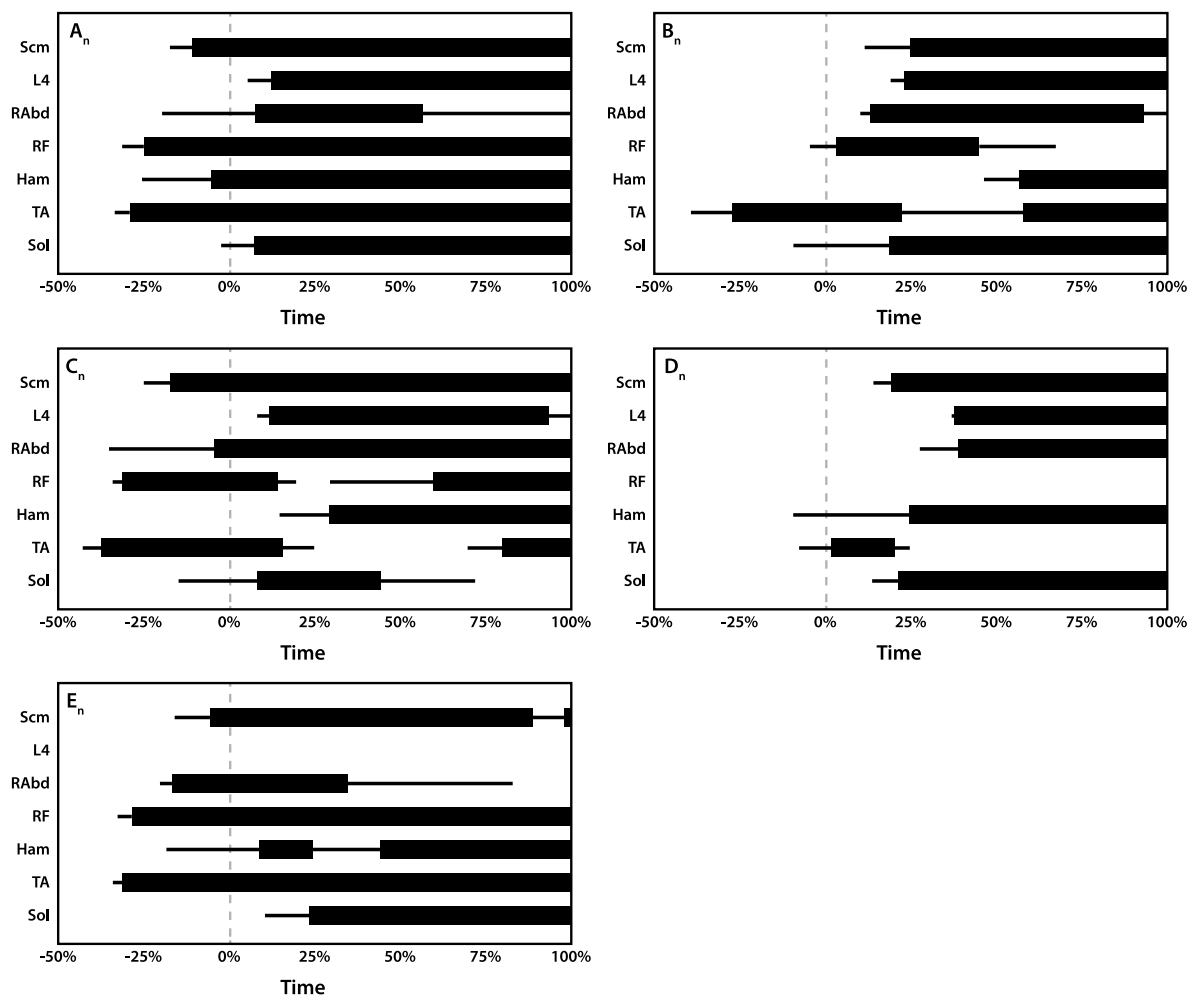
La figura 1 mostra gli intervalli di attivazione muscolare nei CTRL.

I muscoli anteriori del corpo (Scm, RAbd, RF, TA) sono attivi prima dell'inizio del movimento. In tutti i soggetti il primo motore è TA che si contrae intorno al -25% del FR. RF si contrae contemporaneamente al TA in modo sincrono. In base al numero e alle modalità di attivazione del TA e del RF, i CTRL possono essere divisi in due gruppi: nel primo (soggetti A, D), TA è attivo prima dello start del movimento e si disattiva entro il 25% del FR; nel secondo (soggetti B, C, E) si rileva la stessa attività del primo gruppo ma anche da un'ulteriore attività del TA nella seconda metà del FR. La modalità di attivazione in questo secondo gruppo può verificarsi come singola attivazione prolungata per la durata del test (soggetto B) o come una doppia attivazione (soggetti C ed E), all'inizio e alla fine del FR. L4 e Sol si comportano in modo simile, mostrando un'attivazione simultanea intorno al 20% del FR. Anche Ham presenta un andamento simile, anche se in B ed E agisce prima dell'inizio

movimento (circa -5% del FR).

La figura 2 mostra gli intervalli di attivazione muscolare dei DN. Rispetto ai CTRL, si ha una grande variabilità tra soggetti. Nei soggetti An, Cn e En c'è una chiara attivazione del Scm e del RAbd prima dello start del FR; i soggetti Bn e Dn, invece, mostrano un ritardo di attivazione di questi due muscoli. Anche le modalità di attivazione e disattivazione di muscoli posteriori sono più variabili. L'attività sincrona tra Sol e L4 rilevata nei CTRL non è presente e Ham conferma la sua grande variabilità nella fase di ON. Similmente a quanto succede nei CTRL, RF e TA si attivano prima dell'inizio del movimento. In quattro soggetti (An, Bn, Cn, En), TA è ancora il primo motore, la sua attivazione avviene a circa -30% del movimento. Durante il test, TA mostra un'attivazione doppia o prolungata. Il soggetto Dn mostra una diversa modalità di attivazione muscolare, caratterizzata da un ritardo generalizzato degli istanti di ON.

Fig.2 Intervalli di attivazione muscolare nei soggetti diabetici neuropatici (An-En).



DISCUSSIONE

L'obiettivo dello studio è stato la valutazione delle attivazioni dei principali muscoli coinvolti nel FR test nei diabetici non-neuropatici e neuropatici.

Nei CTRL, i muscoli anteriori mostrano una precisa sequenza di attivazione dal basso (TA-RF) verso l'alto (RAbd-Scm) seguendo un ordine caudo-craniale. TA è il primo muscolo a contrarsi; la sua azione può essere attribuita all'attività muscolare anticipatoria necessaria per iniziare il movimento e per creare le condizioni utili per lo spostamento del corpo in avanti. I muscoli posteriori iniziano la loro attività dopo lo start, intorno al 20% del FR (fig.1). L'azione tonica sinergica tra Sol e Ham che si verifica quando TA è inibito, suggerisce che questi agiscono principalmente come muscoli tonici, opponendosi al movimento e prevenendo le cadute (fig.1).

I DN mostrano una maggiore variabilità inter-soggetto anche se viene conservato un ordine caudo-craniale nella sequenza di attivazione

dei muscoli anteriori. Nei soggetti An, Bn, Cn e En, TA si attiva prima che nei CTRL (fig.2); infatti, soffrendo di una disfunzione propiocezione che si manifesta con un ritardo nel reclutamento delle unità motorie e con una ridotta velocità di conduzione nervosa, è probabile che questi soggetti mettano in atto un reclutamento anticipatorio del TA per compensare il ritardo e regolare le tempistiche del movimento.

L'analisi della modalità di attivazione muscolare mostra che, nei CTRL, sono presenti due diversi modelli di attivazioni muscolari: nel primo caso, TA è attivo prima dell'inizio del movimento e si disattiva immediatamente dopo; nel secondo il muscolo o ha una doppia attivazione (prima dell'inizio e vicino alla fine del test), o una sola attivazione prolungata per la durata dell'attività motoria. Al contrario, nei DN, TA ha un'unica modalità di attivazione simile al secondo caso. Questi due diversi patterns muscolari sono associati a due differenti strategie motorie: il primo è associato ad una strategia mista (tab.2A) caratterizzata da una ridotta flessione

d'anca: il corpo è un unico segmento e TA agisce come muscolo fasico, responsabile dell'inizio del movimento. La seconda modalità è associata ad una strategia d'anca caratterizzata da una sua maggiore flessione (tab.2A); in questo caso si riconoscono due fasi: nella prima, il bacino è spinto all'indietro e TA svolge un'azione tonica; nella seconda, il tronco viene spinto in avanti e TA ha un'azione fasica.

I risultati suggeriscono che i patterns muscolari di tipo anticipatorio che si verificano durante il FR test, sono utili per controllare la posizione finale del corpo e per controbilanciare le perturbazioni dovute al movimento stesso. L'attività muscolare che precede l'inizio del FR ha un ruolo primario nella performance del movimento e nel controllo dell'equilibrio. La differenza di temporizzazione nell'attivazione del TA, riscontrata tra CTRL e DN, può essere un elemento efficace per identificare la presenza di neuropatia nei soggetti diabetici.

BIBLIOGRAFIA

1. Duncan PW, Weiner DK, Chandler J, Studenski S, Functional Reach: a new clinical measure of balance, *J Gerontol* 1990;45:M192-197.
2. Duncan PW, Studenski S, Chandler J, Prescott B, Functional Reach: predictive validity in a sample of elderly male veterans, *J Gerontol* 1992;47:M93-98.
3. <http://www.who.int/diabetes/en/index.html>
4. Simoneau GG, Ulbrecht JS, Derr JA, Becker MB, Cavanagh PR, Postural instability in patients with diabetic sensory neuropathy, *Diabetes Care* 1994;17:1411-21.
5. Fioretti S, Scocco M, Ladislao L, Ghetti G, Rabini RA, Identification of peripheral neuropathy in type-2 diabetic subjects by static posturography and linear discriminant analysis, *Gait Posture* 2010;32:317-20.
6. Oddsson L., Thorstensson A., Fast voluntary trunk flexion movements in standing: primary movements and associated postural adjustment, *Acta Physiologica Scandinavica*, 1986, 128, 341-349.
7. Crenna P., Frigo C., Massion J., Pedotti A., Forward and backward axial synergies in man, *Experimental Brain Research*, 1987, 65, 538-548.
8. Stapley P., Pozzo T., Grishin A., The role of anticipatory postural adjustments during whole body forward reaching movements, *Motor Systems*, 1998, 9(16), 395-401.
9. Maranesi E, Ghetti G, Rabini RA, Fioretti S, Functional reach test: movement strategies in diabetic subjects, *Gait Posture*, 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2013.08.035>.



Utilizzo di apparecchiature inerziali basate su Android per l'analisi del movimento

Vinicio Barone, Sandro Fioretti

Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione, Università Politecnica delle Marche - Ancona

Riassunto. In questo lavoro si descrive la filosofia di approccio e la realizzazione di un prototipo di sistema basato su smartphone per l'analisi di gesti motori semplici, ma clinicamente significativi, per la valutazione funzionale di disordini motori. In particolare si illustra l'applicazione preliminare di un prototipo per la stima dei parametri spazio-temporali del cammino, relativamente ad un test di time-up-and-go.

Parole chiave: Prototipo di sistema, disordini motori

Abstract. This paper describes the philosophy of approach and implementation of a prototype system based on smart phones for the analysis of simple gestures engines, but clinically significant, it will allow the functional evaluation of movement disorders. In particular, it illustrates the prior application of a prototype for the estimation of the spatio-temporal parameters of the path, relative to a test of time-up-and-go.

Keywords: Prototype system, movement disorders

INTRODUZIONE

Il termine "motion capture" è utilizzato per indicare l'insieme delle tecniche utilizzate per registrare i movimenti di un oggetto o di una persona. L'analisi del movimento umano risulta utile in numerosi settori; nel campo medico è utilizzata prevalentemente per lo studio di malattie neuro muscolari o nella riabilitazione e per monitorare in modo oggettivo i progressi del paziente.

Le tecnologie attualmente utilizzate per descrivere la cinematica del movimento sono molteplici e basate su differenti principi fisici; quelle principalmente utilizzate sono la tecnologia ottica e quella inerziale.

I sistemi di tracking di tipo ottico utilizzano un set di 6/9 telecamere a raggi infrarossi con flash incorporato e registrano la traiettoria descritta da alcuni markers riflettenti posizionati sul soggetto. Il sistema esegue una serie di fotografie ad altissimo contrasto, contemporanee per tutte le telecamere, in modo da evidenziare solo i marcatori posizionati sul soggetto. Se il generico marcatore viene visto, ad ogni istante di tempo, da almeno due telecamere, è possibile ricostruire, per quel marcatore, la sua posizione spaziale.

I sistemi di tipo inerziale utilizzano come

sensori, non più le telecamere, ma dispositivi come accelerometri, magnetometri e giroscopi. Tramite opportune tecniche di digital signal processing e di data fusion, dalle informazioni di accelerazione, verticalità e velocità angolare è possibile stimare l'orientamento e la posizione spaziale del dispositivo che incorpora le tre tipologie di sensori.

Il sistema di tracking ottico è indubbiamente il gold standard, ovvero il sistema con cui confrontare altre tipologie di sistemi. Tra i suoi pro, si possono annoverare la precisione della misura e la possibilità di usare marcatori piccoli, leggeri e che non richiedono alimentazione e quindi si evita l'utilizzo di cavi da far indossare al soggetto da esaminare. Di contro, sono sistemi molto costosi, necessitano di un laboratorio attrezzato dedicato, possono essere utilizzati solo in ambito indoor con un volume di misura relativamente piccolo (tipicamente 3m x 2m x 2m).

I sistemi di misura inerziali sono basati su una tecnologia più moderna che si va via via sempre più diffondendo in questi ultimi anni. I pro sono il relativo basso costo, sono utilizzabili sia per applicazioni indoor che outdoor, consentono di misurare dati relativi al movimento in un volume anche molto grande e non necessitano

di un laboratorio attrezzato. Sono quindi utilizzabili per applicazioni ambulatoriali e persino domestiche. Sono però sistemi con una bassa precisione di misura, i dispositivi che alimentano e gestiscono i sensori sono di dimensioni sicuramente maggiori dei marcatori utilizzati dal sistema ottico, i sensori necessitano di alimentazione e devono essere collegati ad una unità di elaborazione dati possibilmente indossabile, con conseguente problema di autonomia di funzionamento dell'intero sistema.

Da qualche anno sono presenti sul mercato dei telefoni cellulari basati su Android; questi dispositivi mobili detti smartphone o telefonini intelligenti hanno integrato nel corso della loro evoluzione varie caratteristiche interessanti per rispondere ad esigenze del mercato consumer per cui sono stati prodotti.

Hanno un microprocessore veloce dual core o quad core, sono dotati di una grande capacità di memoria, sono in grado di eseguire qualunque tipo di applicazione, riescono a comunicare con internet in WiFi o 3G, permettono una autonomia in funzionamento continuo di almeno 24 ore. Inoltre i sensori accelerometrici sono sempre integrati negli smartphone anche di fascia bassa; invece quelli di fascia alta introdotti a partire dal 2011 integrano anche sensori giroscopici, magnetici e GPS. Aspetti negativi sono il peso, circa 120 grammi, le non trascurabili dimensioni (schermi da 4 pollici), e la non elevatissima accuratezza dei sensori utilizzati.

Il mercato degli smartphone è estremamente dinamico con introduzione di nuovi modelli ogni 3 mesi; questo comporta una rapida svalutazione dei modelli "vecchi" di una o due generazioni che possono avere un costo pari a un terzo del valore iniziale. Installare su uno smartphone android una app che permetta il rilevamento e l'elaborazione di dati inerziali non danneggia il telefono che può continuare ad essere utilizzato normalmente. In questa ottica si può dire che si ha a disposizione un sistema di sensori a costo nullo.

Costruire un sistema di motion capture basato su uno o più smartphone "di non ultimissima generazione" è l'obiettivo di questo lavoro.

IL SISTEMA DI MISURA BASATO SU SMARTPHONE ANDROID

Il sistema di misura che si è sviluppato è mostrato in Figura 1. Esso è costituito da una serie di n smartphones Android con installata una app che legge ed elabora i dati provenienti dai sensori (magnetometro, giroscopio e

accelerometro) e fornisce i dati di accelerazione lineare e orientazione del dispositivo.

Figura 1: Schema del sistema realizzato



I dati acquisiti dagli smartphone sono poi inviati in modalità wireless tramite un access point ad un pc (per ulteriori elaborazioni) ed eventualmente, ma non necessariamente, ad internet. Il volume di misura coperto dal sistema è pari a quello dell'access point e si aggira, al minimo, su 20 x 20 x 20 metri.

Il sistema prevede anche l'utilizzo di una normale telecamera che registra il movimento del soggetto per una visualizzazione a posteriori dei dati acquisiti.

Figura 2



La figura 2 mostra una tipica sessione di misura relativa ad un test di Time-Up and GO (TUG): gli smartphone android sono fissati con stretch al paziente nei punti desiderati, come mostrato nella figura 3 (pelvi); la telecamera è posizionata in modo opportuno, tale da registrare tutti i movimenti del paziente; la connessione wireless consente di non utilizzare nessun cavo.

Figura 3



La figura 4 mostra l'interfaccia grafica disponibile per l'operatore al PC che consente di visualizzare sia in tempo reale che a posteriori gli andamenti delle accelerazioni e delle orientazioni così come vengono elaborati all'interno degli smartphone e a seguito delle ulteriori elaborazioni su PC. In particolare le finestre 1 e 2 mostrano il segnale di accelerazione verticale registrato dal cellulare posto sulla schiena di un soggetto (traccia verde) e la successiva identificazione dei picchi (traccia fucsia) corrispondenti agli impatti del tallone (heel-strike) ad ogni semipasso; la finestra 3 mostra gli angoli di inclinazione (verde) e rotazione (rosso) della schiena così come vengono stimati dal cellulare; la traccia fucsia mostra l'identificazione dell'intervallo di tempo in cui il soggetto ruota di 180° per poi fermarsi. La finestra 4 mostra gli istanti temporali dei vari semipassi (sinistro e destro) ed il valore di picco dell'accelerazione. La finestra 5 è adibita alla visualizzazione del video sincronizzato con i dati acquisiti e la finestra 6 è quella di set-up per il particolare test motorio in esame.

Figura 4



CONCLUSIONI

In questo lavoro si è descritta la filosofia di approccio e la realizzazione di un prototipo di sistema basato su smartphone per l'analisi di gesti motori semplici, ma clinicamente significativi, per la valutazione funzionale di disordini motori. In particolare si è illustrata l'applicazione del prototipo alla stima dei parametri spazio-temporali del cammino,

relativamente ad un test di TUG. Molti aspetti rimangono ancora da esplorare. La localizzazione dei sensori (su pelvi, torace, caviglie, ecc.) può essere un fattore determinante per l'accuratezza dei parametri stimati; la qualità dei sensori implementati nei vari smartphone, specialmente quelli di non ultimissima generazione, rappresenta un'altra possibile fonte di errore che per certi parametri può essere molto rilevante. Gli algoritmi di data fusion tra

accelerometri, magnetometro e giroscopi costituiscono un altro aspetto da indagare con attenzione per una migliore stima dei dati di posizione e orientamento spaziale dello smartphone e quindi del segmento corporeo con cui esso è reso solidale. Si intende inoltre validare le stime dei parametri attualmente ottenute con i metodi classici di analisi del movimento ed in particolare con strumentazione stereofotogrammetrica che attualmente rappresenta il gold-standard per la misura della cinematica del movimento.

La verifica della postura e la programmazione del trattamento

Gabriele Sartini

Centro Ortopedico Marchigiano Ancona

Riassunto. Questo lavoro vuole essere una presentazioni di sistemi che da anni utilizziamo per il rilevamento della postura sia per soggetti deambulanti che per soggetti in carrozzina. I vari sistemi con caratteristiche diverse ci permettono di estrapolare le specifiche che vogliamo individuare nel concetto di postura (forze, pressioni, equilibri ecc) e di misurarli confrontandoli o con dati random o come confronto con esami precedenti. Questi dati servono a pianificare un programma riabilitativo su molteplici livelli dal trattamento manuale, al trattamento chirurgico, utilizzo di ausili o nel caso delle posture sedute al sistema di postura più idoneo.

Parole chiave: rilevamento della postura, programma riabilitativo

Abstract. This work is a presentation of those systems that have been utilized by us for years to detect the posture for both ambulatory subjects than for subjects in a wheelchair.

The various systems with different characteristics, allow us to extrapolate the specifications that we want to identify within the concept of posture (force, pressure, balance, etc.) and to measure and comparing them with random data or with previous examinations. These data are used to plan a rehabilitation program on multiple levels from manual handling, surgical treatment, use of aids or, in the case of sitting positions to identify the most suitable posture system.

Keywords: posture detecting rehabilitation program

INTRODUZIONE

La postura è la posizione del corpo umano nello spazio e la relativa relazione tra i suoi segmenti corporei. La postura può essere: in stazione eretta (monopodalica o bipodalica), da seduto, in decubito (prono, supino, laterale).

La corretta postura può definirsi sinteticamente come la “deformazione coerente della gravità”^[1], in altre parole la corretta postura altro non è che la posizione più idonea del nostro corpo nello spazio per attuare le funzioni antigravitarie con il minor dispendio energetico sia in deambulazione che in stazionamento; ad essa vengono a concorrere vari fattori (neurofisiologici, biomeccanici, emotivi, psicologici e relazionali). La postura è quindi una sinergia di contrazioni muscolari, di forze, di pressioni esercitate a terra atte a garantire l’equilibrio posturale in base all’attività che si vuole svolgere. Tutto questo è misurabile con varie metodi e sistemi, i nostri sistemi sono proprio alcuni di questi.

MATERIALI E METODI

IL PAROTEC o podobarometria a solette è un sistema che permette di registrare tramite delle solette e una unità paziente la distribuzione delle forze, delle pressioni sia in statica che in dinamica.



IL MAS

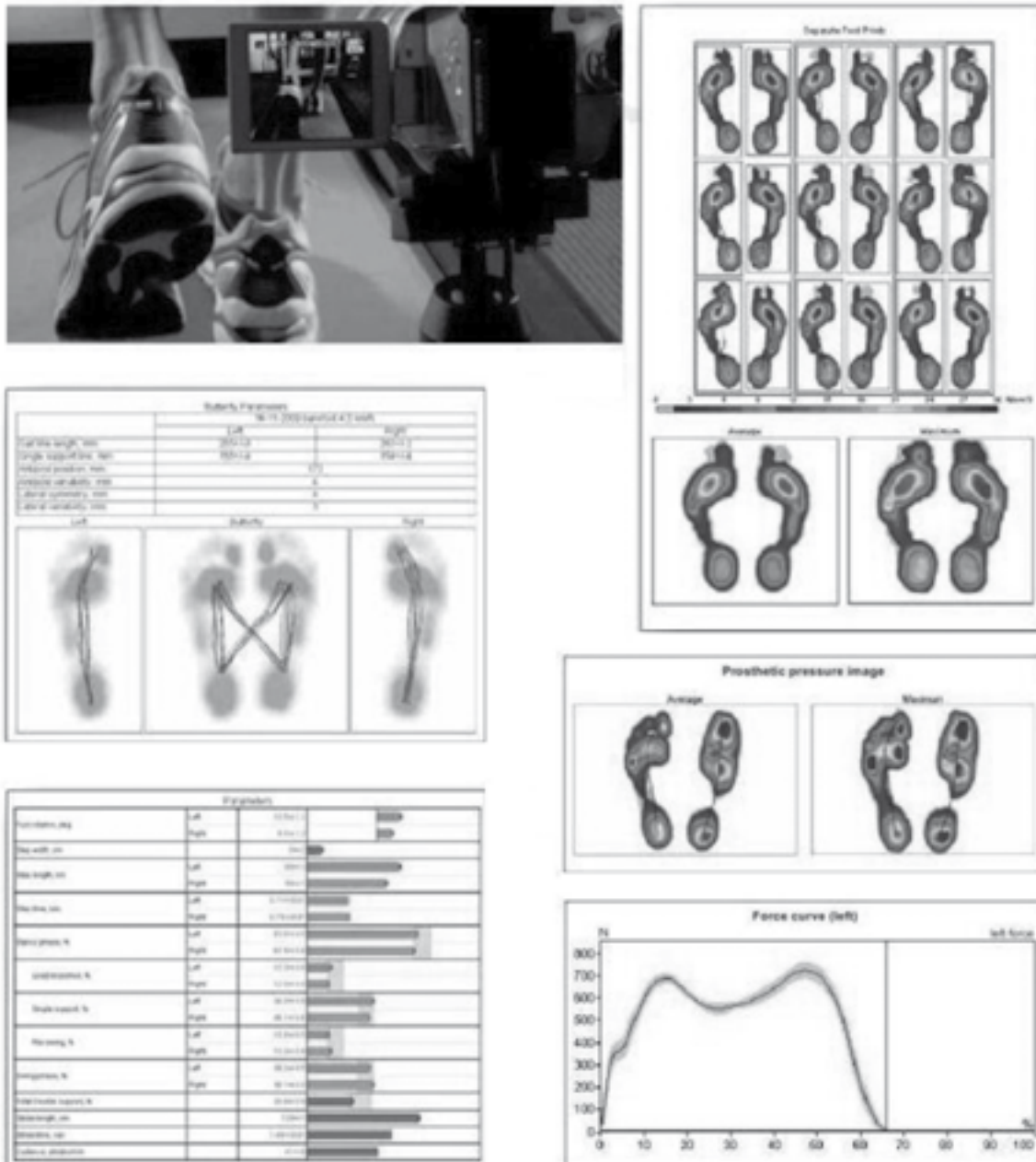
Sistema di valutazione statica e dinamica del passo con tapis roulant

Il sistema di misure per analisi del passo permette di valutare la distribuzione delle forze/pressioni in fase statica, mentre cammini o corri con o senza scarpe. Una piastra di sensori ad alta sensibilità invia i dati tramite una porta

USB ad un computer esterno per la valutazione e la visione di tutti i parametri in tempo reale.

Gli esami possono durare 300 secondo e grazie ad un supporto di sincronizzazione, è possibile anche registrare con una telecamera il video del paziente per memorizzarne la postura e l'andamento durante la corsa.

La piastra sensori viene posizionata sotto il



Tapis Roulant analizza i parametri di pressione, forza, tempo e passo e anche simmetria dell'andatura. L'esame si può eseguire a piedi nudi, indossando scarpe o una protesi.

XSENSOR

I sistemi di mappatura della pressione permettono di comparare, monitorare nel tempo la distribuzione della pressione e di

misurare dinamicamente i punti di contatto su una grande varietà di superfici diverse, come cuscini per carrozzina, schienali e letti da ospedale



eventualmente di plantari e quindi si ha la possibilità di testarle ed eventualmente capire come modificano una postura.

Il mas a differenza del parotec permette anche una registrazione a piede nudi e quindi è possibile valutare quanto la scarpa stessa influenza la postura del soggetto.

X sensor ci permette di valutare le pressioni del soggetto in carrozzina inteso come pressioni su ogni distretto inoltre cosa importante poter quantificare le variazioni di pressioni nel tempo questo strumento è molto importante per poter individuare il sistema di postura più idoneo per evitare danni da decubito e migliorare l'assetto posturale.

I test prevedono una registrazione sia in fase statica che in fase dinamica eventualmente anche con il supporto di una telecamera.

X sensor prevede una registrazione del soggetto in carrozzina sia in fase statica che durante la spinta se questo è possibile o eventualmente durante i cambiante di posturali (basculamento e declinazione della bascula).

RISULTATI PAROTEC MAS

Nella fase statica oltre alla pressione di ogni distretto del piede è possibile visualizzare il carico dx-sx in percentuale e il carico antero-posteriore di ogni singolo piede inoltre lo spostamento del centro di gravità durante la fase di registrazione.

Nella fase dinamica si valutano le differenze di pressione dell'appoggio, l'andamento delle linee di forza o rullata del piede, le percentuali e i tempi delle fasi del passo e le forze di decelerazione ed accelerazione.

RISULTATI XSENSOR

XSENSOR registra le pressione delle superfici di appoggio della seduta o schienale di una carrozzina, vengono ricostruite le parti anatomiche del soggetto e tramite un programma si può calcolare la media il tutta la durata della registrazione delle pressioni delle zone a rischio.

CONCLUSIONI

Il parotec permette di misurare in fase statica e dinamica forze e pressioni considerando che viene eseguito con l'utilizzo delle calzature o



Sezione Clinica



Il trattamento riabilitativo post dimissione post acuzie nella sostituzione protesica articolare dell'anca per causa degenerativa o traumatica

Antonello Morgantini

Istituto di Riabilitazione Santo Stefano Ancona

Riassunto. Le fratture del femore prossimale nel paziente anziano costituiscono un importante problema sanitario nei Paesi industrializzati. Ogni anno in Europa si registrano 500.000 nuovi casi (92.00 in Italia). L'onere economico è stimato in circa 4 miliardi di Euro (sole spese di ospedalizzazione). Il fenomeno è di indubbio interesse, non solo sotto l'aspetto economico ed organizzativo, ma anche sotto il profilo sanitario, in quanto la frattura del femore si accompagna spesso ad un peggioramento della qualità della vita e ad un incremento della mortalità. Dal 32% all'80% dei pazienti che subiscono una frattura del collo femore hanno una disabilità permanente. La mortalità che consegue ad una frattura femorale è massima nei primi 4-6 mesi e ad un anno varia dal 14% al 36%. L'individuazione di profili di assistenza che comprendano l'intero percorso del paziente dalla fase acuta al reinserimento a domicilio dopo riabilitazione ha la finalità di favorire l'implementazione delle buone pratiche nell'assistenza ai pazienti anziani fratturati, attraverso la messa a punto di un piano formativo e informativo specificamente dedicato agli operatori sanitari e volto all'individuazione di aree critiche su cui promuovere interventi di miglioramento della qualità, per riallineare le raccomandazioni di best-practice alle nuove evidenze di letteratura e, nel contempo, ricomporre i diversi livelli assistenziali e le attività inerenti alla gestione dei pazienti anziani fratturati all'interno di un quadro organico e integrato: un percorso come continuum, allargato al prima e al dopo, ossia alla fase di emergenza territoriale che precede l'arrivo in pronto soccorso e al trattamento riabilitativo intensivo post-acuzie, nonché alla fase riabilitativa estensiva e/o domiciliare. Viene inoltre analizzata la possibilità di riduzione dei tempi di ricovero sia in acuzie che nella fase riabilitativa attraverso la presa in carico "FAST TRACK" del paziente sottoposto a intervento chirurgico di sostituzione protesica dell'anca.

Parole chiave: frattura del femore, onere economico, profilo individuale di assistenza

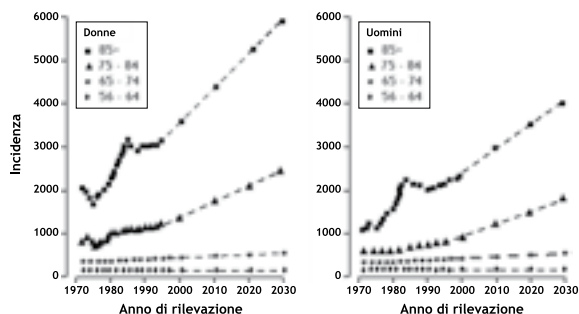
Abstract. Hip fractures in the elderly are a major health problem in industrialized countries. Every year in Europe 500,000 new cases are recorded (92.00 in Italy). The economic burden is estimated at about 4 billion euros (only hospitalization expenses). The phenomenon is of great interest, not only from an economic and organizational perspective, but also in terms of health, as the hip fracture is often accompanied by a deterioration in the quality of life and mortality. From 32% to 80% of patients who suffer a fracture of the femoral neck have a permanent disability. The mortality that follows a hip fracture is highest in the first 4-6 months and varies from 14% to 36% at one year. The identification of service profiles that include the entire patient care pathway from acute to rehabilitation at home after the rehabilitation treatment aims to encourage the implementation of best practices in older fractured patient through the development of a training and information plan specifically dedicated to health professionals and aimed at identifying critical areas on which promoting measures to improve quality, to realign the recommendations of best practices to new evidence of literature and, at the same time, reassemble the different levels of care and activities related to the management of elderly patients fractured in a coherent and integrated framework. A path intended as a continuum, extended to include also the initial phase that the final one, ie the territorial emergency phase that precedes the arrival in the emergency room as the intensive post -acute rehabilitation treatment up to the extensive rehabilitation phase also at home. The possibility of reducing the time of hospitalization both in acute and in the rehabilitation phase through taking charge "FAST TRACK" of the patient underwent surgery for hip replacement is also analyzed.

Keywords: hip fractures, economic burden, individual rehabilitation profile

La popolazione mondiale sta progressivamente invecchiando. Ad oggi su un numero di circa 6,8 miliardi di persone gli over 65 sono il 18,4% ma raggiungeranno nel 2050 il 44,9% della popolazione. Le fratture del femore in età geriatrica costituiscono un rilevante problema

di salute pubblica, specie negli stati con maggiore percentuale di anziani. Se si stima che nel 2000 le nuove fratture nel mondo siano state 1.600.000, fonti autorevoli indicano un incremento nel 2050 pari a 6.000.000 nuove fratture^[1]. In Europa l'Italia è il paese più "vecchio" con il 18,3% di over 65; Grecia-Spagna-Svezia raggiungono quota 17%, la Gran Bretagna il 16% e l'Irlanda l'11,4%. Il Mediterranean Osteoporosis Study (MEDOS^[2]) ha riportato una incidenza annua di 30 casi su 100.000 abitanti con età < 55 anni e di 200 su 100.000 fino a 85 anni. In Italia si verificano circa 80.800 ricoveri anno (2002) per frattura di femore in soggetti >65 aa. Nel 2050 saranno probabilmente 143.000. L'incremento dell'incidenza delle fratture di collo femore è costante nella maggior parte delle popolazioni occidentali (1-3%) ed è di esclusivo interesse delle popolazioni di età più avanzata.^[3]

Fig.1 Incremento dell'incidenza delle fratture di collo femore per sesso e classi di età



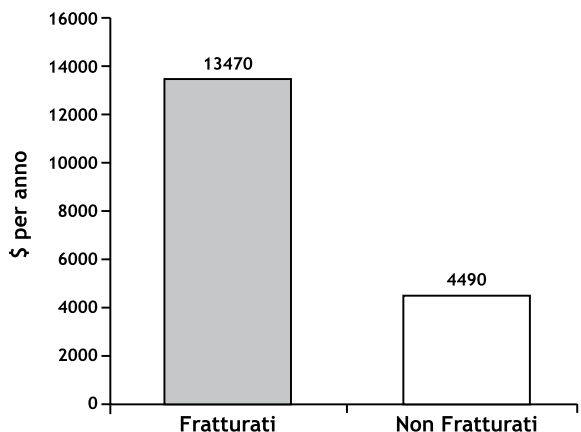
Gli esiti di frattura femorale comportano un rischio di "exitus" vicino a quello del tumore della mammella, con una mortalità stimabile in circa il 5% in fase acuta e 15-25% entro un anno; la disabilità deambulatoria è permanente nel 20% dei casi e solo il 30-40% riacquista autonomia compatibile con le precedenti attività della vita quotidiana.^[4] Complicanze mediche e la notevole incidenza di disabilità sono causa dei costi elevati associati alla frattura di femore (stima 81.300 \$ per paziente). La spesa sanitaria resta elevata anche a distanza dall'evento e risulta legata per oltre il 40% al ricovero in lungodegenza/RSA. I costi sociali di una frattura di femore sono rilevanti^[5], basti pensare ai soli costi diretti legati al ricovero ospedaliero.^[6] È stato ad esempio osservato che la durata media dei ricoveri ospedalieri per fratture di femore di origine osteoporotica è la più lunga tra tutte le patologie acute.^[7] Il "life time risk" di frattura del femore nella donna ultracinquantenne è del 17% e questo rischio aumenta esponenzialmente

dopo i 70 anni; il rischio è ritenuto essere doppio nella donna rispetto all'uomo. Si stima che i cambiamenti demografici dei prossimi anni che comporteranno un aumento del numero di fratture del femore nel mondo dai 1,66 milioni del 1990 ai 6,26 milioni del 2050 indurranno negli Stati Uniti costi economici complessivi (ricoveri ospedalieri, riabilitazione etc.) che aumenteranno dai 7 miliardi di dollari del 1986 ai 62 miliardi di dollari nel 2020^[8]

Tab.1 Stima dei costi totali nel 2002 delle fratture femorali in Italia negli anziani >65 anni^[9]

Numero di ricoveri per frattura femorale	80.800
Costi diretti relativi ai ricoveri (euro)	394.000.000
Costi di 1 mese di riabilitazione postoperatoria (escluso 5% di mortalità acuta) (euro)	412.000.000
Costi sociali (pensioni d'invalidità ed accompagnamento per gli stimati 18000 pazienti disabili all'anno) (euro)	108.000.000
Costi indiretti (20% dei costi diretti totali) (euro)	183.000.000
Stima dei costi totali delle fratture femorali (euro)	1.097.000.000

Fig.2 Spesa annuale per frattura di femore



Sia per i costi generati, sia per le implicazioni etiche e ovviamente cliniche, il sistema sanitario nazionale ha l'obbligo di porsi il problema della gestione della frattura del collo femore in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza dell'organizzazione. Percorsi diagnostico terapeutici basati su evidenze e condivisi tra i vari attori della presa in carico, a vari livelli, del paziente fratturato possono essere la risposta organizzativa più adeguata alle esigenze di tutela della salute del paziente, oltre che la garanzia di una gestione efficace ed efficiente dell'iter terapeutico. I piani assistenziali integrati delineano il processo di assistenza per una particolare condizione dall'ammissione sino alla dimissione. Essi

includono anche gli aspetti organizzativi legati al processo assistenziale, e sono adattati alla realtà locale. Essi, quindi incorporano le linee guida, fanno riferimento ad espliciti standard, coinvolgono differenti figure professionali, migliorando la comunicazione interdisciplinare, evitando duplicazioni di informazioni e trattamenti, riducendo la variabilità nella pratica clinica. In altre parole consentono di implementare un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica. Per delineare un PDT (Percorso Diagnostico Terapeutico) adeguato è necessario partire dalle esigenze globali della persona che ha subito un intervento di osteosintesi o di artroprotesi di anca:

- minimizzare il rischio di mortalità per cause, legate al rischio operatorio, emboliche, cardiocircolatorie, respiratorie, infettive, metaboliche; in caso di evento traumatico intervenire quanto prima possibile adottando tecniche chirurgiche che permettano precocemente la concessione del carico;
- limitare la comorbidità conseguente alle condizioni pre morbose; favorire il recupero delle abilità compromesse dalla patologia per facilitare il reinserimento sociale e utilizzare le capacità operative residue;
- attivare quanto prima possibile il team riabilitativo: il suo intervento inizia già prima dell'intervento con un approccio al paziente che lo informi e lo prepari alle fasi successive;
- promuovere un percorso terapeutico che preveda la minimizzazione della fase di permanenza ospedaliera sia nel reparto ortopedico che in quello di medicina riabilitativa; definire la prognosi del quadro clinico osservato ed i bisogni a questo correlati, al fine di agevolare la riorganizzazione precoce dell'attività della persona e soddisfare la sua richiesta di assistenza;
- favorire il reinserimento sociale e professionale con opportuni interventi sull'ambiente.

Definiti quindi gli obiettivi, è necessaria la valutazione dei fattori in grado di influenzare l'outcome globale del paziente. In accordo con le linee guida della riabilitazione del 1998^[10] e il piano di indirizzo per la riabilitazione del 2011^[11] i fattori predittivi di disabilità dopo frattura di femore sono generalmente rappresentati dalla compromissione pre-evento

nelle ADL; dal deterioramento cognitivo e/o confusione mentale acuta; dalla presenza di ulcere da pressione prima dell'ammissione in reparti di riabilitazione; dalla depressione; dalla ridotta forza muscolare (hand grip) e dal tempo per inizio della riabilitazione.^[12]

Il percorso terapeutico si snoda dal reparto di acuzie al domicilio del paziente. L'intervento chirurgico dovrebbe avvenire almeno entro 48 ore poiché diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente; di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale, ma la media esiti in Italia relativa all'osservazione di queste raccomandazioni è solo del 33,11%. Anche la durata della permanenza in reparti ortopedici non dovrebbe superare i 3/7 giorni mentre è frequente una durata media del ricovero di circa 2 settimane.^[13] Nel delineare un percorso più corretto devono essere eliminate (o quanto meno va tentato di farlo) queste forti discrepanze dal golden standard basato sulle evidenze. In fase pre-dimissione, pertanto, devono essere tempestivamente inviati ai centri di riabilitazione post-acuzie informazioni relative al paziente (dati anagrafici), all'evento acuto, all'intervento chirurgico e alla diagnosi riabilitativa, utili per una programmazione del successivo ricovero. In prossimità della dimissione, vanno inviate ai centri riabilitativi le seguenti informazioni aggiuntive: risultati delle scale di valutazione, necessità di assistenza infermieristica prevista per la fase post-acuzie, descrizione del programma riabilitativo in acuzie. Per i pazienti non eleggibili alla riabilitazione post-acuzie, il caso deve essere tempestivamente segnalato alla ASL di competenza (residenza o domicilio del paziente). Si raccomanda di inviare la segnalazione al punto unico di accesso (PUA) distrettuale, che provvederà ad allertare la rete dei servizi territoriali. La segnalazione deve contenere i seguenti elementi minimi: dati anagrafici del paziente, prognosi riabilitativa, recapito telefonico di una persona di riferimento del paziente, recapito telefonico del referente del caso presso l'unità operativa di dimissione. Contestualmente alla segnalazione del caso, e comunque prima della dimissione, devono essere trasmessi ai servizi territoriali i seguenti elementi utili alla presa in carico: informazioni socio-ambientali relative al paziente, grado di autonomia (attività della vita quotidiana, disturbi cognitivi e disturbi

comportamentali), necessità assistenziali (es. cateterismo vescicale, drenaggi, nutrizione parenterale o enterale, ulcere cutanee, ossigenoterapia, dialisi, controllo del dolore ecc.), diagnosi, terapia, protesi e ausili ritenuti necessari, descrizione del PRI definito in fase acuta. La dimissione va pianificata con largo anticipo, coinvolgendo il paziente, la famiglia, i caregiver e il medico di medicina generale. Al termine del ricovero in acuzie, è necessario

FASE DI ACUZIE PER CHIRURGIA DI ELEZIONE DELL'ANCA (fino a 3/7 giorni dopo l'intervento chirurgico)

OBIETTIVO	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Controllare e mantenere le condizioni cliniche generali Prevenzione delle menomazioni secondarie Organizzazione della risposta assistenziale finalizzata alla fase di acuzie	Reparto di degenza ortopedico	Valutazione condizioni clinico-funzionali premorbuse Preparazione della persona ad opera del team dei curanti: anestesista, chirurgo ortopedico, personale della riabilitazione Valutazione anestesilogica Preparazione clinica all'intervento e intervento chirurgico Trattamento degli scompensi post-operatori e della ferita chirurgica Programmazione dell'iter di assistenza intensiva internistica e riabilitativa	Chirurgo ortopedico Anestesista Infermieri Operatori socio-sanitari Altri specialisti Team riabilitativo Fisiatra Fisioterapista

FASE DELLA RIABILITAZIONE INTENSIVA (Fino a 20\30 giorni dalla dimissione dal reparto per acuti)

OBIETTIVO	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Completamento della stazionarietà dei parametri e delle funzioni vitali Recupero delle funzioni artromuscolari delle abilità motorie Addestramento alle Attività di vita primarie e secondarie Fornitura e prescrizione di ausili	UO di Riabilitazione Intensiva Degenza Day Hospital	Parere ortopedico sulla concessione del carico Formulazione del progetto riabilitativo finalizzato all'outcome globale nel cui ambito attuare i programmi riabilitativi con riferimento alle aree d'intervento: a) area di stabilizzazione internistica e delle funzioni di base b) area della mobilità e trasferimenti c) area dell'autonomia della cura della persona d) area del reinserimento sociale e) area delle funzioni cognitivo/comportamentali	Team riabilitativo: Fisiatra Infermieri Fisioterapisti Terapista occupazionale Operatori socio sanitari Logopedista e tecnico ortopedico (se necessario) Chirurgo ortopedico Medico di Medicina Generale Familiari o care-giver Assistente sociale

FASE DELLA RIABILITAZIONE ESTENSIVA (se necessaria per il consolidamento dell'outcome globale)

OBIETTIVO	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Perfezionamento o mantenimento delle abilità raggiunte Addestramento alle Attività di vita secondarie Fornitura e prescrizione di ausili o modifica di quelli in dotazione Modifica dell'ambiente di residenza Integrazione con l'assistenza territoriale Follow up e reintervento in caso di degrado funzionale	Ambulatorio Domicilio RSA riabilitative e strutture di ricovero per riabilitazione estensiva	Si prosegue nella attuazione dei programmi previsti precedentemente: Mantenimento di locomozione autonoma Adattamento alle attività quotidiane Protezione dai rischi connessi alle disabilità (cadute) Rimodellamento dell'ambiente Programmazione di controlli a domicilio ed in ambulatorio	Medico di Medicina Generale Team riabilitativo: Fisiatra Fisioterapista Terapista occupazionale Logopedista e Tecnico Ortopedico (se necessario) Chirurgo ortopedico Assistente sociale Familiari o care giver Volontari

garantire la continuità del percorso riabilitativo (Ministero Salute 2011). Riassumiamo nelle tabelle seguenti il setting e gli interventi per le varie fasi del percorso. Gli interventi nelle fasi del percorso riabilitativo sono distinte per intensità di trattamento e possibilità di recupero del paziente, ma una netta distinzione dei vari regimi non rispecchia tutte le necessità del paziente di essere assistito con appropriatezza al variare delle proprie condizioni cliniche e di autonomia. Sarebbe pertanto preferibile un approccio caratterizzato dalla presenza dei vari setting in un unico ambiente (o in ambienti diversi con stretti collegamenti funzionali) dove la persona affetta da frattura femorale possa transitare in un continuum assistenziale in cui l'efficienza organizzativa si esprima al massimo livello di efficacia terapeutica. La distinzione che segue è pertanto solo didattica.

RIABILITAZIONE INTENSIVA POST-ACUZIE

È caratterizzata da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti ma modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile a un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore. L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 3 ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista della riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico, con l'eventuale contributo dell'assistente sociale e dello psicologo (Ministero Salute 2011).

RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Si caratterizza per interventi sanitari di riabilitazione su pazienti non autosufficienti, con potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e che richiedono di essere ospedalizzati in quanto affetti da instabilità clinica. L'intervento deve essere di almeno 1 ora giornaliera, erogato dal medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione, dal personale infermieristico, con l'eventuale contributo dell'assistente sociale e dello psicologo (Ministero Salute 2011).

RIABILITAZIONE A DOMICILIO

Si configura come la naturale continuità a livello territoriale del percorso riabilitativo integrato. Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del terapeuta occupazionale, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e

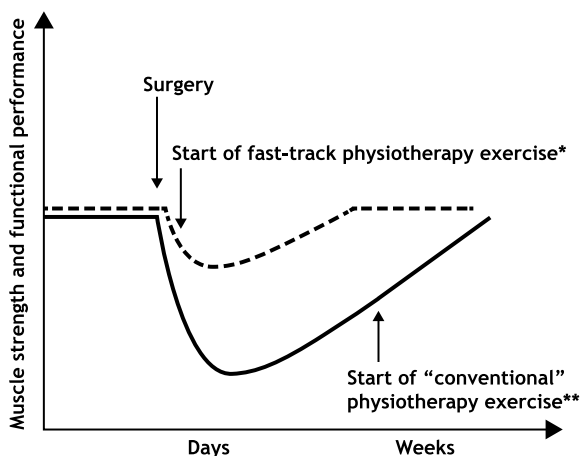
tecnologie riabilitative, con associati accessi domiciliari da parte del medico specialista della riabilitazione e del fisioterapista, di concerto con il medico di medicina generale (Ministero Salute 2011).

FAST TRACK

Per Fast Track s'intende una tecnica multimodale e interdisciplinare usata nei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva o a chirurgia post traumatica il cui obiettivo è quello di facilitare l'intero percorso ospedaliero (ricovero-intervento-dimissione) e non soltanto con una rapida dimissione ma anche con una precoce ripresa della normale attività della vita quotidiana. Tutto questo mantenendo elevati margini di sicurezza e qualità di prestazioni e quindi abbattendo lo spreco e risparmiando così risorse economiche. È auspicabile pertanto in futuro una riorganizzazione specifica in cui è fondamentale l'interfacciarsi tra le varie figure professionali (anestesista-chirurgo-infermiere-riabilitatore). Nel Pre-operatorio la Fast Track punta all'ottimizzazione delle funzioni d'organo, all'addestramento del paziente e all'informazione, meglio se strutturata. Nell'Intra-operatorio si basa su metodiche per ridurre lo stress chirurgico (SURGICAL STRESS SYNDROME): miniinvasività chirurgica, anestesia regionale o loco-regionale, normotermia, uso di farmaci con rapida cinetica. Nel Post-operatorio sono decisivi: controllo del dolore, Intervento riabilitativo aggressivo, Informazione del paziente Predisposizione del percorso di reinserimento. La presa in carico FAST TRACK garantisce una dimissione precoce a domicilio con rischio ridotto; è necessario un trattamento intensivo, nel rispetto delle condizioni generali del paziente, con diluizione delle sedute giornaliere di riabilitazione a distanza di sicurezza l'una dall'altra. La ripresa del carico deve essere precoce. Il carico a tolleranza è associato ad una maggiore probabilità di rientro a casa ed ha outcomes funzionali simili a quelli che si ottengono con una restrizione del carico. Questi risultati supportano ulteriormente la scelta di concedere il carico a tolleranza dopo un impianto di protesi d'anca per frattura del collo del femore. (Siebens, 2012). Riportiamo una sintesi dello studio di Larsen e un grafico di efficacia del percorso FAST TRACK " Si registra una significativa riduzione del LOS ($P < 0,001$) che passa da una media di 8 giorni (IC 95%: 7,1-8,4) a una media di 5 giorni (IC 95%: 4,2-5,6). Questo è accompagnato da un miglioramento della qualità di vita di 0,08 (IC 95%: 0,004- 0,16 using EQ-5D) nel gruppo di studio ($P = 0,03$) dal

momento iniziale al momento del follow-up a 3 mesi".^[14]

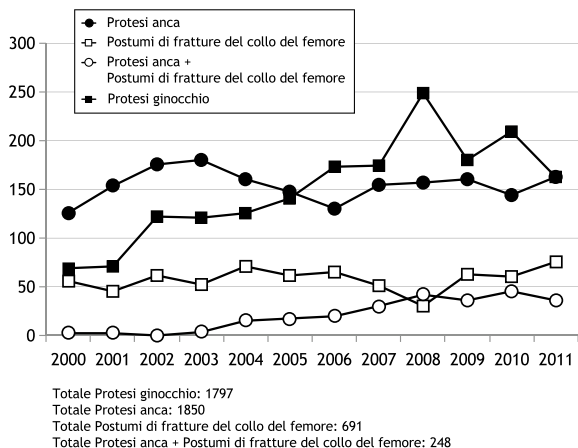
Fig.3 Efficacia del percorso FAST TRACK



* Few but intense and well-described exercises selected on the basis of quantified deficits and basic exercise physiology. Initiated early after surgery

** Many, less intense and less well-described exercises selected on the basis of quantified deficits and treatment tradition. Initiated late(r) after surgery

Fig.4 Numero di ricoveri per patologia per anno (2000-2011)



Tab.4 Dimissioni 2010-2012

	Pazienti	trasferiti Acuzie	Volont.	Decesso	Domicilio	RSA/NAR	Estensiva
Protesi anca (1)	338	6	4	0	310	7	11
Postumi di fratture del collo del femore (2)	173	8	1	1	163	0	0
Entrambe (1+2)	300	11	1	2	283	3	0

Si conclude col ribadire la necessità di predisporre percorsi articolati di presa in carico del paziente con esiti di frattura del collo femore al fine di recuperare qualità del trattamento, economicità ed efficacia altrimenti non raggiungibili nell'auto-referenzialità di percorsi posti in essere individualmente.

Il trend dei ricoveri per patologia mostra un sostanziale incremento delle protesi del ginocchio durante il periodo considerato. Dati empirici sulle degenze 2010-2012

Tab.2 Degenza dimessi 2010-2012

	Pazienti	Media	Mediana
Protesi anca (1)	338	28,1	26
Postumi di fratture del collo del femore (2)	173	36,94	30
Entrambe (1+2)	300	31,04	30

Per quanto riguarda il dato delle degenza media, si nota che le protesi d'anca presentano il percorso più lungo con una degenza media di 36 giorni, a scendere troviamo le fratture non protesizzate con 31 giorni ed infine le protesi d'elezione con una degenza media ovviamente più bassa di 28 giorni (Tab.2).

Tab.3 Età dimessi 2010-2012

	Pazienti	Media	Mediana
Protesi anca (1)	338	73,79	76
Postumi di fratture del collo del femore (2)	173	81,42	83
Entrambe (1+2)	300	81,26	82

L'età media dei pazienti con frattura protesizzate e non, si attesta intorno agli 81 anni, mentre le protesi d'anca di elezione sono le più giovani (Tab.3).

Si nota un riscontro positivo del trattamento in quanto nella quasi totalità dei casi si registra il rientro al domicilio dei pazienti. Nel caso della protesi d'anca tuttavia, il 5.5% dei casi viene indirizzato alla RSA o Estensiva (Tab.4).

Bibliografia

1. Johnell O, Kanis JA: "An estimate of the world wide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures". OSTEOPOROSIS INT, 2006 17:1726-33
2. Allander E, Lindhal BI: "The Mediterranean Osteoporosis Study (MEDOS): theoretical and practical issues of a major international project on hip fracture epidemiology". Bone 1993;14 Suppl 1:S37-43

3. Cochrane Database Syst Rev 2009.
4. International Osteoporosis Foundation. Osteoporosis in the European Community: a call for action. IOF 2002.
5. Johnell O. The socioeconomic burden of fractures: today and in the 21st century. *Am J Med* 1997; 103:20S-25S.
6. Lippuner K, von Overbeck J, Perrelet R, Bosshard H, Jaeger PH. Incidence and direct medical costs of hospitalizations due to osteoporotic fractures in Switzerland. *Osteoporos Int* 1997; 7:414-25
7. International Osteoporosis Foundation. Osteoporosis in the European Community: a call for action. IOF 2002.
8. Cooper C, Campion G, Melton LJ. Hip fractures in the elderly: a world-wide projection. *Osteoporos Int* 1992; 2:285-9
9. M. Rossini, P. Piscitelli, F. Fitto, P. Camboa, A. Angeli, G. Guida, S. Adami "Incidenza e costi delle fratture di femore in Italia" *Reumatismo*, 2005; 57(2):97-102
10. Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione in GU 30 maggio 1998, n. 124
11. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" Rep. Atti n. 30/ESR del 10 febbraio 2011
12. Schlenker RE, Kramer AM, Hrincevich CA, Eilertsen TB. "Rehabilitation costs: implications for prospective payment" *Health Serv Res.* 1997 Dec;32(5):651-68.
13. Nel 2011 la degenza mediana in Veneto è stata pari a 14 (IQR 10-19) e quella preoperatoria è pari a 3 (IQR 2-5). "Le Fratture del Femore prossimale dell'Anziano nella Regione del Veneto" SER - Direzione Controlli e Governo SSR | Ottobre 2012
14. Larsen K, Sørensen OG, Hansen TB, Thomsen PB, Søballe K. "Accelerated perioperative care and rehabilitation intervention for hip replacement is effective: a randomized clinical trial involving 87 patients with 3 months of follow-up. *Acta Orthop.* 2008 Apr;79(2):149-59.



Osteoporosi e artrosi: caratteristiche e gestione del dolore

Pietro Scendoni, Valentina Di Donna, Valerio Moretti, Giulia Fidecicchi

UOC Recupero e Rieducazione Funzionale, Laboratorio di Ricerca Osteoporosi e Prevenzione delle Cadute - Servizio di Reumatologia, INRCA POR Fermo

Riassunto. Le patologie muscolo-scheletriche rappresentano la causa più frequente di dolore di grado severo a lungo termine e di disabilità fisica, interessando milioni di persone in tutto il pianeta. Le patologie articolari, la rachialgia, l'osteoporosi ed i traumi agli arti in seguito ad incidenti hanno un impatto enorme sull'individuo, sulla società e sui sistemi di assistenza socio-sanitaria. Con l'aumento del numero degli anziani e le variazioni dello stile di vita che si stanno verificando in tutto il mondo, tale tendenza è destinata ad aumentare in modo drammatico dai prossimi dieci anni in poi. La gestione del dolore è ampiamente discusso ed affrontato in numerose raccomandazioni e linee guida internazionali, pubblicate dalle principali associazioni medicoreumatologiche (linee guida EULAR; ACR APS^[9,14,15]).

Parole chiave: patologie muscolo scheletriche, osteoporosi, gestione del dolore

Abstract. Muscle-skeletal diseases are the most common cause of long-term severe pain, and important disabilities, affecting million of people all over the world. Joint diseases, back pain, osteoporosis, and post-traumatic fractures, influence people, society and all socio sanitary services. Actually, the increasing number of elders, and the improvements in people life-style worldwide, this trend is going to increase in next ten years. Pain management in these diseases, is comprehensively and exhaustively treated in many international guidelines and recommendations, published by the most important rheumatologic associations (guide lines EULAR; ACR APS^[9,14,15]).

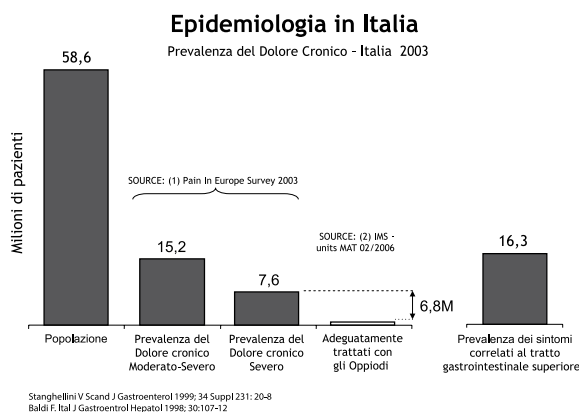
Keywords: muscle-skeletal diseases, osteoporosis, pain management

INTRODUZIONE

Il dolore è definito dall'O.M.S. una esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata ad un danno tissutale reale o potenziale, o descritto in rapporto a tale danno^[1]. Da questa definizione si ricava il concetto che il dolore sia una percezione, non una sensazione reale, come avviene per la vista o l'udito. Essa coinvolge la sensibilità tissutale a determinati stimoli chimici ed essi vengono interpretati come nocivi.

L'American Pain Society Quality Improvement Committee, ha definito il dolore come 5° parametro vitale^[2], definendo la necessità di registrare il dolore dei pazienti, ogni qual volta si registrano frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura, e frequenza respiratoria. Il personale medico e paramedico a tal proposito, deve considerare l'evidenza di un dolore non controllato, come un "allarme rosso", così come si considera l'ipertensione o l'iperpiressia.

Da studi epidemiologici La prevalenza del dolore cronico non oncologico nella popolazione generale è stata stimata all'11%, Secondo l'OMS dei 17 milioni di ammalati di tumore: il 30% è sottoposto a trattamento attivo, In Italia i pazienti trattati per patologia algica cronica sono 7,9 milioni, di cui, 3,4 milioni patologie artrosi che, 3,3 milioni lombalgie, 800.000 con dolore oncologico^[3].



Il dolore cronico è definito da determinate caratteristiche peculiari:

1. permane per almeno sei mesi;
2. di tipo sordo, dolente, persistente, diffuso. non chiaramente definito;
3. il paziente può presentare segni di depressione, è chiuso in sé fiacco, sfinito.

Nel paziente geriatrico, il dolore maggiormente riferito è quello conseguente a processi artrosici, o conseguente a danni secondari dell'osteoporosi. Per ciò che riguarda il dolore collegato ai processi artrosici, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, ha definito dei punti cardine, tra cui:

- a. il raggiungimento di nuovi standard sul trattamento del dolore artrosico;
- b. la registrazione del dolore come 5° segno vitale;
- c. il management interdisciplinare nella sua gestione evidenziando i bisogni del paziente;
- d. la valutazione del dolore come "diritto" del paziente;
- e. il monitoraggio delle risposte agli interventi contro il dolore;
- f. fornire un'educazione verso il management del dolore.^[1]

Gli aspetti psicologici influiscono sulla percezione e sulla soglia del dolore, al punto da poter innescare un circolo vizioso ansia - tensione muscolare - dolore di difficile interpretazione. Le patologie muscolo-scheletriche rappresentano la causa principale di morbidità nel mondo. Il dr. Gro Harlem Brundtland, direttore generale nel 2000 dell'OMS, ha definito tali patologie ad elevato impatto sostanziale, sulla salute e sulla qualità di vita, determinando costi enormi per i sistemi sanitari^[6]. Le patologie muscolo-scheletriche sono le principali cause di dolore severo e di disabilità fisica a lungo termine. Circa 1 europeo su 4 soffre di una forma di dolore muscolo-scheletrico; 1 su 5 è in terapia a lungo termine. L'Osteoartrosi è la più comune patologia articolare ed è responsabile, negli anziani, di un numero di casi di disabilità superiore a quello causato da qualunque altra condizione. Nei paesi industrializzati, circa 1 soggetto su 10 con più di 60 anni manifesta problemi clinici significativi attribuiti ad osteoartrosi^[7,8].

Eziologia dell'osteoartrosi: nell'etiologia dell'osteoartrosi (OA) intervengono molteplici fattori; Oltre alla degenerazione naturale delle articolazioni dovuta all'invecchiamento, al sovraccarico provocato dall'obesità e da alcuni

lavori che sollecitano particolarmente le articolazioni, all'origine dell'artrosi ci possono essere:

- *Alcune malattie endocrine e metaboliche*, come il diabete, che possono causare alcune alterazioni nella struttura stessa dell'osso e della cartilagine.
- *Traumi e le fratture*, che se non vengono compensati nel modo giusto, possono originare alterazioni a carico della struttura ossea e quindi rappresentare la causa scatenante dell'artrosi.
- La precipitazione di microcristalli all'interno delle cartilagini, risultato dell'aggregazione di alcune sostanze come il pirofosfato di calcio o l'acido urico che, se presenti in quantità eccessive nell'organismo, si depositano a livello articolare, tendini e guaine. La presenza di questi cristalli crea flogosi, facilitando l'instaurarsi dell'artrosi; inoltre questi depositi promuovono la liberazione di particolari enzimi come le metalloproteinasi che alterano la struttura della cartilagine, rendendola meno resistente alle sollecitazioni meccaniche.
- *Fattori genetici*: ultimamente è stato scoperto una particolare forma di ereditarietà dell'artrosi " artrosi cosiddetta primaria", per la quale la struttura chimica del collagene risulta alterata^[9].

La cartilagine senile sviluppa una perdita di elasticità e di resistenza alle sollecitazioni meccaniche. Gli estrogeni sembrano svolgere un ruolo protettivo nei confronti dello sviluppo di artrosi^[10]. Le sollecitazioni meccaniche, l'obesità ed alcune malattie endocrine e metaboliche (acromegalia, diabete mellito, ipertrigliceridemia), sono tra i principali fattori di rischio associati. La leptina è correlata con il BMI ed è fortemente espressa negli osteofiti e nella cartilagine dell'osteoartrosi, mentre in quella normale pochi condrociti la producono. Il livello di leptina espressa è correlata con il grado di distruzione articolare con una buona correlazione con IGF1 e TGF β). La leptina può giocare un ruolo chiave nel metabolismo cartilagineo e può contribuire alla fisiopatologia dell'OA.^[10,11]

Le artropatie sono la prima causa di disabilità negli USA^[12,13].

Le manifestazioni cliniche dell'artrosi sono principalmente il dolore, la rigidità articolare e le limitazioni funzionali: tutti questi aspetti naturalmente sono legati alla zona colpita dall'artrosi.

Il dolore è dovuto al processo di distruzione

cartilaginea che provoca l'infiammazione dei tessuti circostanti l'articolazione colpita. Purtroppo però non sempre il dolore si manifesta all'inizio del processo artrosico: anzi in molti casi la malattia procede in modo silente, avvertendo la persona della sua presenza quando è già a uno stadio avanzato. Il meccanismo patogenetico del dolore è prevalentemente attribuito all'aumento della pressione capsulare intraossea, alle microfratture sub condrali e all'entesopatia e borsite secondarie al deficit muscolare ed alle alterazioni strutturali.

L'infiammazione è principalmente causata dal fatto che la degenerazione cartilaginea può irritare ed infiammare i tessuti circostanti, quali ad esempio la membrana sinoviale che riveste la cavità articolare. Questo è spesso causa di contratture muscolari, che insieme alla rigidità delle articolazioni, contribuiscono a rendere i movimenti ancora più difficoltosi. La rigidità articolare si manifesta soprattutto alla ripresa dell'attività articolare dopo un periodo di riposo^[9]. La limitazione funzionale all'inizio della malattia è data dal fatto che la persona vuole risparmiarsi il dolore e quindi evita i movimenti che glielo procurerebbero. Soltanto nelle fasi più avanzate della malattia le limitazioni sono causate da una vera e propria impossibilità a muoversi. Le zone più colpite dall'artrosi sono le ginocchia, le anche, le vertebre cervicali e la colonna lombare.

Il trattamento del dolore nell'Osteoartrosi è chiaramente definito nelle raccomandazioni e linee guida EULAR 2000, ACR 2012, APS 2002^[9,14,15].

L'EULAR^[9] definisce il paracetamolo come analgesico orale di prima scelta, e, in caso di successo, rappresenta l'analgesico orale a lungo termine da preferirsi. I FANS (per os o topici) dovrebbero essere considerati nei pazienti con versamento articolare che non rispondono al trattamento con paracetamolo^[9-16]. L'anomalia di essere tra i pochi Paesi Europei dove il farmaco di prima scelta nell'OA non è il paracetamolo, ma un FANS tradizionale, spiega probabilmente l'abuso di gastroprotettori segnalato dalle autorità, che però non hanno ancora realizzato come l'OA rappresenti uno degli aspetti più centrali del problema.^[9]

Non c'è alcun dubbio che i coxib hanno rappresentato un progresso decisivo nella trattamento dell'OA. Il loro posizionamento va però adeguatamente precisato, soprattutto in considerazione di un'eventuale influenza sulla progressione della malattia. Gli esperti sono d'accordo nell'individuare in questi i farmaci di

seconda scelta dopo il paracetamolo, se questo non è efficace. Va però stabilito se il trattamento deve essere continuato a lungo termine, oppure effettuato a cicli, al bisogno. C'è quindi necessità, in accordo questa volta con l'agenda dell'EULAR, di conoscere di più sugli effetti sulla struttura cartilaginea e sui condrociti di questi farmaci.^[9]

L'infiltrazione intra-articolare di steroidi long acting è indicata nelle esacerbazioni acute, specialmente in presenza di flogosi articolare. Esiste la dimostrazione che i farmaci "di fondo" slow acting (glucosamina solfato, condroitin solfato) potrebbero possedere proprietà modificanti l'evoluzione della osteoartrosi. Tali farmaci sono probabilmente efficaci nel trattamento dell'osteartrosi del ginocchio. Tuttavia la percezione dell'efficacia da parte del paziente è relativamente piccola e non sono stati ben identificati i pazienti candidabili al trattamento, così come mancano studi di farmacoeconomia^[9]. Il trattamento non farmacologico dell'artrosi del ginocchio dovrebbe comprendere una regolare attività del paziente, l'esercizio fisico, l'uso di supporti deambulatori e la riduzione ponderale. È fortemente raccomandato l'esercizio fisico, specialmente quegli esercizi volti a sviluppare la forza del quadricipite e/o a conservare la normale mobilità del ginocchio. La protesi dovrebbe essere considerata solo in caso di dolore refrattario al trattamento farmacologico associato a grave disabilità ed a deterioramento del quadro radiologico.^[9-17]

Secondo l'APS 2002 (Nuove linee guida per il trattamento del dolore da Artrite della American Pain Society).^[15] Tutti i trattamenti dovrebbero essere preceduti da una valutazione globale del dolore e della funzionalità. Per il dolore artrosico lieve, il paracetamolo è il farmaco di prima scelta grazie ai suoi lievi effetti collaterali, il basso costo e la disponibilità come farmaco da banco. Qualsiasi trattamento per l'artrite dovrebbe essere iniziato solo dopo un accurato studio del dolore e della funzionalità articolare.^[15]

Per il dolore lieve e moderato il paracetamolo è il farmaco di scelta per i suoi scarsi effetti collaterali e per la facile reperibilità e il basso costo.

Per il dolore moderato e severo causato da Osteoartrosi i FANS COX2 selettivi sono i farmaci di scelta per la potenza antalgica e per la assenza di effetti collaterali gastrointestinali. I fans non COX2 selettivi trovano applicazione nei pazienti che non rispondono al paracetamolo ed ai COX2 e che non presentano particolari fattori

di rischio per effetti collaterali sull'apparato gastrointestinale con l'uso di FANS. Gli oppiacei come ad esempio l'ossicodone e la morfina sono raccomandati per il trattamento il dolore severo da artrite quando i FANS non selettivi ed i COX2 non producono alcun giovamento.^[15]

Ad eccezione di controindicazioni mediche, la maggior parte dei pazienti affetti da osteoartrosi dovrebbero, inclusi obesi ed anziani, essere valutati per un eventuale trattamento chirurgico allorché la terapia farmacologica si rivelasse inefficace e la funzionalità motoria fosse gravemente compromessa. Le procedure chirurgiche dovrebbero essere messe in atto prima della comparsa di deformità articolari gravi e di gravi deficit muscolari.^[15]

Una menzione va fatta all'uso di acido ialuronico intra articolare nell'osteoartrite.

Ad oggi abbiamo in commercio due tipologie di acido ialuronico:

1. ad alto peso molecolare da usare nelle articolazioni marcatamente degenerate con obiettivo di visosupplementazione
2. a basso peso molecolare da usare nelle articolazioni con un buon grado funzionale e presenza di cartilagine attiva su cui l'acido ialuronico agisce in minima parte come viscosupplementazione ma soprattutto come anabolizzante sui condrociti.

Gestione del dolore in osteoporosi: la patologia osteoporotica presenta un elevato impatto socio-sanitario ed economico, da una recente indagine epidemiologica risulta che 1 abitante europeo su 8 di età superiore ai 50 anni, va incontro ad una frattura vertebrale/anno; che i costi annuali per le relative cure ospedaliere in Europa 3.5 miliardi di Euro (escludendo i costi individuali e per la riabilitazione)^[18].

L'osteoporosi definita come malattia del silenzio fino a quando non si manifesta clinicamente con frattura. La frattura femorale è sempre diagnosticata perché improvvisamente il femore perde la sua funzione e il dolore insiste anche in scarico. Per quanto riguarda la frattura vertebrale è evidenza che statisticamente vengono diagnosticate solo il 30% delle fratture " i cosiddetti crasch vertebrali" le fratture lievi o microfratture spesso passano non diagnosticate o diagnosticate come Toraco-Lombalgie meccaniche ove il dolore rachideo recede con il riposo in posizione clinostatica e scompare in alcune settimane. La diagnosi circostanziata di frattura vertebrale da osteoporosi è fondamentale per la prevenzione secondaria dell'osteoporosi. Sappiamo, infatti, che il o la

paziente con una frattura vertebrale è predittiva che nel giro di due anni ha il 50% di probabilità di peggiorare la frattura presente o che si verifichi ulteriore frattura in altre sedi (rachide -femore).

Il controllo del dolore nelle fratture vertebrali da osteoporosi è indubbiamente il primo obiettivo terapeutico, per contro il controllo del dolore per una rachialgia non meglio caratterizzata può essere fuorviante e penalizzare il paziente.

Gli strumenti del controllo del dolore in seguito a fratture da etiologia osteoporotica, spaziano dalla terapia farmacologica al riposo a letto, all'uso di tutori e nei casi indicati al trattamento chirurgico. La revisione sistematica della letteratura sull'uso degli oppiacei nel controllo del dolore, ha dimostrato che le terapie con oppiacei, leggeri o forti, sono più efficaci di altre terapie farmacologiche; non si sono evidenziati casi di dipendenza, contrariamente a quella che è la percezione dalla opinione pubblica.^[19,20] Secondo le Raccomandazioni all'uso degli oppiacei nel dolore cronico non oncologico^[21], il trattamento del dolore cronico dovrebbe essere rivolto alla causa del dolore. Qualunque essa sia, lo scopo primario dell'assistenza dovrebbe essere il controllo del sintomo. Il trattamento con oppioidi va considerato sia per il dolore nocicettivo che neuropatico, se altre terapie non risultano efficaci in un lasso di tempo ragionevole. Lo scopo del trattamento con oppioidi è il sollievo dal dolore e il miglioramento della qualità di vita. Il medico curante dovrebbe essere a conoscenza a tal proposito le condizioni psicosociali del paziente. Inoltre viene raccomandato l'uso di oppioidi a rilascio controllato somministrati ad intervalli regolari, monitorizzandone il trattamento nel tempo.

Seguendo le linee guida, gli oppioidi hanno dimostrato un'efficacia sul dolore e quindi sulla qualità di vita in percentuali variabili dal 30% all'80%. Tra gli oppiacei sono da preferire quelli deboli, (Codeina, Oxicodone, Tramadolo) con formulazioni a lento rilascio e con una durata stabile e prolungata dell'effetto analgesico. Un'interessante meta-analisi apparsa su Anesthesiology nel 2005^[22], mette in evidenza l'importanza di una terapia combinata con fans/ anticox-2 e oppiacei, per la gestione ed il controllo del dolore, rispetto al trattamento con i soli oppiacei. Da alcuni anni sono in commercio farmaci con documentato effetto anabolico sull'osso, il paratormone frazione 1-84 utilizzato in pulse therapy ha dimostrato oltre all'effetto anabolico una indubbia efficacia

sul dolore rachideo in paziente con fratture vertebrali da osteoporosi. Il meccanismo di questo effetto analgesico è stato supposto ma non documentato nella eziopatogenesi.

BIBLIOGRAFIA

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Jt Comm Perspect.* 1999;19(5):6-8. Sklar DP. *Ann Emerg Med.* 1996;27:412-413.
2. American Pain Society Quality Improvement Committee. *JAMA.* 1995;1847-1880.
3. Harald Breivik, Beverly Collett, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen, Derek Gallacher, "Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment" *European Journal of Pain* 10 (2006) 287-333
4. Stanghellini V *Scand J Gastroenterol* 1999; 34 Suppl 231: 20-8
5. Baldi F. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1998; 30:107-12
6. Praemer, Furner, Rice, *Musculoskeletal Conditions in the United States, AAOS* 1999
7. European Bone and Joint Health Strategies Project. *European Action Toward Better Musculoskeletal Health, 2005.*
8. European Opinion Research Group. *EEIG. Health, food and alcohol and safety. Special Eurobarometer 186, 2003.s*
9. Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, et al. *EULAR recommendations for the management of osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies including Therapeutic Trials (ESCISIT).* *Ann Rheum Dis* 2000; 59: 936-44.
10. Nevitt MC et al, *Arch Intern Med* 2073-80; 1996
11. Terlain B et al *Ann Pharm Fr* 2005
12. McNeil JM, Binette J. *MMWR.* 2001;50:120-125
13. CDC. *National Arthritis Action Plan. A Public Health Strategy.* 1999
14. LINEE GUIDAACR 2012 American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee". *Arthritis Care & Research* Vol. 64, No. 4, April 2012, pp 465-474
15. APS Guideline for the Management of Pain in Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Juvenile Chronic Arthritis
16. American Geriatrics Society Panel of the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc* 2009;57:1331-46.
17. American college of rheumatology subcommittee on osteoarthritis guidelines "Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee" *Arthritis and Rheumatism Official Journal of the American College of Rheumatology* January 29, 2000, accepted in revised form May 12, 2000.
18. International Osteoporosis Foundation 2000 International Survey.
19. Andrea D. Furlan, Eldon Tunks et al. "Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis for effectiveness and side effects" *review; CMAJ, 23May, 2006, 174(11);1589*
20. Nicholas, Michael K PhD; Molloy, Allan R MBBS, FANZCA; Brooker, Charles MBBS, FANZCA "Using Opioids With Persisting Noncancer Pain: A Biopsychosocial Perspective." *Clinical Journal of Pain.* 22(2):137-146, February 2006.
21. Kalso E, Allan L, DelleMijn PLI et al. "Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain". *European Journal of Pain* 7 (2008) 381-386
22. Elia, Nadia M.D.; Lysakowski, Christopher M.D.; Tramer, Martin R. M.D., D.Phil. "Does Multimodal Analgesia with Acetaminophen, Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs, or Selective Cyclooxygenase-2 Inhibitors and Patient-controlled Analgesia Morphine Offer Advantages over Morphine Alone?: Meta-analyses of Randomized Trials. *Anesthesiology.* 103(6):1296-1304, December 2005.



Utilizzo del ranelato di stronzio in pazienti osteoporotici con osteoartrite

Oriano Mercante

UOC di Medicina Riabilitativa INRCA POR Ancona

Riassunto. Il ranelato di stronzio è un farmaco efficace nel trattamento dell'osteoporosi postmenopausale e di quella maschile. Risultati promettenti provengono da trials clinici sull'impiego di ranelato di stronzio nell'osteoartrite del ginocchio e nella prevenzione del danno strutturale nelle donne osteoporotiche.

Parole chiave: ranelato di stronzio, osteoporosi menopausale, osteoartrite

Abstract. The strontium ranelate is a powerful drug in the treatment of postmenopausal osteoporosis and also in males. Promising results come from clinical trials on the use of strontium ranelate in osteoarthritis of the knee and in the prevention of structural damage in osteoporotic women.

Keywords: strontium ranelate, menopausal osteoporosis, osteoarthritis

INTRODUZIONE

Il ranelato di stronzio è un farmaco che stimola la formazione ossea e riduce i processi di riassorbimento, noto da tempo per il suo impiego efficace in più di 100 Paesi del mondo nel trattamento dell'osteoporosi postmenopausale. Vi sono infatti numerose evidenze scientifiche a riprova della sua efficacia, di cui si riportano solo alcune citazioni^[1-5]. Gli studi hanno mostrato che nel trattamento dell'osteoporosi nelle donne in menopausa, una quantità di 2 g di ranelato di stronzio al giorno assunta per la durata di 3 anni è in grado di ridurre le fratture della colonna vertebrale e diminuire leggermente l'incidenza di fratture non vertebrali. Il ranelato di stronzio aumenta la densità minerale ossea in donne con osteoporosi dopo la menopausa: 1 donna su 3 ha infatti riportato un aumento della densità ossea della colonna vertebrale e dell'anca minerale a seguito dell'assunzione di ranelato. Il trattamento ha dimostrato di essere efficace anche nel trattamento della osteoporosi maschile. Infatti, in modo simile alle donne, i pazienti di sesso maschile con osteoporosi trattati con ranelato di stronzio mostrano un miglioramento della densità minerale ossea in corrispondenza della regione lombare della colonna vertebrale^[6]. Risultati promettenti sull'impiego di ranelato di stronzio

nell'osteoartrite (OA) del ginocchio provengono dallo studio SEKOIA (the Strontium Ranelate in Knee Osteoarthritis)^[7], un trial presentato nel corso del congresso annuale 2012 dell'American College of Rheumatology. Trial multicentrico in doppio cieco, controllato vs placebo della durata di 3 anni e condotto in 18 Paesi, si è proposto di valutare la capacità del farmaco vs placebo di ridurre la progressione dell'OA al ginocchio monitorata per via radiologica. I risultati del trial mostrano come il trattamento per tre anni con il farmaco, al dosaggio di 1 o 2 grammi/die, sia in grado di prevenire il danno strutturale nei pazienti affetti dalla malattia sopra menzionata. Ciò si traduce in una ridotta progressione dell'OA, con conseguente diminuzione del ricorso alla chirurgia, nonché (al dosaggio di 2g/die) in un miglioramento significativo della sintomatologia e dell'intensità di dolore percepita. Il trial SEKOIA fornisce pertanto ulteriori ed importanti evidenze sull'importanza del ranelato, essendo già stati documentati in letteratura i benefici effetti di questo farmaco nella prevenzione del danno strutturale nelle donne osteoporotiche con OA spinale.^[8,9].

MATERIALI E METODI

E' stata fatta una revisione dei pazienti ricoverati presso la UOC di Medicina Riabilitativa

negli anni 2010-2012, ricercando pazienti con osteoporosi ed osteoartrosi a cui era stato somministrato il Ranelato di Stronzio per il trattamento dell'osteoporosi. Sono stati selezionati n.20 soggetti, tutti di sesso femminile, trattati con Ranelato di stronzio per l'osteoporosi. A tali soggetti è stato somministrato un questionario telefonico quale follow-up del trattamento. Le domande hanno riguardato la continuità della cura e le motivazioni che avevano determinato una eventuale decisione di sospensione del trattamento. Veniva richiesta inoltre una valutazione del dolore percepito al momento dell'inizio del trattamento e del dolore attuale, nonché informazioni circa l'assunzione di altri farmaci antidolorifici.

RISULTATI

Sono state effettuate 14 interviste telefoniche, 6 persone non hanno risposto al telefono. Non sempre le pazienti sono state in grado di rispondere all'intervista telefonica. In 6 casi infatti i caregivers hanno risposto alle domande del questionario. Su 14 casi soltanto n. 4 hanno dichiarato di continuare il trattamento con Ranelato. Tra le motivazioni dell'interruzione 4 soggetti lo hanno fatto su consiglio del medico curante, 4 per rifiuto e scarsa compliance, 2 per eventi avversi, 1 per il costo e 5 non hanno risposto alla domanda. La percezione del dolore risulta lievemente più bassa, la maggior parte degli intervistati (64%) assume sostanze antidolorifiche.

Tab.1 Casistica Medicina Riabilitativa - Donne in trattamento con Ranelato, (Anni 2010- 2012)

N. Intervistati	14
Dolore Medio VAS (T1)	4,1
Dolore Medio VAS (T2)	5,45
Assume attualmente Ranelato	4
Assume attualmente antidolorifici	9 (64%)

Tab.2 Sospensione Ranelato, n.10 soggetti - Cause

N. Intervistati	10
Consiglio Medico	4
Effetti Avversi	2
Rifiuto Farmaci	3
Scarsa Compliance	1
Costo della cura	1
Non sa / Non risponde	5

CONCLUSIONI

In assenza di farmaci orali per l'osteoartrosi, come si evince dalle Linee Guida sull'osteoartrosi del ginocchio pubblicate dalla American

Academy of Orthopaedic Surgeons nel 2013^[10], l'unica evidenza abbastanza promettente riguardo al trattamento dell'osteoartrite del ginocchio viene data dall'impiego di ranelato. Lo studio clinico SEKOIA in particolare è stato condotto su più di 3.000 soggetti con moderata artrosi del ginocchio e ha dimostrato un effetto significativo del ranelato sulla progressione dell'artrosi, anche se il meccanismo esatto attraverso il quale si esercita il beneficio sulla cartilagine non risulta ancora chiaro. Ad ogni modo, il ranelato di stronzio riduce il rischio di fratture in pazienti con caratteristiche differenti, in tutti i siti scheletrici, con un rilevante profilo di rischio/beneficio e rappresenta quindi una terapia di prima scelta per la prevenzione del rischio di fratture nelle donne con osteoporosi postmenopausale. Studi^[11] hanno mostrato che la qualità della vita nei pazienti trattati con ranelato di stronzio è aumentata significativamente ed è superiore a quella relativa ad altri farmaci o placebo. Ulteriori studi clinici dovranno essere condotti per stabilire in quali pazienti e in quale stadio di malattia artrosica il ranelato di stronzio possa essere maggiormente efficace. In questa fase di evoluzione dell'utilizzo del trattamento con ranelato, risulta molto importante effettuare una raccolta dati e le valutazioni sulla casistica clinica a supporto delle decisioni mediche e del confronto tra professionisti.

BIBLIOGRAFIA

1. Fogelman I et al. Strontium ranelate for the treatment of osteoporosis. *Br Med J* 2005; 330:1400-
2. Reginster JY, et al. Prevention of early postmenopausal bone loss by Strontium ranelate: the randomized, two year, double-masked, dose-ranging, placebo-controlled PREVOS trial. *Osteoporos Int* 2002;13: 925-31.
3. Meunier PJ, et al. Strontium ranelate: dose-dependent effects in established postmenopausal vertebral osteoporosis: a 2-year randomized placebo controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 2060-66.
4. D'Haese C et al. Postmenopausal osteoporosis and strontium ranelate. *N Engl J Med* 2004; 350: 2001.
5. Reginster JY et al. Strontium ranelate reduces the risk of nonvertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: Treatment of Peripheral Osteoporosis (TROPOS) study. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 2816-22.
6. Kaufman JM et al. Efficacy and safety of strontium ranelate in the treatment of male osteoporosis. *Osteoporos Int* 2012;23(Suppl. 2):S260.
7. Reginster J. Strontium ranelate in knee osteoarthritis trial (SEKOIA): Structural and symptomatic efficacy. *ACR* 2012; Abstract 1596
8. Bruyere O et al. Effects of strontium ranelate on spinal osteoarthritis progression. *Ann Rheum Dis.* 2008; 67(3):335-9.

9. Tat SK et al. Strontium ranelate inhibits key factors affecting bone remodeling in human osteoarthritic subchondral bone osteoblasts. *Bone*. 2011;49(3):559-67
10. Treatment of osteoarthritis of the knee. Evidence-based guideline. 2nd edition. American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2013.
11. Marquis P et al. Strontium ranelate prevents quality of life impairment in post-menopausal women with established vertebral osteoporosis. *Osteoporos Int* 2008;19:503-10.

Questionario per ranelato di stronzio

Nome paziente _____ Et  _____ M F

Intervista con: paziente familiare altro care giver

Intervista impossibile per: rifiuto
 decesso
 altro _____

1) continua ancora il ranelato Osseor Protelos

s 

no

se no da quanti mesi ha sospeso _____

Perch :

scarsa compliance

costo

effetti avversi _____

altro _____

2) quanto dolore alle ossa aveva all'inizio dell'assunzione (da 1 a 10) _____

3) quanto dolore alle ossa ha adesso (da 1 a 10) _____

4) usa attualmente farmaci antidolorifici:

no

s 

tutti i giorni

solo quando ha dolore

Ricorda il nome? _____

Nome rilevatore _____



La riabilitazione post-infarto nella donna

Flora D'Ambrosio

UOC di Medicina Riabilitativa, INRCA POR Ancona

Riassunto. I dati epidemiologici mostrano che negli anni '80 la mortalità per malattie cardiovascolari nelle donne ha superato numericamente quella degli uomini, ed è attualmente la prima causa di morte nel sesso femminile. Gli interventi di ordine terapeutico, riabilitativo e la modifica degli stili di vita hanno in parte ridotto la mortalità e la disabilità per malattie cardiovascolari nelle donne, ma tuttora in misura minore rispetto a quanto è avvenuto per il sesso maschile. Questo dato è in parte riconducibile al minore accesso da parte delle donne ai programmi di riabilitazione post-infarto. Il presente contributo dopo aver delineato la specificità femminile della malattia, individua i fattori di ordine psicosociale che possono facilitare l'accesso delle donne a questo tipo di trattamento, ponendo particolare attenzione a quegli elementi che si rivelano cruciali nel mantenere un'adeguata aderenza alle cure nel tempo.

Parole chiave: medicina di genere, riabilitazione cardiologica, donne

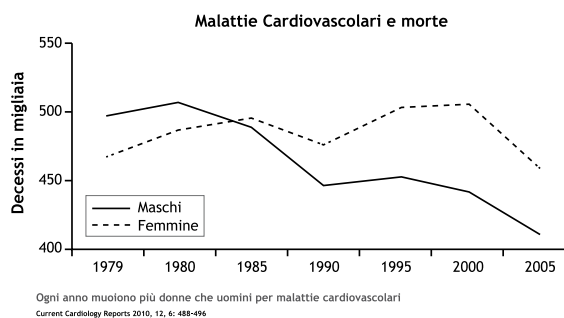
Abstract. As show by epidemiological data, during the '80s mortality from cardiovascular disease in women has outnumbered that of men, and is currently the leading cause of death in women. Therapeutic and rehabilitative intervention, together with changing lifestyles have partly reduced mortality and disability from cardiovascular disease in women, but still to a lesser extent than male. This is partly due to the lower access of women to rehabilitation programs after MI. This paper after outlining the female specificity of the disease identifies those psychosocial factors that can facilitate women's access to this type of treatment, with particular attention to those elements that are crucial to maintain adequate adherence to treatment in time.

Keywords: gender medicine, cardiac rehabilitation, females

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità^[1] la riabilitazione cardiologica è un processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza.

Negli anni passati si è sempre considerata la malattia cardiovascolare, ed in particolare la cardiopatia ischemica, come una malattia di pertinenza maschile. In realtà, i dati epidemiologici mostrano che negli anni '80 la mortalità per malattie cardiovascolari nelle donne ha superato numericamente quella degli uomini, ed è attualmente la prima causa di

morte nel sesso femminile. Gli interventi di ordine terapeutico, riabilitativo e la modifica degli stili di vita hanno in parte ridotto la mortalità e la disabilità per malattie cardiovascolari nelle donne, ma tuttora in misura minore rispetto a quanto è avvenuto per il sesso maschile.



Negli anni successivi inizia la presa di coscienza della "discriminazione di genere". Nel 1985,

negli Stati Uniti, il National Institute of Health pubblica il primo rapporto pubblico sulla salute delle donne. Nel 1991 l'allora direttore del NIH, Bernardine Healy, pubblica sul "New England Journal of Medicine" un articolo dal titolo "The Jenti syndrome", dal tono volutamente provocatorio, in cui commentava alcuni studi che riportavano come le donne con malattia coronarica fossero curate più tardivamente e meno aggressivamente, ricevendo interventi meno risolutivi rispetto agli uomini.

Da allora si è visto come le malattie cardiovascolari, in particolare le coronaropatie, presentino manifestazioni diverse nei due sessi. Si è iniziato a prendere coscienza del fatto che le donne non sono "piccoli uomini", e presentano differenze biologiche, psico-affettive, ambientali e socio-culturali tali da giustificare la nascita di quella che da allora viene chiamata "medicina di genere". Questo concetto è applicabile anche per quanto riguarda gli aspetti riabilitativi, in particolare la riabilitazione cardiologica.

Negli anni '60 e '70, quando è nato il concetto di riabilitazione cardiologica, il "paziente tipo" era maschio, di età adulta (solitamente 40-50 anni), reduce da infarto miocardico. L'obiettivo dell'intervento riabilitativo era il recupero funzionale dopo mesi di prolungato ricovero in ambiente ospedaliero, in modo da consentire un rientro nel mondo lavorativo. I primi programmi erano indirizzati a pazienti non complicati, e consistevano di programmi di esercizio fisico altamente strutturati e con monitoraggio continuo della funzione cardiaca, soprattutto tramite registrazione ECG. Dato l'elevato costo e la lunga durata di tali programmi, in seguito si è verificata la sicurezza e l'efficacia, di programmi di esercizio più snelli e senza monitoraggio, quindi si è iniziato anche a trattare pazienti più complessi, ad esempio infarto miocardico complicato da scompenso cardiaco, edema polmonare o altri eventi cardio-respiratori.

Nei decenni successivi, con la riduzione dei tempi di degenza, si è iniziato ad avviare i pazienti all'intervento riabilitativo in fase più precoce, ma nelle strutture di acuzie questo non consentiva una adeguata valutazione e stratificazione del rischio; nello stesso periodo, veniva riconosciuta l'importanza delle modifiche dello stile di vita ai fini di prevenzione secondaria.

Per questi motivi, i programmi di riabilitazione cardiologica sono stati ampliati fino ad includere anche tali aspetti al proprio interno.

Attualmente, gli obiettivi della riabilitazione

cardiologica si possono così schematizzare:

- assistenza per la stabilizzazione clinica
- valutazione del rischio cardiovascolare globale
- identificazione di obiettivi riabilitativi specifici per la riduzione di ciascun fattore di rischio
- stesura di un piano di trattamento individuale
- programmi educazionali per la modifica degli stili di vita (fumo, dieta, peso corporeo, attività quotidiana, riduzione dei fattori di stress fisici ed emozionali)
- applicazione di programmi di attività fisica mirati alla riduzione della disabilità, al miglioramento della capacità funzionale, al reinserimento sociale e lavorativo)
- pianificazione di interventi di continuità assistenziale per consolidare e mantenere gli obiettivi raggiunti^[2].

Attualmente, nel mondo occidentale solo circa il 30% dei pazienti con cardiopatia vengono avviati a programmi di riabilitazione cardiologica, e di tale percentuale solo una piccola parte è di sesso femminile, e questo nonostante la donna benefici in modo importante dai programmi di riabilitazione^[3,4]. In particolare, si è dimostrato come per ogni "equivalente metabolico" (MET) di aumento nella capacità di esercizi il rischio di morte si riduca del 17%, e l'attività fisica regolare nelle donne in post-menopausa riduce la mortalità per tutte le cause del 24-38% e riduce il rischio di IMA del 50%. Inoltre, nei pochi studi che coinvolgevano anche pazienti di sesso femminile non si sono riscontrate differenze significative tra donne e uomini, né tra pazienti giovani e anziani in termini di modificazione dei fattori di rischio, dell'incremento della capacità funzionale e della qualità di vita dopo riabilitazione cardiologica.

Tali dati possono in parte venire spiegati con "pregiudizi di genere": la riabilitazione cardiologica è nata per venire incontro alle esigenze di una popolazione maschile negli anni '60 e persiste una credenza diffusa che le malattie cardiovascolari abbiano una minore incidenza e gravità nel sesso femminile. Questo porta ad una tendenza a prescrivere meno la riabilitazione cardiologica da parte del personale sanitario^[5], da una parte, e dall'altra ad una minore aderenza ai trattamenti e alle prescrizioni da parte delle pazienti.

Al di là di questi pregiudizi, tuttavia, le pazienti di sesso femminile sono realmente diverse da quelli di sesso maschile, per fattori di ordine demografico, clinico, ambientale, culturale.

Le donne sono colpite da malattia cardiovascolare in età significativamente più avanzata rispetto agli uomini e presentano solitamente maggiore numero e gravità di altre malattie, anche disabilitanti (ad esempio artrosi, osteoporosi, malattie reumatologiche o autoimmuni); gli stessi fattori di rischio cardiovascolare hanno inoltre un peso diverso nei due sessi, con maggiore impatto nella donna^[6].

Anche numerosi fattori sociali, culturali ed affettivi contribuiscono a creare importanti differenze nei pazienti dei due sessi: le donne, nella nostra società, hanno una minore abitudine all'esercizio fisico rivestono un ruolo più centrale nella famiglia, dedicano minore tempo alla cura di sé, mentre sono dedicate all'assistenza dei propri familiari. Più spesso degli uomini vivono sole (vita media più lunga, vedovanza), presentano minori livelli di integrazione sociale, hanno più spesso problemi "logistici" di organizzazione del tempo e di trasporto, spesso sono di livello socio-economico e culturale più basso. Dal punto di vista affettivo e cognitivo è presente una maggiore incidenza di stati ansioso-depressivi nel sesso femminile, più bassi livelli di autostima, autoefficacia e immagine di sé, minori abilità di "coping" nei confronti della malattia^[7].

Tutti questi elementi hanno una ricaduta pratica sull'approccio riabilitativo a pazienti di sesso femminile.

In primo luogo, sono necessari programmi di esercizio fisico individualizzati, basati su una accurata valutazione del livello funzionale, della capacità aerobica, del consumo di ossigeno, della tolleranza allo sforzo. Gli esercizi proposti devono essere non solo ben tollerati da punto di vista fisico, ma anche accettabili per la paziente, con posizioni confortevoli, adeguando il setting e il timing delle sedute per garantire la maggiore aderenza possibile al piano di trattamento^[8].

Fondamentale è l'intervento sugli aspetti psicologici ed affettivi: è utile coinvolgere nel processo decisionale e gestionale familiari ed amici, fornire un adeguato training motivazionale, ricercare e trattare stati ansiosi e/o depressivi mediante terapia farmacologica, counselling o interventi strutturati psicologici o psicoterapeutici, ricercare insieme alle pazienti strategie efficaci di coping nei confronti del vissuto di malattia e delle modifiche del proprio ruolo in ambito familiare, sociale e lavorativo, gestire in modo adeguato stress (ad esempio mediante tecniche di rilassamento, meditazione, cognitivo-comportamentali).

Di grande rilevanza, in questo come in altri ambiti, è la possibilità di confrontare le proprie esperienze e del vissuto di malattia con altre pazienti, mediante gruppi di discussione, di auto-mutuo aiuto e di ascolto.

La riabilitazione cardiologica è un processo continuo, che necessita di tempi lunghi per raggiungere la massima efficacia: per questo è necessaria una continuità dell'assistenza tra reparti per acuti, riabilitazione ospedaliera e territorio, anche mediante il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale: importante è fornire una adeguata motivazione non solo al trattamento riabilitativo, ma anche alla modifica dello stile di vita, prevedere dei follow-up anche riabilitativi e la possibilità di effettuare cicli di "richiamo". A livello territoriale è ancora più importante il coinvolgimento di familiari e amici e l'intervento di gruppi di supporto (cosiddetti "cardio-club"). Per ottenere questi risultati sono possibili diverse strategie: una maggiore comunicazione tra Cardiologi e Riabilitatori, mediante lavoro di team, incontri periodici, discussione di casi clinici; maggiore continuità tra Ospedale e territorio, ad esempio coinvolgendo il Medico di Medicina Generale e i responsabili dei Distretti al momento di pianificare il percorso di dimissione.

Sarebbe anche auspicabile la presenza di figure come Counsellors o Psicologi all'interno del team riabilitativo, o almeno come consulenti.

Appaiono utili percorsi formativi condivisi a tutti i livelli e momenti del percorso assistenziale, a cui va associata l'implementazione di programmi integrati di trattamento e di follow-up multiprofessionali e multidisciplinari, ed il coinvolgimento delle pazienti e della rete familiare nel processo decisionale.

E' necessario investire risorse, sia economiche sia organizzative, in programmi di riabilitazione e di prevenzione secondaria; a tale scopo possono venire coinvolte risorse presenti sul territorio, come gruppi di volontariato, Circostrizioni, associazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization Expert Committee. Rehabilitation after cardiovascular disease with special emphasis on the developing countries. Technical Report Series. Geneva: WHO 1993; 831.
2. Griffo R. et al. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Pensiero Scientifico Editore 2013, 10:51:28
3. Daniels, KM et al. Cardiac rehabilitation for women across the life span. Am. J. Med. 2012; 125(9); 937.e1-7

E-pub.

4. McCarthy MM. et al. Barriers to cardiac rehabilitation in women with cardiovascular disease: an integrative review. *J. Cardiovasc. Nurse*, 2011; 26: E1-E10.
5. Kristofferson ML. et al. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J. Adv. Nurse* 2003. 44; 360-374.
6. Lloyd GW. Preventive cardiology and cardiac rehabilitation programmes in women. *Maturitas*, 2009. 63: 28-33.
7. Balestroni G. et al. Analisi del costrutto di vital exhaustion in una popolazione femminile durante riabilitazione cardiologica. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 2011. 76:22-26.
8. Bjarnason-Wehrens B. et al. Gender specific issues in cardiac rehabilitation: do women with ischaemic heart disease need specially tailored programmes? *Eur.J. Cardiovasc. Prev. Rehab.* 2007. 14: 163-171.

Riabilitazione nella fase post-acuta dopo intervento chirurgico al seno

Marina Simoncelli, Lucia Paoloni, Donatella Moci, Maria Angela Cioccia,
Raffaella Tanfulli, Roberta Bernardini

UO Medicina Riabilitativa - Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

Riassunto. L'intervento riabilitativo nella paziente affetta da carcinoma mammario, si rivela fondamentale nel contenere i danni conseguenti al trattamento chirurgico, chemioterapico e radiante e quindi nell'ottimizzare la qualità di vita delle pazienti. Un'efficace gestione del progetto riabilitativo richiede l'elaborazione di un programma terapeutico individualizzato modulato sulle esigenze delle pazienti nei diversi momenti dell'acuzie e del post-acuzie. Al fine di rispondere alle esigenze di cura di queste pazienti, l'Azienda Ospedaliera Marche Nord ha implementato un protocollo di trattamento riabilitativo post operatorio in regime ambulatoriale, ed ha altresì realizzato un opuscolo informativo destinato alle pazienti, che veicolasse in modo semplice, ma scientificamente corretto, informazioni relative alle principali norme igieniche e pratiche riabilitative da seguire a casa.

Parole chiave: intervento riabilitativo, carcinoma mammario, progetto riabilitativo individualizzato

Abstract. The rehabilitation intervention in patient with breast cancer is crucial for containing the damage caused to the surgical, chemotherapy and radiation treatment, therefore in optimizing the quality of life of patients. Effective management of the rehabilitation project requires the development of an individualized treatment plan tailored on the needs of patients at different times of acute and post-acute care. In order to meet the care needs of these patients, the Hospital Marche Nord has implemented a protocol of post-surgery rehabilitation treatment on outpatient basis, and realized also a brochure for the patients, to easily and scientifically convey information about hygiene and rehabilitative practices to follow at home.

Keywords: rehabilitation intervention, breast cancer, individualized rehabilitation project

INTRODUZIONE

Nel carcinoma mammario i progressi della ricerca hanno consentito di affinare le strategie terapeutiche, e quindi di ridurre sia la mortalità che le complicanze legate alla malattia. In tal senso l'intervento riabilitativo assume un ruolo fondamentale nel contenere i danni conseguenti al trattamento chirurgico, chemioterapico e radiante e quindi nell'ottimizzare la qualità di vita delle pazienti.

In particolare nella fase immediatamente post-operatoria, quando il paziente è ancora degente nelle unità operativa per acuti, le principali finalità dell'intervento riabilitativo consistono nel: impedire atteggiamenti viziati e rigidità delle articolazioni; ripristinare un corretto ritmo respiratorio e prevenire il linfedema locale e dell'arto superiore.

Quindi, nella fase post-acuta dopo la dimissione ospedaliera, si interviene selezionando i pazienti a maggior rischio di danno funzionale

con l'obiettivo di: prevenire le retrazioni cicatriziali, correggere alterate posture (con particolare riguardo al rachide cervicale e al cingolo scapolare), migliorare la motricità distrettuale e controllare il dolore. Generalmente il setting è rappresentato dall'ambulatorio, più raramente dal day-hospital. Nella pratica clinica, all'interno dell'Azienda Ospedaliera "Marche Nord", è risultato un valido supporto informativo, preventivo ed educativo, funzionale al raggiungimento dei sopraindicati obiettivi, un opuscolo illustrato elaborato dal team riabilitativo dell'Azienda, scritto con linguaggio semplice e facilmente accessibile, regolarmente consegnato alle pazienti

MATERIALI E METODI

Le principali problematiche di interesse riabilitativo conseguenti all'intervento chirurgico per carcinoma mammario suscettibili

di intervento riabilitativo possono essere distinte in quelle “organo specifiche” legate alla fase immediatamente post chirurgica a valenza preventiva sul danno, ed in problematiche sia “organo specifiche” che comuni ad altri tipi di tumore, proprie della fase post-acuta successiva.

Tra le prime sono da ricordare per ordine di frequenza: algia e limitazione funzionale della spalla, riscontro di lesioni nervose a carico del nervo toracico lungo e/o del plesso brachiale (meno frequentemente), e disturbi respiratori (molto raramente). L'intervento viene svolto direttamente nella UO di Chirurgia a letto del paziente allo scopo di: controllare il dolore (con l'aiuto di esercizi di rilassamento muscolare globale); durante il riposo a letto impedire atteggiamenti viziati e rigidità articolari (tramite un corretto posizionamento dell'arto superiore che deve essere mantenuto “in scarico”, in abduzione a 45° rispetto al busto, appoggiato su un cuscino con il palmo della mano rivolto verso l'alto, e con gomito il più possibile esteso); favorire la precoce mobilizzazione dell'arto superiore dal lato operato (mediante esercizi di mobilizzazione attiva in flessione-estensione dell'avambraccio con braccio appoggiato sul cuscino, e contemporaneamente di apertura-chiusura a pugno della mano); ripristinare un corretto ritmo respiratorio (attraverso esercizi respiratori segmentali e globali). E' in questa fase fondamentale l'apprendimento degli esercizi di mobilizzazione dell'arto superiore ponendo particolare attenzione al cingolo scapolo-omerale (da eseguire poi autonomamente al rientro al domicilio) e la conoscenza di norme igienico-comportamentali volte alla prevenzione del linfedema. Il tutto raggiungibile previa opportuna istruzione del fisioterapista e/o tramite la consegna al paziente di opuscolo informativo.

A tal fine è stato prodotto dalla UO di Medicina Riabilitativa un opuscolo scritto con linguaggio semplice e facilmente accessibile, tale da unire l'esattezza scientifica delle informazioni con una comprensibilità immediata.

Alla implementazione del suddetto fascicolo hanno preso parte i medici fisiatristi, gli oncologi ed i fisioterapisti dell'Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord” dei Presidi ospedalieri di Pesaro, Fano e Muraglia, che nell'ambito di un “gruppo di miglioramento” creato ad hoc, su progetto specifico dell'Azienda, hanno revisionato la letteratura sull'argomento e i manuali già redatti in altre realtà sanitarie, per arrivare, dopo 5 incontri della durata di 2

ore ciascuno, alla stesura definitiva. Il manuale, attualmente in uso, contiene una breve introduzione sulle problematiche suscettibili di intervento riabilitativo legate al tumore al seno, seguono poi i consigli post-intervento e per il domicilio per evitare che il braccio si gonfi, con finale indicazione ed illustrazione degli esercizi di autodrenaggio (per attivare la funzione di pompa muscolare dell'arto superiore) e di automobilizzazione. Tali esercizi coinvolgenti il rachide cervicale, la spalla, il gomito, il polso e le dita, contengono l'indicazione ad essere effettuati quotidianamente e lentamente, secondo una specifica sequenza, evitando forzature e movimenti bruschi. L'esercizio terapeutico così specificato può essere condotto in posizione seduta, supina, in decubito laterale sul lato sano ed in stazione eretta.

Per quanto attiene poi alla fase post-acuta successiva alla dimissione dalla u.o. di Chirurgia, si interviene da subito selezionando i pazienti a maggior rischio di danno funzionale correlato a: ritardata cicatrizzazione, persistenza di algia e riduzione della mobilità o motilità del rachide e della spalla, presenza di alterazioni dell'equilibrio posturale, di lesioni nervose periferiche, e soprattutto linfedema e linfangiti. In questi casi si procede con un approccio precoce generalmente condotto in regime ambulatoriale o più raramente in day hospital (in caso di linfedema moderato-severo) onde evitare danni permanenti e mirato al completo recupero ed al reinserimento.

I contenuti della presa in carico riguardano: la prevenzione della retrazione cicatriziale e di aderenze (mediante manovre di massaggio connettivale e manovre di drenaggio pericicatriziale, tenendo conto della fase di riparazione della ferita); il miglioramento della motricità distrettuale e della postura (grazie ad esercizi di mobilizzazione passiva, attiva assistita ed attiva, esercizi propriocettivi, esercizi di allungamento muscolare del rachide cervico-dorsale e dell'articolazione scapolo-omerale in particolare); ed il controllo del linfedema.

L'intervento riabilitativo nel paziente oncologico con esiti di intervento chirurgico al seno, deve tener conto della diversità dei quadri patologici, della varietà della storia naturale della malattia e della molteplicità degli esiti, delle diverse menomazioni di ordine motorio e della diverse abilità compromessa, della varietà dei fattori ambientali individuali e sociali, nonché della ancor maggiore varietà dei fattori personali, non può che essere individualizzata. Ovvero, una gestione riabilitativa rivolta a quel

determinato paziente con l'intero bagaglio delle sue difficoltà e disagi. mirata a fornire una risposta appropriata tramite l'elaborazione del progetto riabilitativo individuale da parte delle diverse figure professionali che ruotano attorno al paziente nei diversi momenti terapeutici.

All'interno dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord la fase post-operatoria precoce viene condotta in regime ambulatoriale nel Presidio Ospedaliero di Fano. Il percorso riabilitativo viene avviato dallo specialista oncologo (più raramente dal Chirurgo), attraverso la richiesta di visita fisiatrica, a seguito dell'insorgenza di problematiche funzionali. La visita fisiatrica viene effettuata entro 3 giorni, grazie ad un canale preferenziale di accesso riservato al il paziente oncologico. Quindi, lo specialista fisiatra, dopo una valutazione funzionale globale e dopo avere valutato l'appropriatezza della domanda di riabilitazione inserisce il paziente in una apposita lista di attesa. In merito, si precisa che l'appropriatezza clinica della richiesta è stata verificata nella totalità dei casi.

La nostra casistica si riferisce a 36 pazienti, del periodo compreso tra il gennaio 2012 ed il giugno 2013, tutte di sesso femminile e di razza bianca, aventi un'età media pari a 61,8 anni (range 42-87), di cui 19 sottoposte a quadrangectomia, 15 a mastectomia, e 2 a quadrangectomia seguita nel tempo da mastectomia.

La maggior parte delle pazienti, esattamente 26, hanno effettuato rieducazione motoria per una media di 9,15 sedute, da un minimo di 2 ad un massimo di 20 sedute. Le due sedute sono state impiegate su pazienti con disabilità motoria minimale, per l'apprendimento degli esercizi di auto mobilizzazione, da ripetere poi al domicilio, previa istruzione del fisioterapista, coadiuvata dal manuale informativo con le spiegazioni e l'illustrazione degli esercizi. Mentre, le 20 sedute sono state riservate a pazienti con maggiore compromissione funzionale, e secondaria riduzione della capacità di eseguire anche talune comuni attività di vita quotidiana.

Altre 8 pazienti, portatrici di linfedema di lieve entità, sono invece state sottoposte a linfo drenaggio meccanico preceduto da manovre di linfo drenaggio delle stazioni linfo nodali ascellari, per una media di 10 sedute.

E solamente 2 soggetti hanno effettuato sia chinesiterapia che trattamento del linfedema, rispettivamente 5 e 5 sedute.

RISULTATI

Per i diversi pazienti una volta raggiunta e mantenuta la capacità funzionale residua al suo più alto grado, è stata posta la necessità di proseguire quanto appreso, per il mantenimento delle abilità acquisite. Del totale delle 28 pazienti (includenti le 26 che hanno eseguito solamente chinesiterapia e le altre 2 in cui è stata effettuato sia trattamento cinesiterapico che linfo drenaggio meccanico) solo per 3 è stato necessario, alla distanza di 2 mesi, ripetere il trattamento ambulatoriale "in piccolo gruppo" sotto la guida del fisioterapista. Invece, le restanti pazienti o hanno proseguito in "autogestione" quanto appreso, con indubbi vantaggi quali la possibilità di frazionamento dell'esercizio e ripetizione più volte durante la giornata, oppure hanno effettuato attività fisica in ambiente non sanitario nelle comuni palestre. L'attività fisica svolta in tale ambiente laico, è consistita ad esempio in esercizi respiratori, esercizi di mobilizzazione, esercizi di flessibilità, nell'ambito di pratiche quali lo yoga, o più genericamente definite ginnastica dolce e/o bioginnastica. Oppure talvolta, si è trattato di una attività fisica aerobica (camminata o cyclette), condotta per un tempo ed ad una frequenza predefinita, in modo da poter realmente migliorare la capacità di resistenza della paziente spesso afflitta dal problema della fatica. Infine, delle 10 pazienti sottoposte a linfo drenaggio meccanico (di cui 8 soggetti hanno effettuato 10 sedute e 2 soggetti 5 sedute) solamente 2 sono state inviate al Centro Regionale per l'edema presso l'Azienda Ospedaliera di Torrette di Ancona, in quanto andate incontro nel tempo a moderato-severo aumento del volume dell'arto. In tale sede è previsto in regime di day hospital un trattamento combinato di linfo drenaggio manuale, seguito da bendaggio multistrato, ed eventuale pressoterapia di complemento, con finale confezionamento di bracciale elastocompressivo su misura (fondamentale per il mantenimento a distanza dei risultati raggiunti). Invece, nelle restanti 8 è stato possibile riscontrare la remissione del linfedema o la persistenza di un danno di lieve entità.

E' in programma per il futuro l'opportunità di indirizzare le pazienti con linfedema presso l'associazione "Fior di Loto" di donne operate al seno, costituitasi di recente presso la città di Fano, dove opereranno anche volontari esperti in tecniche di linfo drenaggio manuale.

CONCLUSIONE

L'attività della UO di Medicina Riabilitativa di

Fano, Pesaro e Muraglia, essendo collocata all'interno di un'Azienda Ospedaliera, viene identificata prevalentemente nella gestione riabilitativa ed informativa degli individui ricoverati nelle diverse Unità operative per acuti e nel garantire la continuità assistenziale anche attraverso una precoce presa in carico ambulatoriale. Ed è appunto quello che si è tentato di fare con le pazienti portatrici di tumore al seno, sia mediante la consegna dell'opuscolo informativo direttamente nella u.o. di chirurgia, che creando un percorso per il trattamento riabilitativo ambulatoriale rivolto alle problematiche della fase post-operatoria, con un vero abbattimento dei tempi di attesa. Trattamento riabilitativo supportato da basi neurofisiologiche e cliniche, in grado di prevenire le complicanze insorte nel post-intervento.

E' peraltro ormai maturata la convinzione, convalidata dalle singole esperienze e dalla letteratura, che aspetti considerati un tempo di secondo piano (come appunto quello riabilitativo), rispetto ai trattamenti primari (chirurgico, radiante e chemioterapico) siano invece fondamentali per il benessere e il reintegro del paziente oncologico nella sua globalità.

- Strossenreuther R.H.K., Decongestive Kinesiotherapy, respiratory therapy, physiotherapy and other physical therapy techniques. In: *Textbook of lymphology*. Urgan & Fischer (Elsevier), Munchen, 2003

BIBLIOGRAFIA

- Balzarini A, Macciò A, De Conno F, I Bisogni riabilitativi nel linfedema di arto dopo dissezione linfonodale per neoplasie. In: *Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica*. Progetto H.O. C.U.R.A. F.A.V.O., 2008
- Belgrado JP, Bourgeois P, Roh N, Moraine JJ, Intermittent pneumatic compression in the treatment of lymphedema: current state of Knowledge. *European journal of lymphology*, 2007
- Collicelli C. et al., La condizione sociale dei pazienti affetti da tumore alla mammella. In: *5° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*. F.A.V.O., 2012
- Gariboldi F et al., Rehabilitation competences during radiation therapy after breast carcinoma operations. In: *Oncology rehabilitation*, 2006
- Knols R, Aaronson NK, Uebelhart D, Fransen J, Aufdemkampe G, Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. *J Clin Oncol*, 2005
- Merlo F, Ceppi M, Filiberti R, et al. Breast cancer incidence trends in European women aged 20-39 years at diagnosis. *Breast Cancer Res Treat*, 2012
- NCCN® Practice Guidelines in Oncology - v. 2.2007
- Pessina F, Costantino C, Galvani R, Saccavini M, Marangio E, Esercizio fisico e fatica nel paziente oncologico sottoposto a chemioterapia. *Eur Med Phys*, 2008
- Schieroni M.P., Carlone M., I Bisogni riabilitativi nel carcinoma mammario. In: *Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica*. Progetto H.O. C.U.R.A. 2008

Correlazione tra deficit neuropsicologici e disfagia in pazienti con disturbi cognitivi ricoverati per trattamento riabilitativo post chirurgico ortopedico

Alberto Giattini, Annarita Caiazzo, Marilena Capriotti, Silvia Cocci Grifoni,
Francesco Morsut

Istituto di Riabilitazione S. Stefano, Ascoli Piceno

Riassunto. Lo studio si propone di valutare la correlazione tra il deterioramento cognitivo e i disturbi della deglutizione al fine di predire i rischi di aspirazione nei pazienti con deterioramento cognitivo lieve osservati in una struttura di riabilitazione in seguito ad interventi di natura ortopedica.

Parole chiave: deterioramento cognitivo, disturbi della deglutizione, trattamento riabilitativo

Abstract. The study aims to assess the relationship between cognitive impairment and swallowing disorders in order to predict the risk of aspiration in patients with mild cognitive impairment observed in a rehabilitation ward after orthopedic interventions.

Keywords: cognitive impairment, swallowing disorders, rehabilitation treatment

INTRODUZIONE

I deterioramenti cognitivi, intesi come “disturbo delle funzioni intellettive, acquisito e di natura organica, caratterizzato da compromissione della memoria a breve ed a lungo termine ed almeno una delle attività mentali primarie, quali il pensiero astratto, la capacità critica, il linguaggio e l’orientamento topografico, in assenza di alterazioni della coscienza e con significativa interferenza nell’attività lavorativa e nelle relazioni interpersonali”^[1], non derivanti da lesioni encefaliche acquisite, nella pratica clinica quotidiana vengono spesso identificati come fattori di rischio per disturbi della deglutizione. In realtà la letteratura scientifica dedicata a tale argomento è molto ridotta, dedicata prevalentemente a forme definite di demenza (Alzheimer, demenza a corpi di Lewy, fronto-temporale, ecc.)^[2-3]. E’ inoltre dimostrato che nelle demenze avanzate i disturbi della deglutizione possono avere il loro peso nel quadro clinico generale. Tra gli studi pubblicati, quello della Langmore^[4], dedicato alle demenze fronto-temporali, è quello che maggiormente si avvicina agli obiettivi del nostro, anche se nella sua presentazione non si evince quali sono i livelli di gravità della demenza, né le metodiche studiate per definire con precisione le abilità cognitive testate. La polmonite e le febbri in genere sono tra le più

frequenti complicanze per questa tipologia di pazienti, e con le loro sequele sono spesso caratterizzate da un ridotto periodo di sopravvivenza^[5].

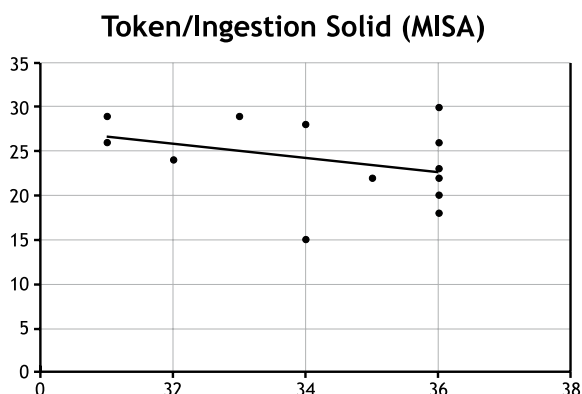
Questi sintomi sono maggiormente presenti nei casi di rapida evoluzione dei disordini corticali e sottocorticali. Uno studio retrospettivo ha evidenziato come la valutazione precoce di questi sintomi, compresa la valutazione della deglutizione può determinare un aumento della sopravvivenza^[5]. Tra le complicanze la più grave rimane la polmonite, prima causa di morte^[6]. La valutazione completa di tali disturbi può determinare una modificazione delle abitudini nutrizionali, al fine di prevenire fenomeni di aspirazione alimentare e garantire una migliore prognosi “quoad vitam”. Scopo di questo studio è di capire se esiste una correlazione tra il deterioramento cognitivo e i disturbi della deglutizione al fine di predire i rischi di aspirazione nei pazienti con deterioramento cognitivo lieve osservati in una struttura di riabilitazione in seguito ad interventi di natura ortopedica.

MATERIALI E METODI

Presso un reparto di riabilitazione per pazienti post acuti sono stati testati 13 pazienti affetti da problematiche ortopediche in assenza di diagnosi neurologiche di tipo cerebrovascolare,

neoplastico, malattie demielinizzanti o extrapiramidali. Le patologie neurologiche sono state escluse mediante esame obiettivo neurologico e nei casi dubbi mediante TAC encefalo. Utilizzando come prima valutazione la scala DOSS^[7] per la disfagia e il Mini Mental State Examination (MMSE)^[8] per i disturbi cognitivi, sono stati arruolati 9 pazienti i cui risultati dei tests effettuati erano al di fuori della norma, tralasciando i pazienti risultati nei range di normalità. I soggetti reclutati sono stati valutati con testistica neuropsicologica, finalizzata ad esaminare le abilità attentive, mnesiche, visuospatiali, prassiche e linguistiche. Per la disfagia è stata effettuato un esame clinico approfondito ed applicata la scala MISA^[9]. Questa è stata validata per valutare vari aspetti funzionali correlati alla attività nutrizionale (posizionamento del capo, alimentarsi autonomamente, ingestione di solidi, ingestione di liquidi, gestione delle consistenze solide, gestione delle consistenze liquide).

Confronto tra Token Test e Ingestione di solidi (MISA)
 $r=0,752$



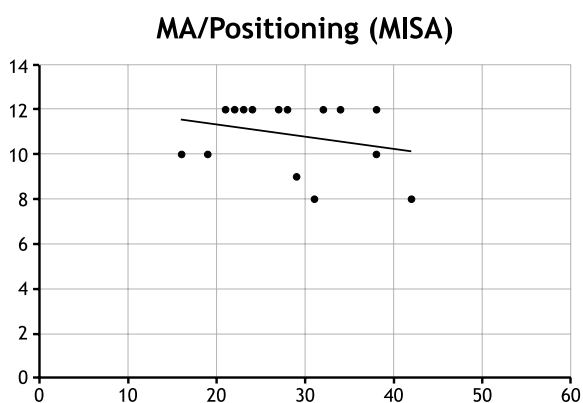
Nei casi in cui la disfagia era presente i pazienti sono stati sottoposti a valutazione a fibre ottiche della deglutizione (FEES). I punteggi ottenuti sono stati confrontati statisticamente mediante test di Correlazione di Spearman, comparando in particolare le funzioni cognitive con i le singole sottoscale della MISA, al fine di capire se esiste una correlazione tra le due compromissioni o tra le componenti di esse.

RISULTATI

Nei confronti effettuati, in un campione ancora esiguo, sono poche le correlazioni con una tendenza statisticamente significativa. In particolare il confronto tra le funzioni prassiche e uno degli items relativi alla autonomia nella alimentazione, ha dato risultati interessanti (per $p<0.05$ ed $r=0,712$). Così come la

correlazione tra il test attentivo (Matrici Attentive) ed il posizionamento del capo ha dato una correlazione $r=0,712$. Non si sono avute correlazioni significative per i confronti tra le funzioni mnesiche e tutte le altre sottoscale della MISA (posizionamento, gestione di solidi e ingestione di solidi), così come tra le funzioni attentive e prassiche con le sottoscale della MISA.

Confronto tra Matrici Attenzionali e posizionamento del capo



CONCLUSIONI

I risultati ottenuti spingono a continuare l'indagine. La estrema vicinanza dei risultati alla significatività statistica spinge a considerare utile una prosecuzione. Il lavoro della Langmore^[1], quasi unico del suo genere, ha dimostrato una buona correlazione tra problematiche cognitive e demenze frontotemporali. Tale indagine, che da sempre costituisce il cruccio di chi si occupa non solo di problematiche cognitive che di disfagia, può avere risvolti utili nella pratica clinica.

Se, proseguendo il lavoro, tali tendenze fossero confermate, bisognerebbe gestire con maggiore attenzione i pazienti affetti da demenze e prevedere una possibile evoluzione dei disturbi deglutitori anche in assenza di patologia neurologiche strutturali.

BIBLIOGRAFIA

1. DSM IV
2. Sato E, Hirano H, Watanabe Y, Edahiro A, Sato K, Yamane G, Katakura A.: Detecting signs of dysphagia in patients with Alzheimer's disease with oral feeding in daily life. *Geriatr Gerontol Int.* 2013; 10.1111/ggi.12131. [Epub ahead of print]
3. Londos E, Hansson O, Hirsch I, Lennartsson A, Bülow M, Palmqvist Sv Dysphagia in Lewy body dementia - a clinical observational study of swallowing function by videofluoroscopic examination. *BMC Neurol.* 2013 Oct 7;13(1):140. [Epub ahead of print]

4. Langmore S. E., Onley R. K., Lomen-Hoerth Catherine et al.: Dysphagia in Patients With Frontotemporal Lobar Dementia Arch. Neurol. 2007;64:58-62.
5. Grasbeck A., Englund E., Horstman V. et al.: Predictor of mortality in frontotemporal dementia: a retrospective study of the prognostic influence of pre-diagnostic features. Int. J Geriatr Psychiatry.
6. Mendez MF, Cummings JL: Dementia. A Clinical approach 3rd Edition Philadelphia PA. Butterworth-Heinemann; 2003
7. O' Neil KH. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. Dysphagia, 1999. 14: 139-45.
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental State Examination". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research 1975;12 (3): 189-98.
9. Lambert HC, Gisel EG, Groher ME, Wood-Dauphinee S. McGill Ingestive Skills Assessment (MISA): development and first field test of an evaluation of functional ingestive skills of elderly persons. Dysphagia. 2003;18(2):101-13.
10. Heather C. Lambert: La McGill Ingestive Skills Assessment (MISA-I) Versione Italiana, Franco Angeli Editore, 2011



Il paziente tracheotomizzato anziano: la complessità di gestione della tracheotomia in una condizione di fragilità

Giulia Fidecicchi, Valerio Moretti, Pietro Scendoni, Valentina Di Donna

UOC di Recupero e Riabilitazione Funzionale INRCA POR Fermo

Riassunto. La tracheotomia, cioè l'apertura a livello tracheale di una via respiratoria alternativa a quella naturale, è una metodica il cui utilizzo è in aumento, laddove le condizioni del paziente impongano l'utilizzo di ventilazione meccanica invasiva. Anche nell'anziano fragile l'utilizzo della metodica è in crescita: alla complessità di gestione del tracheotomizzato in sé si somma, in questo caso, la complessità di gestione delle comorbidità associate. Il trattamento del paziente tracheotomizzato richiede un particolare impegno e cooperazione da parte dell'intera équipe sanitaria: sarà fondamentale una corretta tempistica di svezzamento dal ventilatore, il successivo monitoraggio costante del paziente, la corretta gestione della cannula. Ruolo fondamentale riveste, in ogni fase, l'iter riabilitativo, che si compone di interventi di riabilitazione respiratoria, per il recupero dell'efficienza ventilatoria, riabilitazione neuromotoria, ai fini del recupero della deambulazione e dell'autonomia funzionale in genere, e trattamento logopedico, finalizzato allo svezzamento dal sondino naso-gastrico, qualora presente.

Parole chiave: tracheotomia, complicanze, anziano fragile, svezzamento, gestione della cannula tracheostomica, équipe sanitaria, riabilitazione

Abstract. Tracheotomy, that is a tracheal opening of an alternative airway to the natural one, is an increasing technique, if patient's conditions need invasive mechanical ventilation. Even in frail elderly this method is growing: complex managing of tracheotomy itself adds to, in this case, complex management of associated comorbidities. Tracheotomised patient treatment requires special commitment and cooperation by the entire healthcare team: proper timing of weaning from ventilator, constant monitoring of the patient, proper management of the cannula will be crucial. Rehabilitation process plays vital role in each phase, consisting of respiratory rehabilitation, for ventilatory efficiency recovery, neuromotor rehabilitation, for gait and in general functional autonomy recovery, and speech therapy, for weaning from naso-gastric tube, if any.

Keywords: tracheostomy, complications, frail elderly, weaning, management of the tracheostomy tube, healthcare team, rehabilitation

INTRODUZIONE

La tracheotomia, intervento chirurgico che consiste nell'incisione della trachea per aprire una via respiratoria alternativa a quella naturale, trova indicazione qualora ci sia necessità di supporto ventilatorio prolungato, permettendo inoltre la protezione delle vie aeree da secrezioni e cibo. Fra le varie indicazioni alla tracheotomia, ricordiamo gli stati di coma, alcuni casi di ictus cerebrali, quali quelli complicati da alterazioni del sensorio, l'insufficienza respiratoria acuta e cronica complicata, l'insufficienza respiratoria nelle malattie neuromuscolari, i traumi maxillo-facciali.

TECNICHE TRACHEOTOMICHE A CONFRONTO

Nel corso degli anni si sono perfezionate le tecniche di esecuzione della tracheotomia: accanto alle classiche tecniche chirurgiche, si sono sviluppate tecniche dilatative percutanee, che prevedono l'introduzione di dilatatori nella parete tracheale, per via esterna o per via endoscopica, fino a raggiungere un'apertura atta ad introdurre una cannula di diametro adeguato. Tali tecniche sono diventate appannaggio degli anestesisti, costituendo infatti circa l'80% delle procedure tracheotomiche effettuate in Terapia Intensiva, e sono fondamentali nel trattamento dei pazienti critici in condizioni di emergenza^[1]. Tuttavia si preferiscono le tecniche tradizionali

di creazione di breccia tracheostomica nei casi in cui si preveda l'utilizzo di ventilazione meccanica per tempi prolungati, e sia necessaria la protezione delle vie aeree da fenomeni di ostruzione e di inalazione. Basti pensare ai gravi traumatizzati cranici comatosi, ai pazienti in esiti di ictus con alterazioni della coscienza, ai soggetti affetti da malattie neurologiche irreversibili, ai pazienti con nota insufficienza respiratoria cronica riacutizzata.

Alcuni autori segnalano una percentuale di morbilità maggiore nella tracheotomia chirurgica rispetto a quella percutanea (36,1% vs 6,4%)^[2]. In realtà, da una metanalisi condotta su 48 studi pubblicati dall'85 al 96^[3], si è constatato che le complicanze perioperatorie sono più frequenti con la tecnica percutanea (10% vs 3%), mentre quelle post-operatorie lo sono con la tecnica chirurgica (10% vs 7%). Tuttavia, più che antagonista l'una all'altra, le due tecniche sono complementari fra loro, essendo, come precedentemente menzionato, utili in condizioni diverse.

VANTAGGI DELLA TRACHEOTOMIA

La tracheotomia ha numerosi vantaggi, in quanto permette di:

- realizzare una comunicazione tra aria ambiente e vie aeree, bypassando eventuali ostruzioni delle vie respiratorie alte (corpi estranei, paralisi delle corde vocali, edema della glottide, tumori, ustioni);
- ridurre lo spazio morto anatomico e migliorare la ventilazione alveolare;
- consentire una accurata pervietà delle vie aeree, permettendo una valida pulizia tracheo-bronchiale, con la rimozione delle secrezioni (BPCO severe in paziente debilitati, malattie neuromuscolari);
- stabilire una netta e completa separazione tra vie aeree e digestive;
- rendere possibile un corretto e sicuro collegamento del paziente ad un ventilatore automatico (insufficienza respiratoria da lesioni del midollo spinale cervicale, coma prolungato, malattie neuromuscolari);
- permettere, nei pazienti coscienti, la ripresa dell'alimentazione per via orale.

COMPLICANZE CORRELATE ALLA TRACHEOTOMIA

Numerose sono le possibili complicanze conseguenti alla tracheotomia, alcune correlate all'intervento, altre post-operatorie precoci, altre tardive^[4,5]. Fra queste ultime la stenosi^[6], per evitare la quale è necessario gonfiare la cuffia alla minima pressione sufficiente e

mantenerla gonfia solo per il periodo clinicamente necessario, sostituendo la cannula cuffiata, appena possibile, con una senza cuffia. Altra complicanza temibile è la fistola tracheoesofagea^[7], che si manifesta con tosse in concomitanza dell'assunzione di cibo e liquidi, con fuga d'aria pericannulare durante la ventilazione meccanica, nonostante cuffia correttamente gonfiata, con distensione gastrica addominale, ed "eruttazione" tracheale. La conferma del sospetto diagnostico di fistola è endoscopica o radiologica, e il trattamento è chirurgico.

Altra complicanza è l'ostruzione della cannula, causata da inadeguata umidificazione, che rende le secrezioni dense e crostose; si possono inoltre creare granulomi^[8], esito di processo riparativo esuberante della mucosa, successivo alla sua ulcerazione: una meticolosa igiene locale, toccature di Nitrato d'argento e corticosteroidi in crema ne costituiscono il trattamento. La presenza di tracheotomia necessita, per la prevenzione delle complicanze, di un corretto intervento di nursing, che preveda il controllo medico ed il corretto addestramento del personale infermieristico nella gestione della tracheotomia: corretta igiene della cannula e corretto gonfiaggio della cuffia, aspirazione quando necessario, con tecnica sterile e con idonea modalità, monitoraggio del paziente per l'individuazione dei campanelli d'allarme.

LA TRACHEOTOMIA NELL'ANZIANO

Negli ultimi due decenni l'innovazione tecnologica che ha interessato la metodica ha permesso non solo di ridurre mortalità e morbilità, ma soprattutto di ampliare le indicazioni e l'utilizzo di tale metodica, con conseguente incremento della tracheotomia nel paziente anziano.

Si tratta di anziano fragile, condizione caratterizzata da una ridotta riserva fisiologica associata alla coesistenza di molteplici comorbilità, con una ridotta funzionalità del sistema neurologico, cardiovascolare e respiratorio, indotta dal sommarsi degli effetti dell'invecchiamento, dei danni conseguenti ad uno stile di vita inadeguato e di malattie in atto o subite nel corso della vita^[9].

Nel caso di paziente anziano tracheotomizzato, alla complessità di gestione della cannula tracheostomica si somma quella di gestione delle comorbilità esistenti^[10].

ELEMENTI DISTINTIVI DELLA FRAGILITA'	CONSEGUENZE
DETERIORAMENTO COGNITIVO-INSONNIA ALTERAZIONE DELLE FUNZIONI DELL'APPARATO Uditivo e VISIVO DISTURBI DELL'EQUILIBRIO DIMINUITO CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	CADUTE-TRAUMI CRANICI
CALO DELL'APPETITO	MALNUTRIZIONE TURBE ELETTROLITICHE PERDITA DI PESO SARCOPENIA
DISFAGIA	
BPCO	POLMONITI INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
DISTURBI MINZIONALI-INCONTINENZA	CATERIZZAZIONE LESIONI DA DECUBITO-IVU

PRINCIPALI COMORBIDITA' NELL'ANZIANO
CARDIOPATIA ISCHEMICA
SCOMPENSO CARDIACO
IPERTENSIONE ARTERIOSA
DISLIPIDEMIA
ENCEFALOPATIA MULTINFARTUALE spesso con pregressi ictus cerebrali
BPCO - insufficienza respiratoria
DIABETE MELLITO TIPO II
ARTROSI POLIDISTRETTUALE - malattie reumatiche in genere
SDR ANSIOSO - DEPRESSIVA - turbe comportamentali
PATOLOGIE NEOPLASTICHE

Nell'anziano tracheotomizzato le comorbidity complicano il processo di svezzamento dal ventilatore: non è il medico che "tenta" di staccare il paziente dal ventilatore, ma il paziente che riesce a farlo, tramite un recupero complessivo del suo stato di salute, grazie ad un approccio multidisciplinare: nel paziente anziano occorre arrivare allo svezzamento dopo un suo generale recupero, non prima.

Infatti, nel paziente anziano, alle problematiche connesse alla presenza di tracheotomia, si sommano la sindrome da allettamento, la facile tendenza alla malnutrizione, correlata alla disfagia, l'insieme di comorbidity che lo mantengono in una condizione di equilibrio precario.

Esula da questo articolo la trattazione delle modalità di ventilazione meccanica invasiva, basti accennare al fatto che lo svezzamento da essa costituisce una fase fondamentale nella quale avviene la progressiva riacquisizione dell'autonomia ventilatoria da parte del paziente, processo basato sul verificarsi di alcuni presupposti, quali il recupero della forza dei muscoli respiratori, il miglioramento della patologia di base, l'assenza di processi infettivi

rilevanti in corso, un buon livello nutrizionale e la riacquisizione di un soddisfacente stato di coscienza. Si passerà, attraverso l'incremento graduale degli intervalli liberi dalla ventilazione meccanica, alla definitiva deconnessione dal ventilatore^[11].

Tale iter, pur essendo nell'anziano più difficoltoso, e a volte più lungo, segue tuttavia le medesime tappe vevoli per il paziente adulto in generale.

Una volta svezzato dal ventilatore, il paziente verrà sottoposto a:

- adeguato drenaggio posturale;
- mobilizzazione delle secrezioni con la tracheo-aspirazione;
- aerosol terapia con mucolitici e broncodilatatori, utilizzo di umidificatori;
- corretta igiene orale;
- adeguato apporto nutrizionale, svezzamento da SNG se presente, attraverso valutazioni periodiche della deglutizione per adeguare la consistenza dei cibi;
- rilevazione della frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione arteriosa dell'ossigeno.

Nella fase successiva, finalizzata alla decannulazione, si inizia a mantenere scuffiata e tappata la cannula per tempi crescenti, monitorando la risposta del paziente: se questi non mostra segni di fatica respiratoria, presenta tosse assistita efficace e riesce a mantenere la chiusura della cannula per 48-72 ore, rispettando alcuni parametri (stabilità dei parametri emogasanalitici, di pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, non necessità di aspirazioni, assenza di febbre, radiografia del torace negativa, soddisfacenti condizioni di nutrizione e efficacia almeno parziale della deglutizione e dopo valutazione fibroscopica di pervietà delle vie respiratorie, funzionalità delle corde vocali e assenza di complicanze), si rimuove la cannula^[12].

ITER RIABILITATIVO NELL'ANZIANO SVEZZATO DA VENTILATORE

Siamo spesso di fronte ad un paziente allettato, a volte con ipostenia di un emisoma in esiti di ictus cerebrali. L'allettamento è responsabile di varie problematiche, quali una progressiva ipotrofia muscolare, un'alterata funzione dell'apparato cardiocircolatorio con difficoltà nell'adattamento pressorio alle eventuali variazioni posturali, un'alterata funzionalità respiratoria e non ultimo, il peggioramento delle abilità cognitive e di interazione con l'ambiente circostante. Di conseguenza

l'obiettivo riabilitativo sarà di recuperare non solo la funzione respiratoria, ma anche quella motoria, ponendosi come fine ultimo il recupero del massimo livello funzionale, e conseguentemente dell'autonomia possibile. Saranno fondamentali, nella fase di allettamento, il nursing infermieristico, le variazioni di decubito per la prevenzione delle lesioni da pressione, le mobilizzazioni passive/attive-assistite, finalizzate alla prevenzione delle retrazioni articolari e dei fenomeni embolici, e al recupero del deficit stenico, laddove presente.

La fisiochinesiterapia respiratoria, elemento fondamentale durante la ventilazione meccanica, nella finalità principale di migliorare il rapporto ventilazione/perfusione e la rimozione delle secrezioni, sarà effettuata con varie metodiche, quali l'iperinflazione manuale, le percussioni e vibrazioni, l'allenamento dei muscoli respiratori. Nella fase successiva allo svezzamento da ventilatore, essa si affiancherà alla rieducazione neuromotoria: il terapista lavorerà sul recupero del controllo del tronco, favorendo l'assunzione della posizione seduta per tempi crescenti (è stato appurato che il cambiamento di postura costituisce la tecnica primaria di riespansione polmonare)^[13,14]. Durante ogni step dell'iter riabilitativo il terapista valuterà eventuali variazioni dello stato di coscienza, segni di fatica muscolare e respiratoria, saturimetria, frequenza respiratoria e cardiaca, pressione arteriosa, eventuale respiro paradossale.

Laddove l'evoluzione in senso favorevole del deficit stenico lo consenta, si passerà ai tentativi di verticalizzazione, e successivamente al training deambulatorio, che fra l'altro, consente di incrementare i volumi polmonari e riduce l'entità del lavoro respiratorio.

GESTIONE LOGOPEDICA DEL TRACHEOTOMIZZATO DISFAGICO

Il 90% delle polmoniti che si verificano nei reparti di terapia intensiva sono associate alla ventilazione meccanica, e tale proporzione cresce con l'aumentare della durata della stessa.

Nelle prime 48 ore dopo l'estubazione il 44% dei pazienti è soggetto ad aspirazioni tracheali non accompagnate dal riflesso della tosse^[15].

Nel 50-83% dei pazienti tracheotomizzati sono presenti disfunzioni laringee: infatti il processo di intubazione esercita una serie di effetti sull'apparato faringo-laringeo^[16]:

- abrasione della mucosa laringea;
- abolizione dei movimenti naturali dei muscoli

della laringe e faringe;

- ridotta escursione laringea;
- difficoltà nella gestione delle secrezioni e della saliva, con ristagno in faringe;
- ridotta pressione sottoglottica e alterata dinamica pressoria durante la deglutizione;
- alterata stimolazione dei meccanocettori laringei e ipofaringei;
- alterato riflesso di chiusura glottica per ridotta sensibilità laringea, con conseguente venir meno del meccanismo di protezione delle vie aeree in caso di penetrazione o inalazione di materiale in laringe. Si ha infatti un sovvertimento del naturale rapporto respirazione-deglutizione, che consta di un'espiazione pre-deglutitoria, di una breve apnea e di un'espiazione post-deglutitoria^[17].

La disfagia nel paziente tracheotomizzato comporta, da una parte, la possibilità di ingresso di cibo all'interno dell'albero tracheo-bronchiale, con conseguente possibilità di episodi di broncospasmo, infezioni polmonari, fino alla possibilità di soffocamento e morte; dall'altra può comportare un inadeguato introito alimentare, con conseguenti malnutrizione, disidratazione, turbe elettrolitiche.

Per ovviare a tali rischi, spesso al paziente tracheotomizzato disfagico, specie se con alterazioni della coscienza, viene posizionato un sondino naso-gastrico, che tuttavia non è scevro da rischi:

- può anch'esso causare polmonite ab ingestis da vomito o reflusso gastroesofageo^[18,19], la complicanza più temibile nei soggetti con sondino nasogastrico, con un'incidenza che va dall'1 al 4%;
- il reflusso gastrico può provocare anche lesioni da decubito e ulcerazioni del cavo orale, delle alte vie respiratorie e dell'esofago;
- la permanenza del SNG per un lungo periodo può causare lesioni da decubito a livello delle narici, lesioni delle corde vocali;
- nei pazienti con alterazioni della coscienza, e a volte a causa delle broncoaspirazioni, il SNG può depositarsi. La retrazione del SNG aumenta la probabilità di polmoniti ab ingestis.

Nella gestione del paziente disfagico tracheotomizzato, sarà necessario operare valutazioni morfo-dinamiche delle strutture anatomiche coinvolte nella deglutizione (collo, labbra, mandibola, lingua, palato, laringe), effettuare una valutazione delle prassie buco-facciali ed iniziare ad effettuare le prove di deglutizione, ma solo dopo aver atteso almeno

48 ore dall'estubazione. Se il paziente è portatore di cannula cuffiata sarà opportuno prima scuffiarla, per cui il paziente dovrà essere in respiro spontaneo (20).

Il trattamento rieducativo dell'atto deglutitorio comprenderà metodiche di compenso, posture facilitanti, esercizi per il ripristino della corretta funzione deglutitoria, provvedimenti adattativi, quali variazioni della consistenza dei cibi e, non meno importante, l'educazione del caregiver.

Si opererà pertanto una graduale integrazione della nutrizione via SNG con quella per via orale, ed è di solito opportuno accompagnare alla valutazione clinica ed obiettiva di possibilità di rimozione del sondino, la valutazione dell'atto deglutitorio mediante video fluoroscopia^[21].

CONCLUSIONI

La gestione del paziente tracheotomizzato, specie se anziano e come tale affetto da comorbidità associate, è complessa e pertanto necessita di competenza e collaborazione da parte dell'intera equipe sanitaria: dall'attività di nursing associata al monitoraggio dei segnali di allarme da parte dell'infermiere, all'azione del medico di reparto, di diagnosi e trattamento delle problematiche emergenti, all'eventuale coinvolgimento dello specialista otorinolaringoiatra o rianimatore, al fisioterapista, per il recupero motorio e funzionale globale, all'attività del logopedista, per il recupero della capacità deglutitoria e lo svezzamento da SNG,.

BIBLIOGRAFIA

- Nates NL, Cooper DJ, Myles PS, et al: Percutaneous tracheostomy in critically ill patients: a prospective, randomized comparison of two techniques. *Crit Care Med* 2000; 28:3734-3739.
- Stoekli SJ, Breitbach T, Schmid S: Aclinical and histologic comparison of percutaneous dilatational versus conventional surgical tracheostomy. *Laryngoscope* 1997; 107: 1643-1646.
- Dulguerov P, Gysin C, Perneger TV, Chevolet JC: Percutaneous or surgical tracheostomy: A meta-analysis. *Critical Care Medicine*. 1999; 27(8): 1617-1625.
- Frova G, Guarino A: Le complicanze a distanza della tracheo(s)tomia. *Anest Rianim Intens* 1994; 15: 322-326.
- Goldenberg D, Ari EG, Golz A, Danino J, Netzer A: Tracheotomy complications: a retrospective study of 1130 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 123: 495-500.
- McFarlane C, Denholm SW, Sudlow CLM, Moralee SS, Grant IS, Lee A: Laryngotracheal stenosis: a serious complication of percutaneous tracheotomy. *Anaesthesia* 1994; 49: 38-40.
- Grillo HC: Post-intubation tracheoesophageal fistula. Major challenges. In *Eschapesse -Dehorne* 1984, W.B. Saunders ed, pag. 61-67.
- Van Heurn LW, Goei R, De Ploeg I, Ramsay G et al: Late complications of percutaneous dilatational tracheotomy. *Chest* 1996; 110(6): 1572-1576.
- Fried LP. Conference on the physiologic basis of frailty. *Aging* 1992; 4(3): 251-2.
- Incalzi RA, Capparella O, Gemma A, Landi F, Bruno E, Di Meo F, Carbonin P. The interaction between age and comorbidity contributes to predicting the mortality of geriatric patients in the acute-care hospital. *J Intern Med* 1997; 242(4): 291-8.
- Krishnan JA, Moore D, Robeson C, Rand CS, Fessler HE. A prospective, controlled trial of a protocol-based strategy to discontinue mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:673-8.
- Ceriana P, Carlucci A, Navales P et al. Weaning from tracheostomy in long-term mechanically ventilated patients: feasibility of a decisional flowchart and clinical outcome. *Intensive Care Med* 2003; 29(5): 845-8.
- Lewarski JS. Long-term care of the patients with a tracheostomy. *Resp Care* 2005;50(4):534-7.
- Berney S, Denehy L. The effect of physiotherapy treatment on oxygen consumption and haemodynamics in patients who are critically ill. *Aust J Physiother* 2003;49:99-105.
- Ramsey D, Smithard D, Karla L. Silent aspiration: what do we know? *Disphagia* 2005; 20:218-25.
- Roessler F, Grossenbacher R, Stanisic M, Walt H. Correlative histological and ultrastructural study of unusual changes in human tracheobronchial epithelium. *Laryngoscope*. 101(5):473-9, 1991 May.
- Martin BJW, Logemann JA, Shaker R, et al. Coordination Between respiration and swallowing: respiratory phase relationship and temporal integration. *J Appl Physiol* 1994; 76: 714-23.
- Eisenberg, P. (1991). Pulmonary Complications from Enteral Nutrition. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 3(4):641-649.
- Gaynor EB: Gastro-oesophageal reflux as an etiologic factor in laryngeal complications of intubation. *Laryngoscope* 1988; 98: 972-979.
- Hooper: Nursing care of the patient with a tracheostomy *Nurs Stand*, Volume 10(34).May 15, 1996.40-43.
- Bar1quist E, Brown M, Cohn S, et al Post-extubation fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing after prolonged endotracheal intubation: a randomized, prospective trial. *Crit Care Med* 2001;29:1710-3.



Sezione Psicologica



Un approccio valutativo dell'ansia e dello stress negli operatori in riabilitazione

Anna Vespa¹, Liana Spazzafumo², Jacopo Dolcini³, Norma Barbini³

¹Area Scientifica Tecnologica, Dip. Neurologia, ²Laboratorio di Studio e Ricerca in Biostatistica, ³Osservatorio Epidemiologico Professionale, INRCA

Riassunto. Viene proposto uno studio sullo stress lavoro correlato, indagando i fattori in grado di determinare ansia e stress negli operatori socio-sanitari, in una unità assistenziale di riabilitazione.

L'indagine si riferisce ad uno studio condotto nella UOC di Riabilitazione dell'INRCA di Ancona, su un campione di 33 operatori, appartenenti a diverse categorie professionali: infermiere, medico, assistente sociale, dietista, terapeuta. Ai lavoratori campionati è stato somministrato un questionario composto da 32 domande, inerenti sia che le caratteristiche professionali, che l'habitat lavorativo, al fine di individuare quali siano i fattori legati all'ambiente lavorativo sanitario in grado di determinare uno stato di ansia e di insoddisfazione. Per quantificare l'ansia è stato somministrato il test IPAT-ASQ di Cattell. Nell'ambito del questionario è stata inoltre prevista una sezione, con 15 domande, nella quale viene analizzata la valutazione, da parte degli operatori, delle condizioni di degenza oltre che dei servizi presenti o da istituire.

Le associazioni tra le variabili sono state testate statisticamente con il test chi-quadro, con livello di significatività almeno del 95% ($p < 0.05$). I risultati ottenuti, sulla base della stratificazione per professione, età, sesso, stato civile, livello culturale, hanno mostrato che i principali motivi di stress e insoddisfazione riguardano: una "scarsa comunicazione e scarso confronto tra gli operatori" e "cattivi rapporti interpersonali", oltre che una; "cattiva organizzazione del lavoro". Ciò suggerisce interessanti spunti per l'implementazione di interventi migliorativi.

Parole chiave: stress, ansia, operatori sanitari

Abstract. We propose a study about work-related stress, investigating the factors that cause anxiety and stress among care and health workers, inside a rehabilitation assistance unit of INRCA of Ancona, between 2009-2010, on a sample of 33 workers belonging to different professional categories.

To the workers has been administered a questionnaire of 32 questions, concerning both the professional characteristics that the working environment, to identify the factors able to determine an anxious or discontent condition. For to quantify anxiety has been administered the IPAT-ASQ Cattell's test. In the area of the questionnaire, has been planned a section, with 15 questions in which is analyzed the evaluation of the hospitalization conditions and also the current services or to establish too.

The associations among variables has been statically tested with chi-square test, with level of significance of almost 95% ($< 0,05$). The results obtained, by the stratification by profession, age, sex, marital status and instruction level, have showed that the main reasons of stress and discontent are: a "lack of communication and comparison between the workers" and "bad interpersonal relationships", in addition to a "low work's organization". These results suggest starting point for the implementation of improvement interventions.

Keywords: stress, anxiety, health workers

INTRODUZIONE

La valutazione dell'ansia e dello stress in ambiente lavorativo è divenuto recentemente un interessante campo di indagine, anche a seguito dell'emanazione del D.Lgs 81/2008 che prevede l'obbligo, da parte dei datori di lavoro, di includere nella valutazione dei rischi anche questi aspetti. Al di là degli adempimenti istituzionali, indagare lo stress lavoro correlato

riveste un notevole interesse scientifico, per l'influenza che le conseguenze provocate da tale disagio, capaci di permanere nel tempo.

Nel nostro contributo vengono analizzati i fattori ambientali e interpersonali che, in ambito lavorativo, determinano ansia e stress negli operatori sociosanitari, operanti in un reparto di riabilitazione.

La definizione di stress che verrà pertanto qui presa in esame è quella di Selye (1956)^[1].

Se l'individuo non riesce a far fronte allo stress ed esso persiste, sopraggiunge la condizione patologica di esaurimento^[2,3].

Tra le principali cause di stress si possono elencare: gli eventi di "perdita-fine" di una persona, un ruolo o un ideale importante; una continua e ripetuta frustrazione; l'interazione con fattori ambientali e le esperienze interpersonali sentite come problematiche^[4,5].

Ogni stadio dello stress può provocare una reazione accompagnata da esperienze emotive. La consapevolezza di una minaccia e la tensione che ne deriva provocano ansia e questa, se non controllata bene, può generare depressione. E' indubbio che esista una stretta correlazione tra stress e emozioni negative, in particolar modo ansia e depressione^[6].

Diversi studi hanno evidenziato che i principali fattori in grado di creare uno stato di ansia e stress negli operatori sanitari in ambito lavorativo sono:

- un fattore soggettivo che riguarda il vissuto individuale^[7] in relazione al ruolo e alla struttura;
- i rapporti interpersonali nell'ambito dell'equipe sanitaria^[8-10];
- il rapporto con il paziente e il suo essere ammalato^[11,12].

Questi tre aspetti agiscono non in maniera disgiunta, ma sono tra loro collegati.

Il fattore soggettivo riguarda la diversità esistente tra i vari individui a livello del loro vissuto intrapsichico e interpersonale nell'interazione con l'ambiente.

Alcuni studi si sono occupati delle caratteristiche di personalità correlate con una maggiore sensibilità allo stress^[13,14].

Qui non prenderemo in esame la personalità nevrotica, ma il disagio psicologico legato alle manifestazioni non patologiche dell'ansia (tendenze nevrotiche) che si manifesta, a livello intrapsichico e interpersonale con pensieri e sentimenti esagerati in relazione a stimoli ambientali sentiti come stressanti. L'individuo con queste tendenze di tipo nevrotico può avere difficoltà di adattamento all'ambiente lavorativo, familiare e sociale, pertanto è possibile ritenere che disturbi e difficoltà nel campo lavorativo sono spesso manifestazioni della personalità nel suo complesso^[15].

Tali manifestazioni si possono riassumere, per quel che riguarda gli operatori socio-sanitari, in una reattività e attivazione eccessive e conflittuali in relazione a stimoli ambientali normali. Per esempio l'operatore può vivere un senso d'impotenza di fronte a certe situazioni

di malattia e sofferenza^[12,16].

Per affrontare il rapporto con il paziente e le sue problematiche è necessario che l'operatore abbia rielaborato sia la morte che la sofferenza e non rimuova questi eventi, per non incorrere nella negazione dei bisogni e del vissuto del paziente^[11], che può condurre ad un'eccessiva specializzazione e spersonalizzazione nel rapporto interpersonale.

Date queste considerazioni si può affermare che l'esperienza di stress collegata all'interazione con gli altri, in ambito lavorativo, può comprendere i seguenti aspetti: tendenza alla depersonalizzazione e all'esaurimento emozionale, perdita del senso delle proprie capacità sul lavoro e nella vita fino, in casi estremi, ad una vera e propria sindrome del burn-out^[9,12,17,18].

Se il disagio diviene costante, infatti, l'individuo vede compromessa la propria identità professionale, con una cattiva immagine di sé, la perdita del senso delle proprie capacità, la riduzione del livello di autostima, la presenza di sentimenti d'impotenza e un atteggiamento rinunciatario, passivo e pessimistico di adattamento alla routine lavorativa^[19,20].

Questa passività dell'operatore si manifesta, a livello comportamentale, con un atteggiamento di "indifferenza" di fronte ai vissuti di sofferenza del malato e alla morte. Le reazioni più comuni alla morte sono di "malinconia" e "impotenza". Il rapporto umano con il paziente, come già sottolineato, è molto importante^[11,21], ma spesso, purtroppo, sono proprio le condizioni lavorative che non permettono di approfondire quest'aspetto^[9,11,20].

L'operatore sanitario si trova ad esercitare la sua opera nell'ambito di una struttura nella quale, a vari livelli, spesso gli sono attribuite determinate responsabilità e richiesti ritmi di lavoro elevati^[20].

Inoltre il sovraccarico di lavoro può essere un fattore stressante non solo per la mole di lavoro, ma anche per il un conflitto di ruolo che viene a crearsi: da una parte il bisogno di un rapporto umano, personalizzato, con il paziente; dall'altra la necessità di dare un'assistenza tecnica, specialistica, che richiede i suoi metodi e tempi^[19]. Il conflitto può riguardare anche i valori morali del singolo operatore.

Un proficuo scambio interpersonale ed un buon livello di comunicazione tra gli operatori potrebbe permettere di affrontare i problemi dell'organizzazione del lavoro e facilitare il raggiungimento di una buona qualità del lavoro e dell'assistenza^[21,22].

Si può affermare che uno scambio interpersonale

positivo e chiaro, nel rispetto delle competenze di ognuno, sia fondamentale perché l'operatore si trovi a suo agio nel suo ambiente di lavoro, sia sostenuto nelle sue scelte e possa così svolgere costruttivamente la sua attività professionale in collaborazione con gli altri membri dell'equipe sanitaria. Se tutto ciò non avviene, la ricerca di una soddisfazione nell'attività lavorativa viene frustrata, con esiti imprevedibili^[23-25].

MATERIALI E METODI

Sono stati campionati 33 operatori socio-sanitari, suddivisi in base alla professione, l'età, il sesso, lo stato civile, il grado di istruzione. Tutti i soggetti del campione risultano svolgere la loro attività professionale con pazienti prevalentemente anziani (over 65 anni), con problematiche riabilitative di vario ordine e grado, che necessitano di ricovero ospedaliero. Lo studio è stato condotto nel periodo 2009-2010 presso l'Unità di Riabilitazione dell'Ospedale Geriatrico dell'INRCA di Ancona.

I soggetti campionati sono stati suddivisi in base al sesso, lo stato civile, il livello di istruzione e la professione. Il titolo di studio è stato diversificato in: licenza elementare, licenza media, diploma di scuole superiori e laurea. Le categorie professionali considerate sono state: infermiere, medico, assistente sociale, dietista, terapeuta.

Tutti i soggetti hanno risposto alle domande di un questionario, costituito da 32 domande, riguardanti sia la loro figura professionale che l'habitat lavorativo, utili per discriminare quali fattori legati all'ambiente lavorativo sanitario siano in grado di determinare uno stato di ansia e di insoddisfazione.

Due items si presentavano in modalità aperta, per sollecitare proposte e suggerimenti utili per migliorare sia la struttura organizzativa, sia i rapporti interpersonali in ambito lavorativo. Nell'ambito del questionario è stata inoltre impostata una sezione, con 15 domande, per analizzare la valutazione delle condizioni di degenza, oltre che dei servizi presenti o da istituire da parte degli operatori.

Infine, si è ritenuto utile misurare i livelli di ansia degli operatori tramite i test IPAT-ASQ di Cattell^[26,27].

Il test è stato validato sulla popolazione italiana anche in base alle varie classi di età ed è pienamente attendibile.

La determinazione del livello di ansia viene fatta in base ad una scala di punteggi il cui range è compreso da 1 a 10, in livelli sempre crescenti di ansia.

I livelli di ansia sono stati suddivisi in lieve

(range da 1 a 3), medio-grave (range da 4 a 7) e grave (range da 8 a 10).

Il grado di associazioni tra le variabili è stato valutato applicando il test "chi-quadro", con livello di significatività del 95%.

RISULTATI

La composizione del campione, dei 33 operatori esaminati, si è mostrata maggiormente costituita in prevalenza da donne (20 Vs 13, con percentuale di prevalenza femminile di poco superiore al 60%) e in larga parte da soggetti coniugati (oltre il 75%).

Rapporti interpersonali, organizzazione del lavoro, rapporto con il paziente

I risultati più rilevanti di questo studio presentano come ansia e stress da lavoro, negli operatori sanitari in riabilitazione, abbiamo alla base le seguenti cause: 1) "scarsa comunicazione e confronto tra gli operatori" e "cattivi rapporti interpersonali"; 2) "cattiva organizzazione del lavoro".

L'associazione tra queste variabili non risulta statisticamente significativa nel presente studio, come in studi precedenti, probabilmente a causa dell'esiguità del campione.

Ritieniamo comunque opportuno porre l'accento sulla tendenza rilevata proprio perché, come emerge da molti studi^[4,5,8], questi due aspetti sono tra loro collegati. Infatti non è possibile che in un servizio vi sia una buona organizzazione del lavoro se gli operatori non si confrontano tra di loro.

Il sesso, l'età, lo stato civile, il livello culturale e la professione non incidono in questo senso.

I soggetti che hanno una sola attività lavorativa sono tendenzialmente più ansiosi di quelli che ne svolgono più di una. Questo può essere spiegato con la considerazione che chi svolge più attività lavorative può avere maggiori gratificazioni e inoltre più possibilità di distaccarsi dalle situazioni problematiche e stressanti legate ad un unico ambiente professionale. Alla richiesta di una valutazione della propria attività professionale sono state ottenute le seguenti risposte: la professione è stata valutata come utile dall'85.7% degli operatori, gratificante nel 25%, creativa dal 25%. La valutazione è stata quindi positiva: il giudizio negativo, indicato con i termini "noiosa", "frustrante", è stato dato rispettivamente solo dal 3% dei soggetti.

E' stata formulata la seguente domanda: "Si ritiene soddisfatto del proprio lavoro?"

Queste valutazioni soggettive non risultano correlate con i vari livelli di ansia e neppure alla presenza d'insoddisfazione da lavoro.

I soggetti hanno affermato di essere abbastanza soddisfatti del proprio lavoro e di sentirsi utilizzati in base alle proprie capacità (89.7%). Questo risultato può indicare che questi individui lavorano in un contesto in cui sono rispettate le singole competenze. Tra i soggetti che hanno affermato di essere abbastanza soddisfatti del proprio lavoro, il 29.2% presenta un livello di ansia basso, mentre il 62.5% medio e l'8.3% grave. (Tab.1)

Tab.1 Valutazione della soddisfazione del lavoro

	Ansia			TOTALE
	Bassa	Media	Grave	
Completamente		2		2
		100%		100%
Abbastanza	7	15	2	24
	29,2%	62,5%	8,3%	100%
Solo un pò	1	2		3
	33,3%	66,7%		100%
TOTALE	8	19	2	29
	27,6%	65,5%	6,9%	100%

E' stata formulata la seguente domanda: "Ritiene che la sua insoddisfazione professionale possa causarle una o più delle seguenti condizioni ...?". Ad essa hanno risposto solo nove soggetti. Alla risposta "ansia", "tensione emotiva" è stato risposto affermativamente nel 44.4% mentre solo un soggetto ha risposto "depressione". Tali affermazioni sono una "proiezione" soggettiva che non risulta correlata statisticamente con la valutazione di ansia oggettiva eseguita sugli stessi soggetti mediante il test IPAT ASQ.

Va sottolineato che l'esiguità del campione (hanno risposto solo nove soggetti) non permette di arrivare a conclusioni definite in tal senso.

Altre risposte alla medesima domanda sono state, in percentuali molto minori e in ordine di frequenza, le seguenti: "minore efficienza lavorativa" (22.2%), "irritabilità" (22.2%), "scoraggiamento" ed "indifferenza" (23.7%). Inoltre la maggior parte dei soggetti (97,5%) non indica, come conseguenze della "insoddisfazione professionale", l'insorgenza di "disturbi fisici" e "l'assenteismo professionale". Quest'ultimo risultato è interessante perché può indicare che l'assenteismo non è scelto come scappatoia da uno stato di disagio e insoddisfazione relativi al proprio lavoro.

Inoltre il 15.4% dei soggetti che accusano "disturbi fisici" presenta ansia lieve mentre il 22.2% ansia media.

E' stata posta la seguente domanda: "Ritiene che nella modalità di risposta allo stress giochi

un importante ruolo la fragilità o anche altre caratteristiche psicologiche della propria personalità?"

Gli operatori hanno risposto affermativamente (83,9%). L'aspetto soggettivo viene qui ritenuto importante nel determinare la qualità dell'adattamento alle condizioni lavorative.

Alla domanda "Quali pensa che siano, nella sua professione, le più frequenti cause di stress lavorativo?" sono state date le seguenti risposte: essere sovraccarichi di lavoro (48.3%), lavorare in strutture amministrative mal gestite (44.8%), "essere scarsamente retribuiti" (41.4), avere rapporti insoddisfacenti con i colleghi (37.9%). Il 50% degli operatori che hanno indicato il sovraccarico di lavoro come fonte di stress mostra un livello di ansia medio e in alcuni casi medio-alto come il 69.2% di coloro che indicano come causa di stress il fatto di lavorare in strutture amministrative mal gestite e il 72.7% di coloro che collegano il loro stress ai rapporti interpersonali. Infine il 66.7% dei soggetti che indicano come causa di stress "avere insufficiente autonomia decisionale" presentano un livello di ansia medio. Questi risultati non raggiungono la significatività statistica, e ciò sembra dovuto all'esiguità del campione, e lo diventerebbero con molta probabilità in un campione più ampio.

Inoltre il 75% dei soggetti che indicano "l'essere scarsamente retribuito" come causa di stress lavorativo mostrano un livello di ansia medio.

In misura minore sono state indicate le seguenti cause di ansia in ambito lavorativo: "non avere buoni rapporti con i superiori" (20.7%), "esercitare la propria attività in branche della medicina non affini ai propri interessi e/o alle proprie competenze" (17.2%).

Con la domanda successiva del questionario veniva richiesto all'operatore il suo giudizio sull'utilità, ai fini del miglioramento della qualità del lavoro, di riunioni con i colleghi per discutere dei casi clinici; veniva inoltre valutato l'atteggiamento da tenere con i vari pazienti e di fronte ad ogni altro problema connesso con l'attività professionale da affrontare e risolvere anche con l'aiuto di esperti in problemi psicologici. La maggior parte dei soggetti intervistati (85.7%) hanno indicato la necessità di tale scambio interpersonale.

E' stata posta la seguente domanda: "Qual è il suo vissuto emotivo in relazione alla situazione interpersonale in ambito lavorativo?" Solo poco meno della metà degli operatori ha risposto nel seguente modo: "tensione soggettiva e irritabilità" il 33.3% dei casi, "preoccupazione per piccole cose" il 33.3%, "apprensione" il

27.8% e l'11.1 "indifferenza".

La valutazione sull'organizzazione del lavoro nel reparto secondo i livelli di ansia è presentata in Tab. 2. E' importante rilevare che la maggior parte degli operatori valutano abbastanza positivamente questo aspetto, inoltre si osservi l'elevato livello di ansia (medio-grave) dei soggetti che valutano sufficiente il livello di organizzazione del lavoro nel reparto.

Tab.2 Valutazione dell'organizzazione del lavoro nel reparto

		Ansia			
		Bassa (%)	Media (%)	Grave (%)	TOTALE
Insufficiente	%riga	100			100
	%col	12,5			3,7
Sufficiente	%riga	22,2	72,2	5,6	100
	%col	50	76,5	50,0	66,7
Buona	%riga	37,5	50,0	12,5	100
	%col	37,5	23,5	50,0	29,6
TOTALE	%riga	29,6	63	7,4	100
	%col	100	100	100	100

Il 92.6% degli operatori considera la sua posizione lavorativa corrispondente alle proprie capacità. Di questi soggetti il 94% presentano un'ansia media e medio-grave.

Sono state poste alcune domande sul grado di realizzazione e i motivi che concorrono ad essa. Infatti, agli operatori è stata posta la seguente domanda "Se prevalentemente si sente realizzato e quali sono le soddisfazioni più frequenti" Le risposte sono state per tutti gli operatori il "rapporto di stima con pazienti", per il 24.1% dei casi "la stima da parte dei colleghi", il 17% "il contributo del proprio operato all'efficienza del reparto" e infine il 3.4% "la stima da parte del Primario". Altre gratificazioni sono state indicate dal 10.3% dei casi. Non risultano correlazioni statisticamente significative con il livello di ansia anche se il 65% di coloro che pone l'accento sul rapporto di stima presenta un livello di ansia medio-medio grave e il 6.9% alto.

E' stata formulata la seguente domanda: "Se invece non si sente realizzato quali sono gli aspetti deludenti?" I rispondenti a questa domanda sono stati meno della metà degli operatori.

Di questi il 28.6% ha risposto "mancata considerazione del lavoro da parte del primario" con il 75% con livello di ansia basso; il 28.6 ha risposto "la mancanza di apprezzamento da parte dei pazienti" e il 28.6% "la disorganizzazione gestionale del reparto" con il 100% degli operatori con un livello di ansia medio o medio

alto in entrambi i casi.

La mancanza di apprezzamento da parte dei pazienti e la disorganizzazione del reparto divengono qui elementi causa di notevole ansia. E' possibile sostenere questa affermazione perché la tendenza è molto marcata, se pur in assenza di significatività statistica.

Alla domanda "Riesce a comunicare con i colleghi sulle questioni medico-sanitarie e confrontarsi sui casi clinici?" sono state ottenute le seguenti risposte: il 72% degli operatori risponde "di solito ci riesco" (con il 22.2% con ansia bassa, il 72.2% con ansia media e il 14.3% con ansia grave); il 28% risponde "vorrei ma non è possibile" (il 7.1% con ansia bassa, il 26.6% ansia media e grave il 14.3%).

Alla domanda sulla relazione tra il vissuto emotivo e i rapporti interpersonali in ambito lavorativo, alcuni soggetti esprimono: "preoccupazioni per piccole cose" e "tensioni e incomprensioni interpersonali" (32,3%); "tensione soggettiva, irritabilità" (23,7%). In ogni caso non si riscontra alcuna correlazione statisticamente significativa con l'ansia.

Si è ritenuto importante anche valutare quali fossero, per gli operatori, le modalità utili per il miglioramento delle condizioni lavorative. Sono state perciò formulate alcune domande per indagare i vari aspetti percepiti che potessero collegarsi alla qualità della vita lavorativa.

Le risposte alla prima domanda aperta "Quali suggerimenti darebbe per migliorare i rapporti interpersonali in ambito lavorativo?" sono state raggruppate in tre filoni principali caratterizzate dai seguenti criteri:

1. necessità di migliori relazioni interpersonali anche con il paziente;
2. necessità di una migliore organizzazione del lavoro;
3. necessità di una migliore qualità dei rapporti e dell'organizzazione.

Purtroppo a questa domanda hanno risposto solo 14 soggetti (42.4% del campione). Le risposte hanno riguardato soprattutto la "comunicazione" (possibilità di proporre nuove idee, valutazione in equipe di qualsiasi nuova iniziativa, comunicazione e collaborazione con i colleghi) per il 21.4% degli operatori si è dimostrata importante "l'organizzazione" 71.4% (snellezza burocratica, organizzazione del lavoro di equipe modernizzazione del metodo di lavoro, gestione comune delle problematiche di trattamento del paziente, ecc).

Pur in presenza di una bassa percentuale dei soggetti rispondenti, rimane comunque interessante questo passaggio, che è

sicuramente meritevole di un maggiore approfondimento.

Coloro che hanno posto l'accento sulla sola comunicazione sono il 15.4% dei soggetti intervistati. Di questi, il 50% presenta ansia media, mentre l'altro 50% presenta ansia lieve. Gli operatori che hanno posto l'accento sull'organizzazione del lavoro rappresentano invece il 53.8% del campione, con il 71.4% di ansia media e il 28.6% di ansia lieve.

Un interessante spunto, al fine di realizzare una assistenza più completa e una più efficiente organizzazione del lavoro, è emerso da 14 operatori, che hanno suggerito di migliorare la comunicazione (53.6%), di organizzare diversamente il lavoro (adeguata distribuzione delle figure professionali, migliore organizzazione del personale dell'Ente, ecc.) nel 17.9% e migliorare il rapporto con il paziente (28.6%). Da tali risultati si evidenzia l'importanza posta alla comunicazione anche come elemento fondamentale per la realizzazione di una buona assistenza al malato.

Ci è sembrato interessante anche condurre un'indagine sulla scala di valori che muovono e motivano i singoli individui. Al primo posto è stata dichiarata (82%), seguita dagli affetti (78,6%). Maggiori dettagli sono osservabili in Tab.3.

Tab.3 Che cosa è per lei veramente importante (risposte multiple)

	ANSIA			TOTALE
	Bassa (%)*	Media (%)*	Grave (%)*	
Essere stimato	33,3	53,3	13,3	53,6
Fare una buona carriera	40,0	40,0	20,0	17,9
Affetti	18,2	72,7	9,1	78,6
Denaro		83,3	16,7	42,9
Onestà	26,1	65,2	8,7	82,1
Libertà	33,3	55,6	11,1	32,1
TOTALE	28,6	64,3	7,1	100

* % di riga calcolate sul totale delle risposte

Data la rilevanza che riveste il rapporto con gli utenti, abbiamo voluto formulare delle domande descrittive della qualità del rapporto stesso, per valutare come l'operatore considera l'interazione con i propri pazienti.

Il 40% degli operatori ritiene che il rapporto con il paziente sia sommario, a causa delle troppe visite giornaliere. E' interessante tuttavia constatare che circa la metà degli operatori non si preoccupi affatto di tale problematicità.

Gli operatori hanno valutato la comunicazione

con il paziente "buona" nel 75.9% dei casi e "sufficiente" nel 24.1%.

Nessuno ha risposto in maniera totalmente negativa. Di coloro che hanno descritto la comunicazione come "buona", il 27.3% mostra un'ansia bassa, il 68.2% un'ansia media e il 4.5% un'ansia grave. Tra coloro che hanno risposto "sufficiente", il 28.6% presentava un livello di ansia basso, mentre il 57.1% alto e il 14.3% grave.

Il 92% degli operatori socio-sanitari si ritengono soddisfatti del rapporto con il paziente, mentre solo il 7.1% afferma di non esserlo. La disponibilità a dialogare e comunicare con il paziente è stata riscontrata nel 96.6% degli operatori socio-sanitari, quindi nella quasi totalità. E' interessante notare che il 64.3% di coloro che rispondono affermativamente presentano un livello di ansia medio. Anche se il confronto tra i gruppi per il livello di ansia non è risultato statisticamente significativo (ciò è probabilmente dovuto all'esiguità del campione), è interessante porre l'accento su questo risultato e su questa tendenza a vivere con ansia la comunicazione con i malati.

Con le domande successive del nostro questionario si voleva entrare nel merito di aspetti più prettamente tecnici, relativi all'organizzazione del lavoro.

Alla domanda "Ritiene che la frequenza delle visite mediche sia" le risposte sono state: nel 40.7 % dei casi "buona", nel 51.9% "sufficiente" e nel 7.4% "insufficiente".

Tra coloro che hanno risposto "buona", il livello di ansia si è dimostrato medio per l'81.8% e lieve per il 18.2% degli operatori.

Mentre, nei soggetti che hanno risposto "sufficiente" risulta il 35.7% di ansia lieve, il 50% media e il 14.3% grave. Infine, tra coloro che hanno risposto "insufficiente" si è riscontrata ansia di livello medio per l'11.1% e di livello grave per l'64.5% degli operatori.

Vengono ora riportati i dati riguardanti l'ambito della comunicazione di aspetti tecnici della terapia.

La domanda posta è stata la seguente: "Ritiene che la spiegazione della necessità degli esami, interventi, delle terapie sia ...?"

Gli operatori hanno risposto:

- "buona" nel 33.3% dei casi, di cui il 44,4% con ansia bassa e il 55.9% con ansia media;
- "sufficiente" nel 59.3% dei casi, con il 62.5% di ansia media, il 25% con ansia bassa e il 12.5% con ansia grave;
- "insufficiente" nel 7.4% degli operatori,

con il 70.4% di livello di ansia elevato. Quest'ultimo dato, anche se non raggiunge la significatività statistica, costituisce comunque un dato rilevante, perché indica come quest'aspetto della comunicazione con il paziente costituisca un motivo di disagio e preoccupazione per l'operatore, disagio che può essere anche non completamente cosciente. Queste considerazioni possono valere anche per le altre risposte relative ad aspetti tecnici della comunicazione operatore-paziente.

CONCLUSIONI

La generale soddisfazione espressa dagli operatori dell'Unità di Riabilitazione costituisce un'indicazione della percezione dell'ambiente lavorativo. Nonostante vengano evidenziate alcune difficoltà dovute al lavoro, come fonte di ansia e tensione, dai risultati emerge come queste non si strutturano, se non raramente, in uno stato di stress o stress cronico.

Ciò potrebbe essere riconducibile a due aspetti: uno soggettivo, costituito da una capacità di coping del singolo individuo; uno oggettivo, connesso con l'ambiente di lavoro.

Il dato che è possibile estrapolare dalla nostra indagine è costituito dalla lettura dell'effetto dell'interazione tra i due aspetti, cioè tra l'individuo e l'ambiente.

L'effetto emergente è costituito da un discreto adattamento dell'operatore all'ambiente lavorativo, ciò ci permette di concludere che, anche se ci sono difficoltà e, come emerge dal resto dell'indagine, queste siano conseguenti ad eventuali problemi di comunicazione o collegate ad una cattiva organizzazione del lavoro, probabilmente sono state già state strutturate nei soggetti delle strategie di coping, al fine di affrontare al meglio i problemi del reparto ed eventuali situazioni di stress.

Comunque, il fatto che siano presenti tendenze a manifestare situazioni di stress e disagio ci indica che ancora degli interventi migliorativi si possono realizzare.

Poiché in quest'ambito, diversi studi hanno evidenziato quale causa di stress la scarsa comunicazione, possiamo affermare, sulla base dai risultati ottenuti nel nostro studio, che il livello di comunicazione tra gli operatori del reparto è sufficiente per realizzare un positivo adattamento e superamento dello stress.

Infatti, nel reparto preso in esame, già da tempo lo staff si riunisce periodicamente per discutere i vari problemi emergenti e supponiamo, sulla base dei dati, che queste riunioni consentano di facilitare il processo di

coping con lo stress, pur non eliminando completamente le situazioni che ne sono all'origine. E' comunque importante evidenziare che lo stress e le situazioni di difficoltà, se ben comprese e affrontate, permettono di trovare soluzioni positive nell'adattamento all'ambiente e a volte sono addirittura necessarie per giungere ad una reale positiva organizzazione della vita, anche lavorativa.

Perciò, sarebbe opportuno aumentare le occasioni di confronto tra gli operatori, favorendo anche la consapevolezza delle difficoltà del gruppo di lavoro ed, anche emotive, dei singoli individui. Al riguardo, potrebbero anche essere utili incontri di sostegno periodici con uno psicologo.

Il risultato più rilevante che emerge dal presente studio è l'indicazione fornita dagli operatori in merito alle cause di stress ed insoddisfazione da lavoro, tra queste emergono i rapporti interpersonali insoddisfacenti, una scarsa comunicazione e una cattiva organizzazione del lavoro.

Proprio tale dato (qui espresso solo in termini di tendenza), che trova corrispondenza nella letteratura scientifica esistente, ci consente di considerare le difficoltà manifestate dal gruppo di soggetti indagati, al fine di trovare opportune soluzioni per creare condizioni lavorative veramente soddisfacenti, oltre che operativamente efficaci.

Va sottolineato come tali aspetti risultino interconnessi: non si può realizzare una buona organizzazione del lavoro e quindi dell'assistenza se non vi è uno scambio interpersonale che permetta di integrare le singole mansioni, nel rispetto delle rispettive competenze.

Purtroppo, assai spesso gli operatori si trovano costretti a lavorare nell'ambito di una struttura "chiusa", che non consente una gestione più creativa del lavoro e che costringe in ruoli e mansioni troppo determinati. La depersonalizzazione creata dalla rigidità di un ruolo troppo costrittivo può essere affrontata, e superata, con una comunicazione adeguata, che permetta di ricercare soluzioni nuove e creative, per affrontare al meglio sia il problema del rapporto con il malato, sia il rapporto con l'organizzazione (colleghi compresi). Dal realizzarsi di questi aspetti dipende una maggiore efficienza lavorativa e una migliore qualità dell'assistenza erogata.

La supervisione diviene perciò il maggior meccanismo di controllo amministrativo e quindi organizzativo che deve garantire lo "sviluppo professionale", attraverso un alto grado di sostegno, senza ridurre l'autonomia

dei singoli individui.

Per sintetizzare, lo scambio periodico tra gli operatori può favorire i seguenti aspetti della vita lavorativa:

- fornire una consulenza centrata sul lavoro e discussione dei casi clinici ai fini di una migliore assistenza;
- porre l'attenzione sulle difficoltà di ogni singolo operatore in modo da gestire in maniera ottimale il tipo di attività, i periodi di riposo ed il numero di pazienti da avere in cura;
- permettere di comprendere e di affrontare le modalità e le difficoltà di ogni singolo operatore;
- offrire all'operatore la possibilità di sviluppare spazi programmatici e creativi all'interno della struttura organizzativa.

Un altro aspetto emerso dallo studio è stato l'accento posto dagli operatori sull'importanza di un più approfondito rapporto con il paziente. Il fatto che quasi tutti i soggetti intervistati esprimano tale concetto, specie in un reparto in cui il rapporto con il paziente è spesso continuativo nel tempo e non spersonalizzato, ci consente di giungere ad una semplice considerazione: la possibilità di trovare soddisfazione nel rapporto con il paziente è dovuta sì all'esito della cura, ma anche alla possibilità di entrare in un rapporto umano autentico, in cui si considera non solo la malattia ma l'essere ammalato con tutto il suo vissuto. Tali considerazioni valgono soprattutto per i fisioterapisti, che hanno espresso (durante il colloquio e l'intervista) la necessità di rendere più "profondo" e "vero" il rapporto con la persona ammalata e come il realizzare tutto questo renda il loro intervento riabilitativo più ricco e più efficace, in sintesi più completo. La disponibilità a dialogare e comunicare con il paziente è stata riscontrata nel 96.6% degli operatori socio-sanitari, quindi nella quasi totalità. È interessante notare che il 64.3% di coloro che rispondono affermativamente presentano un livello di ansia medio. Anche se il confronto tra i gruppi per il livello di ansia non è risultato statisticamente significativo (dato che risente dell'esiguità del campione), è interessante porre l'accento su questo risultato e su questa tendenza a vivere con ansia la comunicazione con il paziente.

Tale circostanza è indicativa di una resistenza, da parte dell'operatore, al processo di spersonalizzazione del rapporto con l'ammalato dovuto principalmente alla cultura medica spesso troppo specializzata e attenta più a "curare l'organo" che la persona sofferente e

una necessità di creare un rapporto umano con il paziente. Il processo di spersonalizzazione si può ricondurre ad un tentativo di separare la persona dalla sua sofferenza e negare quest'ultima e la malattia stessa.

Questi aspetti, che conducono alla tematica dell'umanizzazione delle cure, e le loro connessioni andrebbero maggiormente approfonditi, poiché è ormai manifesta da più parti, e gli stessi operatori lo hanno evidenziato, l'esigenza di porre l'attenzione alla persona malata nella sua totalità e non semplicemente alla sola malattia.

BIBLIOGRAFIA

1. Selye H. *Stress senza paura* (trad: it:), Rizzoli, Milano, 1976, p: 39.
2. Del Rio G., *Stress e lavoro nei Servizi: sintomi, cause e rimedi del burnout*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990.
3. Selye H., *Stress*, *Psicologia Contemporanea*, 1979,35, 53-55.
4. Pancheri P., *Medicina Psicosomatica*. In: Reda G.C. *Trattato di Psichiatria*, USES, Firenze, 1982.
5. Pasnau R.O., Hackett T.P., Kimball C. P., Holland J. C.,McKegney F.P., *Consultation-Liaison Psychiatry: una rassegna per gli Anni '80*, The Upjohn Company, 1989.
6. Pellegrino F., Celani T., Lamparelli E., *Somatopsiche e Psicosomatica*, *Rivista di Psichiatria, psicoterapia e scienze umane* 1988, 7-8, 33-38.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*. The American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987 (Ediz. italiana Masson, Milano 1988).
8. Aveni Casucci M.A., Albani F., *Vissuti di morte e sindrome del Burnout*. *Argomenti di Gerontologia*, 1992; Vol. 4: 82-92.
9. Cherniss C., *Professional burnout in human service organizations*, Preaeger, New Yor, 1980.
10. Cherniss C., *La sindrome del Burnout: lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*, Centro Scientifico Torinese, Torino,1983.
11. Luban-Plozza B., Poldinger W., *Il malato psicosomatico*, Cappelli, Bologna, 1984.
12. Morasso G., Alerisio A., Banchemo R., Piu G., Santinello M. *La sindrome Burnout: Stress e Qualità di vita lavorativa*, 1994.
13. Flint Sparks T. *Coping with the Psychosocial Stresses of Oncology Care*. *Journal of Psychosocial Oncology* 1989, 6; 165-179.
14. Mayour R.A., *Consultation-Liaison Psychiatry: una panoramica internazionale*, Upjohn International Inc., 1988.
15. Etzione D., Pines A. *Sex and culture in Burn out and coping among human service professional*. *Journal of Cross Culture Psy-chology*. 1986, 191.209.
16. Curci P., Beltrami F., Pederzoli L., Mari M., *La sindrome del Burnout e l'assistenza psichiatrica*, *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1987, CXI, 2, 195-209.
17. Maslach C., Jackson S.E., *A scle measure to assess*

- experienced burn-out: The Maslach Burn-out Inventory. Paper presented at the convention of the Western Psychological Association, San Francisco, 1979.
18. Maslow A.H., *Motivazione e personalità*, Armando, Roma, 1982.
 19. Albani F., Donarini N., Aveni Casucci M.A., La sindrome del Burnout in operatori socio-sanitari di assistenza agli anziani: ulteriore contributo di una ricerca sperimentale, *Giornale di Gerontologia* 1990, XXXVII,10,612.
 20. Horney K., *Nevrosi e sviluppo della personalità*, Astrolabio, Roma, 1981.
 21. Magherini G., Huober G.P., Cini R., *Formazione di un gruppo di operatori per lo sviluppo di un atteggiamento psicoterapico nei confronti del paziente*. In: Rosselli M., Bigozzi M. (A cura di), *Psicoterapia in Medicina*, Borla, Roma, 1988.
 22. Vespa A, Fumelli P, Spazzafumo L : *Ansia e stress negli operatori socio-sanitari in reparti di Diabetologia*. *Minerva Psichiatrica*, 1998; 39: 29-36.
 23. Chiriboga D.A., *Social stressors as antecedent of change*, *J.of Gerontology* 1984, 39,4,468-77.
 24. Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoek J.D., & Rosenthal R.A., *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*, J. Willey, New York, 1964.
 25. Rogers C. *I gruppi d'incontro*, Astrolabio, Roma 1976.
 26. Ramanaiah NV, Franzen M, Schill T A. *Psychometric study of the State-Trait Anxiety Inventory*. *J Pers Assess* 1983;47; 5: 531-535.
 27. Vigneau F, Cornier S. *The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory an alternative view*. *J Pers Assess* 2008; 90:280 285



Aspetti psicologici della Fibrillazione Atriale

Elisa Bonazzi

UOC Cardiologia, POR INRCA Ancona

Riassunto. La Fibrillazione Atriale (FA) costituisce uno dei disturbi più frequenti del ritmo cardiaco. Tale aritmia sembra avere un importante impatto psicosociale sulla popolazione che ne è affetta. Scopo di questo studio-pilota è quello di esplorare le caratteristiche psicosociali di pazienti con diagnosi di FA, confrontando rispetto alla popolazione generale, l'eventuale presenza di diagnosi psichiatriche (disturbi depressivi e ansiosi) e/o psicosomatiche, i livelli di disagio e benessere psicologico. Il campione dello studio è costituito da 24 soggetti, 12 con diagnosi di FA persistente (gruppo sperimentale) e 12 estratti dalla popolazione generale, corrispondenti per fasce d'età e sesso (gruppo di controllo). Ad entrambi i gruppi sono stati somministrati strumenti auto-valutativi (Psychosocial Index-PSI, Symptom Questionnaire-SQ, Psychological Well-Being-PWB) e interviste cliniche (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-DCPR, Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID). I dati sono stati analizzati attraverso il t-test per campioni indipendenti ed il test del Chi-Quadro. Il 50% dei pazienti è risultato affetto da disturbo d'ansia generalizzato, disturbo assente nei soggetti di controllo ($p < 0,01$). Rispetto al gruppo di controllo, inoltre, i pazienti con FA hanno ottenuto punteggi significativamente peggiori alla scala dell'ansia ($p < 0,05$) del SQ e a quelle del benessere ($p < 0,05$), del disagio psicologico ($p = 0,001$), del comportamento di malattia ($p < 0,05$) e della qualità di vita ($p < 0,05$) dello PSI. I punteggi del PWB non evidenziano differenze significative. La FA sembrerebbe essere associata significativamente a sintomi ansiosi, con possibili influenze su QdV, benessere e disagio psicologico. Trattandosi di uno studio-pilota, tuttavia, si rendono necessari ricerche future per confermare tali risultati

Parole chiave: fibrillazione atriale, disturbi psicologici

Abstract. Atrial Fibrillation (AF) is one of the most frequent disorders of heart rhythm. This arrhythmia seems to have a major psychosocial impact on the affected population. The aim of this pilot study is to explore the psychosocial characteristics of patients diagnosed with FA compared to the general population, the presence of psychiatric (depressive and anxiety disorders) and/or psychosomatic diagnoses, the levels of distress and psychological well-being. The study sample consists of 24 subjects, 12 with a diagnosis of persistent AF (experimental group) and 12 extracts from the general population, matching for age and sex (control group). Self-assessment tools (Psychosocial Index-PSI, Symptom Questionnaire-SQ, Psychological Well-Being-PCB) and clinical interviews (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-DCPR, Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID) were administered to both groups. Data were analyzed through the t-test for independent samples and the Chi-square test. 50% of patients were suffering from generalized anxiety disorder, absent in control subjects ($p < 0.01$). Moreover, compared to the control group, patients with AF scored significantly worse on the anxiety scale ($p < 0.05$) on SQ, on well-being scale ($p < 0.05$), on psychological distress ($p = 0.001$), on disease behavior ($p < 0.05$) on quality of life ($p < 0.05$) of PSI. PWB scores did not show significant differences. The FA seem to be significantly associated with anxiety symptoms, with possible influences on QoL, well-being and psychological distress. Since this is a pilot study, however, further research is needed to confirm these results.

Keywords: fibrillazione atriale, psychological disorders

BACKGROUND

La Fibrillazione Atriale (FA) è uno dei più comuni disturbi del ritmo cardiaco. Rappresenta un'aritmia clinicamente rilevante, con un trend di prevalenza in aumento. Si stima che circa 3 milioni di individui in Europa

siano affetti attualmente da FA, e si prevede che entro il 2050 ne soffriranno approssimativamente 7 milioni. Il rischio di sviluppare FA per gli uomini e le donne al di sopra di 40 anni è circa il 25%, e ciò indica che un individuo su quattro sperimenterà la FA prima

di morire (Ovsyshcher et al., 2005). L'incidenza di FA aumenta con l'età: è diagnosticata nel 5% delle persone sopra i 65 anni di età ed in oltre il 10% delle persone sopra gli 80 anni. Parallelamente all'incremento dell'aspettativa di vita, si prevede, pertanto, un progressivo sviluppo della popolazione affetta (Chen & Shen, 2007). Negli ultimi 20 anni, il numero di ospedalizzazioni dovute a FA è aumentato in media del 60-70%, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione e della presenza di specifiche condizioni di comorbidità, che rappresentano esse stesse fattori di rischio per la FA.

Questa patologia cardiovascolare ad alta complessità impatta sensibilmente su morbilità, Qualità di Vita (QdV), e costi di assistenza sanitaria. Attualmente, solo in Italia, i costi diretti connessi alla malattia sono di oltre 3 miliardi di Euro all'anno.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un crescente interesse della comunità scientifica per il ruolo che gli aspetti psicosociali rivestono nell'eziologia e nella prognosi di molte patologie cardiovascolari, tra cui la FA. I risultati riportati nella letteratura scientifica più recente hanno sancito l'influenza di alcune specifiche variabili psicosociali (fattori emozionali quali depressione, ansia, emozioni negative, ostilità, rabbia, e induttori di stress cronico come scarso supporto sociale, isolamento sociale, basso stato socioeconomico, condizione lavorativa disagiata, conflitti coniugali o familiari) sulla patogenesi della malattia atriale (Rozanski et al. 1999; Smith & Ruiz, 2002). Gli studi che utilizzano strumenti per la valutazione della QdV suggeriscono che i pazienti con diagnosi di FA soffrono di stress psicologico più di quanto non facciano i soggetti sani di controllo. Risultati combinati hanno rivelato che lo stress psicologico, in particolare nei connotati di depressione e/o ansia, ha contribuito ad una maggiore gravità dei sintomi, ad una diminuita QdV e ad un aumento delle recidive di FA. È importante sottolineare che le evidenze a supporto del ruolo dei fattori comportamentali provengono anche da ricerche patofisiologiche e non solo da studi sulla QdV. È noto, ad esempio, che la depressione stimola il sistema nervoso simpatico e l'asse neuroipofisi-corteccia surrenalica determinando l'aumento dei livelli di cortisone e della frequenza cardiaca; inoltre il soggetto depresso mostra alterazioni delle funzionalità endoteliale e piastrinica ed un innalzamento dei livelli di proteina C reattiva.

Sebbene ci sia un'estesa ricerca scientifica

sulla QdV dei pazienti con FA, vi è ancora scarsa conoscenza per quanto riguarda il tipo e la portata del disagio psicologico e le sue conseguenze nei pazienti con diagnosi di FA. Inoltre studi che descrivono gli interventi per affrontare lo stress psicologico sono pressoché inesistenti (McCabe et al., 2010).

Alla luce di queste premesse, si è voluto condurre uno studio pilota finalizzato ad indagare le variabili psicologiche e sociali riscontrabili in pazienti con FA in attesa di cardioversione elettrica, ponendo questa popolazione target a confronto con una omogenea per sesso ed età. I livelli di distress, la QdV e lo stato psicopatologico (ansia, depressione, somatizzazione, ostilità e comportamento di tipo A) saranno i correlati psicosociali fulcro della ricerca.

Il presente contributo intende, pertanto, apportare informazioni sui fattori psicosociali che giocano un ruolo chiave nell'eziologia e prognosi della FA, con l'ambizioso scopo di fornire validi suggerimenti per ricerche future nell'ambito di questa aritmia, rendendo concretizzabile la progettazione di strategie di prevenzione primaria, oltre che una migliore gestione del paziente inteso come unità psicosomatica. Più nel dettaglio, l'obiettivo che ci si pone è quello di confrontare un campione di pazienti con diagnosi di FA in attesa di cardioversione elettrica, con un gruppo di controllo corrispondente per fasce d'età e sesso, estratto dalla popolazione generale, rispetto ai seguenti correlati psicologici: livelli di distress e benessere psicologico, qualità di vita e presenza di diagnosi psichiatriche (disturbi depressivi e ansiosi) e/o psicosomatiche.

METODI

La ricerca si è svolta presso il reparto dell'UOC di Cardiologia del POR INRCA di Ancona.

Si tratta di uno studio pilota condotto nel periodo compreso tra Maggio e Dicembre 2011, che ha coinvolto un esiguo campione di pazienti con diagnosi di fibrillazione atriale.

Il gruppo sperimentale di cui ci si è avvalsi è costituito da pazienti con diagnosi di FA di tipo persistente in attesa di cardioversione elettrica esterna. I partecipanti appartenenti a questo gruppo sono 12, di cui 8 maschi (66,6%) e 4 (33,3%) femmine. L'età media è pari a $72,66 \pm 5,41$, l'età minima è di 65 anni e la massima di 84 anni. Il gruppo di controllo corrisponde per fascia d'età e sesso al gruppo sperimentale. I partecipanti, estratti dalla popolazione generale e non affetti da FA, sono

12: 8 maschi (66,6%) e 4 (33,3%) femmine, con un'età media di 72,58±6,4, un'età massima di 83 anni e un'età minima di 60 anni.

Il campione totale della ricerca è composto quindi da 24 persone con un'età media di 72,62±5,80, età minima di 60 anni ed età massima di 84 anni; i maschi rappresentano il 66,6% dei partecipanti, mentre le femmine il 33,3%. Per l'assessment dei partecipanti si è ricorsi ad una strumentazione tesa alla rilevazione di dati, oltre che di natura psicologica, anche specificatamente medici. Le informazioni mediche si sono ottenute sia attraverso la compilazione di schede anagrafiche, sia mediante la consultazione delle cartelle cliniche fornite dal cardiologo curante.

Per quanto riguarda la valutazione psicologica sono stati utilizzati sia strumenti auto-valutativi che etero-valutativi.

Strumenti auto-valutativi:

- PSI (Psychosocial Index) (Sonino & Fava, 1998): strumento autovalutativo basato su principi clinimetrici che riprende alcuni item dello Screening List for Psychosocial Problems (SLP) di Kellner (Kellner, 1991). È uno strumento in larga misura destinato a popolazioni mediche che può essere utilizzato come mezzo per uno screening sintomatologico. Valuta quattro dimensioni corrispondenti a quattro scale (Stress, Benessere e Qualità di Vita, Disagio Psicologico e Comportamento di malattia), sia attraverso l'autovalutazione, che comprende 55 item (38 dei quali sono stati tratti dalla SLP di Kellner), sia attraverso l'eterovalutazione.
- SQ (Symptom Questionnaire) (Kellner, 1987): è un questionario autovalutativo del disagio psicologico che è stato sviluppato a partire da un elenco di sintomi che costituiva il Symptom Rating Test (Kellner & Scheffield, 1973). Tale strumento è costituito da item dicotomici (SI-NO; VERO-FALSO) che compongono quattro scale: Ansia, Depressione, Somatizzazione e Rabbia/Ostilità. Ognuna di esse è suddivisa in due sottoscale, ossia quella dei sintomi e quella del benessere. Sintomi Depressivi e Contentezza compongono la scala della Depressione; Sintomi Ansiosi e Rilassatezzazza quella dell'Ansia; Sintomi di Rabbia/Ostilità e Socievolezza quella della Rabbia/Ostilità; Sintomi Somatici e Benessere Fisico quella della Somatizzazione. In tutto gli item che compongono lo strumento sono 92; di questi

68 compongono le sottoscale dei sintomi e 24 le sottoscale del benessere.

- Psychological Well-Being Scale (PWB) (Ryff, 1989, validazione italiana di Ruini et al. 2003): è un questionario autovalutativo che indaga lo stato soggettivo di benessere psicologico. Allo scopo di rendere più agevole la compilazione della batteria testistica si è scelto di utilizzare la versione ridotta costituita da 42 item, attualmente in corso di validazione. Gli item sono suddivisi in sei scale che rappresentano le dimensioni del benessere psicologico: autoaccettazione, autonomia, controllo ambientale, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive con gli altri.

Strumenti etero-valutativi:

- SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (First et al. 1996; traduzione italiana curata da Mazzi et al., 2000): è un'intervista semi-strutturata che permette di fare diagnosi secondo i criteri DSM-IV per i disturbi clinici. Consente anche di individuare un'eventuale compromissione del funzionamento psicosociale. È suddivisa in 6 moduli relativamente autonomi: Modulo A per gli episodi dell'umore; Modulo B per i sintomi psicotici; Modulo C per i disturbi psicotici; Modulo D per i disturbi dell'umore; Modulo E per il disturbo da uso di sostanze psicoattive e Modulo F per l'ansia ed altri disturbi. Le diagnosi si basano sulla presenza/assenza di sintomi considerati diagnostici secondo il DSM-IV.
- DCPR (Interview for the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) (Rafanelli et al, 2003) di cui è stata utilizzata la versione italiana adattata da Mangelli e collaboratori (2007). Tale intervista può essere considerata uno strumento diagnostico integrativo per il 1° e 2° asse del DSM IV e/o uno strumento eterovalutativo semi-strutturato specifico per la valutazione della diagnosi e valutazione nella ricerca in psicosomatica. Sono indicate all'intervistatore le domande da fare, basate sui criteri diagnostici per la ricerca in psicosomatica (Fava et al, 1995), e i criteri necessari per fare diagnosi. L'intervistatore deve valutare la presenza/assenza del sintomo indagato in ogni domanda (SI/NO). L'intervista è strutturata in tre sezioni: A) Fattori che influenzano le malattie, B) Comportamento abnorme di malattia e C) Somatizzazione.

Per effettuare le analisi statistiche dei dati si è ricorsi al programma SPSS versione 18.0 per

Windows.

Le analisi descrittive e le frequenze hanno permesso di descrivere in modo completo i due campioni. Entrambi sono stati descritti attraverso la rilevazione di variabili sociodemografiche (età, sesso, stato civile, istruzione, occupazione), la presenza/assenza di determinati fattori di rischio (tabagismo, ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, diabete mellito tipo II, storia di pregressa patologia ischemica, scompenso cardiaco, scarsa attività fisica, sovrappeso/obesità, abuso di caffeina) e la presenza/assenza di diagnosi DSM e DCPR. Sono state poi condotte le analisi inferenziali.

Sono stati confrontati i punteggi medi ottenuti al SQ, al PSI e al PWB dal gruppo sperimentale con quelli ottenuti dal gruppo di controllo attraverso il T-test per campioni indipendenti. Il test del Chi-Quadro è stato invece utilizzato per rilevare differenze nella frequenza delle variabili categoriali, ovvero dei correlati medici e delle eventuali diagnosi DSM e DCPR, tra il gruppo sperimentale e quello di controllo. Per tutti i test il livello di significatività è stato fissato a 0,05 a due code.

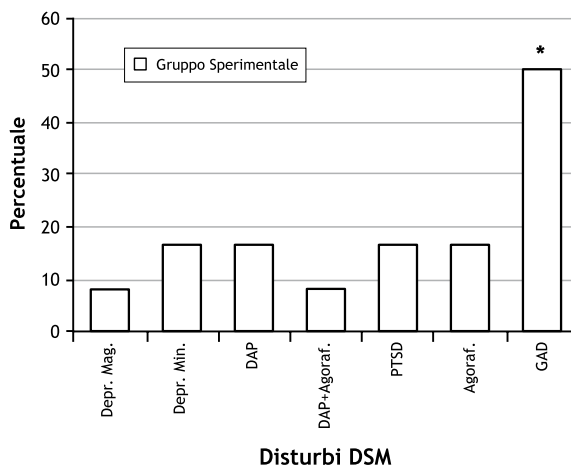
RISULTATI

Per quel che concerne i dati relativi alle variabili sociodemografiche, dalle analisi descrittive si è potuto osservare che la maggior parte dei soggetti (66,6%) dichiara di essere coniugato/a e il 91,6% percepisce la pensione. Relativamente ai fattori di rischio cardiovascolari, il 91,6% dei partecipanti soffre di ipertensione, il 62,5% non ha abitudine tabagica, il 70,8% del campione svolge una scarsa attività fisica e il 54,1% si trova in condizioni di sovrappeso/obesità. Il dato più significativo ($p < 0,001$) è rappresentato dalla variabile "storia di patologia ischemica": nel gruppo sperimentale la totalità dei pazienti con FA (100%) presenta una storia di patologia ischemica pregressa contro lo 0% dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo.

Per quanto riguarda le diagnosi DSM, il dato più evidente è costituito dalla percentuale (50%) dei pazienti fibrillanti affetti da disturbo d'ansia generalizzato (DAG), diagnosi assente nei soggetti di controllo ($p < 0,01$) (Fig.1).

I risultati delle analisi statistiche dei dati relativi alle diagnosi DCPR, come visibile nella Fig.2, hanno rilevato la presenza di un numero maggiore di disturbi nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia, i dati ottenuti sono scarsamente significativi.

Fig.1 Diagnosi DSM (Gruppo Sperimentale vs Gruppo di controllo)



*(Chi-quadrato = 8,00, $p = 0,005$)

Depr. Mag. = Depressione Maggiore;

Depr. Min. = Depr. Min.;

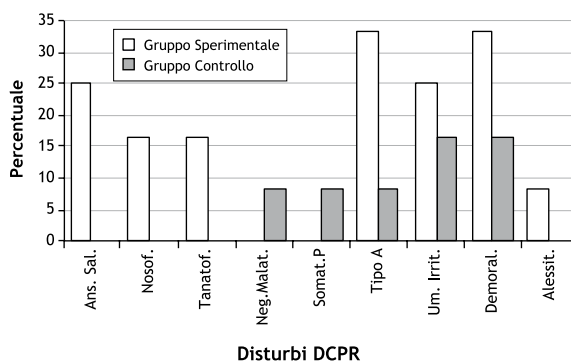
DAP = Disturbo da Attacchi di Panico;

DAP+Agoraf. = Disturbo da Attacchi di Panico+Agorafobia;

PTSD=Disturbo Post-Traumatico da Stress;

Agoraf. = Agorafobia; GAD = Disturbo d'Ansia Generalizzato

Fig.2 Diagnosi DCPR (Gruppo Sperimentale vs Gruppo di controllo)



Ans. Sal.= Ansia per la Salute; Nosof.= Nosofobia;

Tanatof.= Tanatofobia; Neg.Malat.= Negazione di Malattia;

Somat. P = Somatizzazione Persistente;

Tipo A = Comportamento di Tipo A;

Um. Irrit. = Umore Irritabile;

Demoral. = Demoralizzazione; Alessit. = Alessitimia

Il comportamento di tipo A, l'umore irritabile e la demoralizzazione sono le variabili riscontrate in entrambi i gruppi con una percentuale rispettivamente del 33,3%, 25% e 33,3% nel gruppo sperimentale, contro l'8,30%, il 16,6% e il 16,6% del gruppo di controllo. L'ansia per la salute (25%), la nosofobia (16,6%), la tanatofobia (16,6%) e l'alessitimia (8,3%) si sono osservate solo nel gruppo dei pazienti con FA, mentre nel gruppo di controllo l'8,3% è risultato affetto da negazione di malattia e somatizzazione persistente. Attraverso il T-test per campioni

indipendenti è stato possibile confrontare i punteggi medi ottenuti al SQ, al PSI e al PWB dal gruppo sperimentale con quelli rilevati dal gruppo di controllo (Tab.1)

Tab.1 Risultati dei questionari (Gruppo Sperimentale vs Gruppo di controllo)

SCALE DI VALUTAZIONE	M e DS GRUPPO SPERIMENTALE	M e DS GRUPPO DI CONTROLLO	t	p
SOTTOSCALE SQ				
Sintomi Ansiosi	7,25±4,35	3±2,29	2,99	0,007
Sintomi Depressivi	5,42±5,9	1,58±1,83	2,14	0,043
Sintomi Somatici	8,58±4,9	5,17±4,19	1,83	ns
Sintomi Ostilità	3,25±5,01	1,83±2,72	0,86	ns
Rilassatezzazza	1,75±2,05	3,58±2,02	-2,2	0,038
Contentezza	2,5±2,35	3,42±2,61	-0,9	ns
Benessere fisico	0,42±0,9	1,42±1,5	-1,97	ns
Buona disponibilità	3,83±2,4	5,17±1,03	-1,76	ns
SCALE SQ				
Ansia	9±3,1	6,58±2,02	2,26	0,034
Depressione	7,92±4,5	5±2,04	2,04	0,053
Somatizzazione	9±4,51	6,58±3,23	1,5	ns
Ostilità	7,08±4,31	7±2,04	0,06	ns
SCALE PWB				
Autonomia	31±8,74	32,92±7,07	-0,59	ns
Controllo ambientale	24,42±9,1	29,42±5,55	-1,62	ns
Crescita personale	24,92±6,98	29,75±5,81	-1,84	ns
Relazioni positive	27,42±8,18	33,08±5,43	-1,99	0,058
Scopo nella vita	27,58±7,03	30,42±4,73	-1,15	ns
Auto-accettazione	27,67±9,34	32,58±6,03	-1,53	ns
SCALE PSI				
Disagio psicologico	17,25±8,14	5,75±5,83	3,97	0,001
Comportamento di malattia	2,75±1,81	1,33±1,37	2,15	0,042
Stress	0,67±0,77	0,58±1,24	0,19	ns
Benessere	5,42±2,87	7,75±1,28	-2,56	0,018
Qualità di Vita	1,33±0,98	2,25±0,62	-2,72	0,012

M=Media ; DS= Deviazione Standard; t=t di Student; p=Significatività; SQ=Symptom Questionnaire ; PWB=Psychological Well-Being ; PSI=Psychosocial Index

I risultati al SQ hanno mostrato una marcata presenza di Sintomi Ansiosi e di Ansia nel gruppo clinico (M = 7,25±4,35) rispetto al gruppo di controllo (M = 3±2,29), con una significatività rispettivamente dello 0,007 e dello 0,034. Anche la sottoscala dei Sintomi Depressivi e la scala della Depressione hanno evidenziato differenze rilevanti tra i due gruppi: relativamente alla prima, la media dei punteggi riportata dal gruppo sperimentale è risultata di 5,42 (DS=5,9) di contro a quella ottenuta dal gruppo di controllo di 1,58 (DS=1,83), raggiungendo una significatività dello 0,043; per quanto riguarda la seconda variabile, nel gruppo sperimentale la media dei punteggi è stata di

7,92 (DS=4,5) contro il 6,58 (DS=2,02) del gruppo di controllo, con una conseguente tendenza verso la significatività statistica (p=0,053). Un altro risultato importante si è osservato nella sottoscala della Rilassatezzazza, in cui le medie dei punteggi del gruppo dei pazienti con FA e del gruppo di controllo sono state rispettivamente di 1,75 (DS=2,05) vs 3,58 (DS=2,02), con una significatività di 0,038.

Al PWB il risultato più rilevante si è ottenuto nella scala delle Relazioni positive, in cui la media dei punteggi del gruppo sperimentale è stata di 27,42 (DS=8,18), di contro alla media dei punteggi del gruppo di controllo: 33,08

(DS=5,43), con una tendenza verso la significatività statistica di 0,058.

Per quanto concerne lo PSI si sono ricavati dati significativi in 4 scale: alla scala del Disagio psicologico la media dei punteggi ottenuti dal gruppo sperimentale è stata di 17,25 (DS=8,14), contro il 5,75 (DS=5,83) del gruppo di controllo, con una significatività dello 0,001; alla scala del Comportamento di malattia la media dei punteggi del primo gruppo è stata di 2,75 (DS=1,81) contro l'1,33 (DS=1,37) del secondo gruppo, riportando una significatività dello 0,042; alla scala del Benessere 5,42 (DS=2,87) è la media dei punteggi totalizzata dal primo gruppo contro quella di 7,75 (DS=1,28) del secondo gruppo, ottenendo una significatività dello 0,018; alla scala della QdV la media dei punteggi del gruppo sperimentale è stata di 1,33 (DS=0,98) contro la media di 2,25 (DS=0,62) ottenuta dal gruppo di controllo, riportando una significatività di 0,012.

DISCUSSIONE

L'esiguità del campione incide in maniera rilevante sulla scientificità dei risultati, costringendo ad una certa cautela nelle considerazioni conclusive dei dati rilevati.

Un aspetto riscontrato in tutti i pazienti fibrillanti è la presenza di una storia di patologia ischemica progressiva. Nonostante presenti un alto grado di significatività, il dato non ha particolare valore in termini di interesse scientifico, in quanto è ormai assodato che la FA entri in un quadro diagnostico in comorbilità con altre patologie a carico dell'apparato cardiovascolare, in primis l'ischemia miocardica, lo scompenso cardiaco e le patologie valvolari. Il dato più eclatante emerso dallo studio è la differenza significativa tra i pazienti aritmici e la popolazione generale rispetto alla variabile emozionale dell'ansia. I risultati del DSM hanno evidenziato la presenza di diagnosi di ansia in 6 pazienti su 12 di contro all'assenza del disturbo nel gruppo di controllo. Tale osservazione trova riscontro nelle sempre più numerose evidenze che dimostrano l'intercorrelazione tra disturbi ansiosi ed FA: nello studio di Eaker e coll. (2005), ad esempio, è stata documentata l'esistenza di una relazione positiva tra tensione e FA, e nella ricerca di Lane e coll. (2009) si sono riscontrati elevati livelli ansiosi piuttosto che depressivi in pazienti con diagnosi di "lone FA". Contrariamente ai risultati emersi da recenti ricerche (Eaker et al., 2005), la presenza di ansia non sembrerebbe essere mediata dall'ipertensione; la maggior parte dei partecipanti allo studio, infatti, ha dichiarato di

essere iperteso, ma solo i pazienti con FA hanno mostrato sintomi ansiosi considerevoli.

Le diagnosi di DSM per DAP, DAP + Agorafobia, PTSD e Agorafobia riscontrabili solamente nel gruppo sperimentale, potrebbero sottolineare la presenza preponderante di correlati ansigeni in questa tipologia di popolazione. Sebbene i risultati siano scarsamente significativi per il fatto che solo pochi tra i pazienti hanno soddisfatto i criteri di tali diagnosi, risulta indicativo il fatto che nessuno tra i partecipanti al gruppo di controllo abbia dato verifica della presenza di diagnosi. Indubbiamente la ridotta numerosità del campione ha rappresentato un limite importante per la significatività.

Queste osservazioni suggeriscono, tuttavia, come l'esperienza di sintomi somatici improvvisi e incontrollabili, distintivi della FA sintomatica, potrebbe essere in grado di produrre una sintomatologia ansiogena tale da intensificare in modo esponenziale le proprie paure e, in alcuni casi, di arrivare a sviluppare un vero e proprio disturbo di agorafobia e/o da attacchi di panico. Per quanto riguarda le diagnosi DCPR, 4 pazienti su 12, contro 1 su 12 dei soggetti sani, hanno soddisfatto i criteri per la diagnosi di comportamento di tipo A. All'analisi descrittiva il dato è risultato poco significativo, pertanto, in base allo studio, non sarebbe da considerare come pattern distintivo della popolazione clinica. I dati finora conosciuti intorno alla correlazione tra tale sindrome e la presenza di FA sono controversi e poco numerosi: alcuni studi hanno individuato la presenza significativa di comportamento di tipo A, valutato con il Minnesota Multiphasic Personality Inventory Type A Scale, nei soggetti con diagnosi di "lone FA" ed hanno evidenziato come ad elevati livelli di Type A Behavior corrispondesse un più alto rischio di FA (Mattioli et al., 2005), mentre in altri non è emerso quale fattore, valutato con la Scala di Bortner, in grado di predire la FA (Eaker et al., 2004). Queste incongruenze potrebbero, tuttavia, essere il risultato delle differenti concettualizzazioni del comportamento di tipo A e della sua complessità di valutazione, aspetti che andrebbero analizzati nelle ricerche future.

Differenze ancora meno significative tra il gruppo sperimentale e di controllo si sono riscontrate per quanto riguarda l'umore irritabile e i sintomi di rabbia/ostilità, considerati, invece, in diversi studi, potenziali fattori di rischio per lo sviluppo e prognosi di FA. Tratti di rabbia, sintomi di rabbia e ostilità sono, infatti, ritenuti fattori predittivi di 10 anni di incidenza di FA nel Framingham Offspring

Study; inoltre in un recente studio è stato osservato come la rabbia possa scatenare aritmie ventricolari nei pazienti portatori di defibrillatore (Eaker et al., 2004); e ancora l'ostilità, come la depressione, secondo lo studio condotto da Rozanski e coll. (1999), porterebbe alla aritmogenesi sia attraverso meccanismi patofisiologici diretti che attraverso effetti comportamentali indiretti.

Risultati significativi, invece, si sono ottenuti alla sottoscala dei Sintomi Depressivi e alla scala della Depressione del SQ, in cui il campione dei pazienti aritmici ha riportato un più alto grado della sintomatologia rispetto al campione dei soggetti sani. I risultati ottenuti si trovano in sintonia con gli studi conosciuti in letteratura: numerose ricerche hanno infatti documentato l'influenza della depressione sulla prognosi di patologie cardiovascolari, quali l'ischemia miocardica, l'angina, lo scompenso cardiaco e i disturbi coronarici, che rappresentano a loro volta fattori di rischio per lo sviluppo di FA. Un gran numero di trial clinici ha dimostrato la possibile relazione che intercorre tra depressione ed FA. Finch e Van Zyl (2006) considerano la Depressione Maggiore quale possibile fattore di rischio della FA, in cui circa un terzo dei pazienti fibrillanti presenta elevati livelli di depressione che persistono per sei mesi (Thrall et al., 2007) e in cui la depressione viene identificata quale fattore predittivo indipendente più forte della futura QdV di questi stessi pazienti (Ong et al., 2006; Thrall et al., 2007). Anche la depressione, come l'ansia, può avere ripercussioni su QdV, benessere e distress. Ciò concorda con lo studio di Thrall e coll. (2007) che dimostra come a elevati punteggi di depressione alla baseline corrispondano più bassi punteggi di QdV (corrispondenza che perdura anche nel follow-up a sei mesi), e come a cambiamenti nei livelli depressivi corrispondano cambiamenti nella QdV. Inoltre da quanto dimostrato da Ong e colleghi (2006), l'umore depresso potrebbe aumentare la percezione soggettiva del peso dell'aritmia, mentre l'anedonia potrebbe portare il paziente a ritirarsi dalle attività quotidiane; ciascuno di questi processi darebbe così luogo ad un circolo vizioso di sintomi depressivi e scarsa QdV.

I risultati al PSI e al SQ, in linea con gli studi appena enunciati, evidenziano una situazione di morbilità psicologica nei pazienti fibrillanti, che potrebbe in qualche modo influire sulla qualità di vita da loro percepita. Come dimostrano i risultati ottenuti alla scala della QdV del PSI, infatti, tale variabile è significativamente

inferiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. In maniera congiunta e analoga i livelli di benessere e di distress psicologico, osservati sempre al PSI, palesano una compromissione maggiore nella popolazione clinica rispetto a quella sana di controllo. Vasta è la letteratura, in tema di QdV di pazienti con FA, concorde con i risultati ottenuti. Lo studio di Kang e Bahler (2004) riporta una QdV, valutata attraverso l'SF-36, povera nei pazienti con una recente diagnosi di FA, sottolineando anche come non sia la gravità oggettiva dell'aritmia, ma piuttosto quella soggettiva il fattore maggiormente determinante della stessa QdV; lo studio di Lane e coll. (2009), come quello di Paquette e colleghi (2000), rileva anch'esso bassi punteggi della QdV, valutata con l'SF-36. Lo studio di Suzuki e Kasanuki (2004) dimostra come aspetti psicosociali, quali la percezione di eventi stressanti, i sintomi d'ansia e la percezione soggettiva dei sintomi aritmici, siano determinanti per la QdV dei pazienti con FA parossistica, dati confermati anche dallo studio di Dorian e coll. (2000). Lo studio di Dorian e Mangat (2003) evidenzia come i livelli di QdV siano maggiormente compromessi nei pazienti con FA ricorrente rispetto a quelli in cui le ricorrenze non si manifestano. Altri studi, tuttavia, dimostrano come non vi siano differenze significative nella QdV rispetto ad un corrispondente campione iperteso in ritmo sinusale (Thrall et al., 2007), come la QdV dei pazienti con FA sia sostanzialmente simile alla media dei soggetti sani, a parte nella performance delle attività fisiche (Tsuneda et al., 2006), e come essa sia maggiormente compromessa nella forma di FA parossistica piuttosto che nella forma di FA persistente (Van der Berg et al., 2001).

CONCLUSIONI

Dallo studio-pilota condotto si è potuto constatare la presenza, nei pazienti affetti da FA, di un grado significativo di morbilità psicologica, e lo stress psicofisico sembrerebbe essere potenzialmente in grado di suscitare cambiamenti di risonanza nella percezione della qualità di vita.

In particolare è l'ansia il fattore emozionale maggiormente riscontrato. Tale risultato è in sintonia con le più recenti evidenze riportate in letteratura: allo stato dell'arte numerosi trial clinici hanno fornito un prezioso contributo in tema di ansia e FA, dimostrando come la presenza di sintomatologia ansiosa possa essere considerata un potenziale fattore di rischio per la FA. La depressione è risultata, dopo l'ansia,

un altro correlato psicologico indicativo nei pazienti con aritmia. Anche la presenza di questo dato non sbalordisce, data la vastità degli studi che da più di 60 anni indagano sulla interrelazione tra depressione e patologie cardiovascolari. Non stupiscono neanche i dati ottenuti in termini di QdV, benessere e distress psicologico: i sintomi ansiosi e depressivi costituiscono infatti terreno fertile per un aumentato livello di disagio psicologico, oltre che fisico, e per una diminuzione della qualità di vita e del benessere. Tuttavia gli studi sulla QdV dei pazienti con FA sono numerosi, ma contraddittori: molti trial contrastano infatti con i risultati emersi da questa ricerca, evidenziando una normale QdV in questi soggetti. Variabili quali il comportamento di tipo A, l'umore irritabile, tratti di rabbia, sintomi di rabbia/ostilità, considerate dalla letteratura scientifica come potenziali fattori di rischio di FA, non sembrerebbero risultare, invece, in base al presente studio, correlati di rilievo nei pazienti fibrillanti, in linea con la mancanza di differenze significative in tali disturbi rispetto alla popolazione generale. La ricerca condotta, trattandosi di uno studio-pilota su un campione piuttosto ristretto, non fornisce risultati in termini assoluti: i dati riportati richiedono una certa criticità d'interpretazione. Data la gravosa morbilità psicologica provocata da una patologia cardiaca a così alta complessità, e l'aumento esponenziale di nuovi casi, future ricerche atte ad indagare l'utilità della psicoterapia cognitivo-comportamentale, potrebbero risultare di grande interesse.

BIBLIOGRAFIA

- Chen L.Y., & Shen W.K. (2007). Epidemiology of atrial fibrillation: A current perspective. *Heart Rhythm*, 4, S1-S6.
- Dorian P., Jung W., Newman D., et al. (2000). The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *Journal of the American College of Cardiology*, 36, 1303-1309.
- Dorian P., & Mangat I. (2003). Quality of life variables in the selection of rate versus rhythm control in patients with atrial fibrillation: observations from the Canadian Trial of Atrial Fibrillation. *Cardiac Electrophysiology Review*, 7, 276-279.
- Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M., D'Agostino R.B., Benjamin S., & Benjamin E.J. (2004). Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study. *Circulation*, 109, 1267-1271.
- Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M., D'Agostino R.B., & Benjamin E.J. (2005). Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 692-696.
- Fava G.A., Freyberger H.J., Bech P., Christodoulou G.N., Sensky T., Theorell T., et al. (1995). Diagnostic Criteria for use in Psychosomatic Research. *Psychother Psychosom*, 63, 1-8.
- Finch S.J., & Van Zyl L.T. (2006). Cardioversion of persistent atrial arrhythmia after treatment with venlafaxine in successful management of major depression and posttraumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 47(6), 533-536.
- First M. B., Gibbon M., Spitzer R. L., & Williams (1996). *User's Guide for the Structured Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Research Version (SCID-I, version 2.0, February 1996 final version)*. New York: Biometrics Research.
- Kang Y., & Bahler R. (2004). Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 71-76.
- Kellner R., & Sheffield B.F. (1973). A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3, 88.
- Kellner R. (1987). A Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (7), 268-74.
- Kellner R. (1991). A problem list for clinical work. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 125-136.
- Lane D.A., Langman C.M., Lip G.Y.H., & Nouwen A. (2009). Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 203-210.
- Mangelli L., Semprini F., Sirri L., Fava G.A., & Sonino N. (2006). Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics*, 47, 143-146.
- Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M., & Mattioli G. (2005). The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation. *Europace*, 7, 211-220.
- Mazzi F., Morosini P., De Girolamo G., Lussetti M., Guaraldi G.P. (2000). *SCID-I CV: Intervista clinica strutturata per i disturbi dell'asse I del DSM-IV, versione clinica*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- McCabe, Pamela J. PhD, ACNS-BC (2010). *Psychological Distress in Patients Diagnosed With Atrial Fibrillation: The State of the Science*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25 (1), 40-51.
- Ong L., Irvine J., Nolan R., Cribbie R., Harris L., Newman D., et al. (2006). Gender differences and quality of life in atrial fibrillation: the mediating role of depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 769-774.
- Ovsyshcher E., MD, PhD, FESC, FACC (2005). Fibrillazione atriale: analisi epidemiologica. *Giornale Italiano di Aritmologia e Cardioritmo*, 8 (1), 1-5.
- Paquette M., Roy D., Talajic M., Newman D., Couturier A., Yang C., et al. (2000). Role of gender and personality on quality-of-life impairment in intermittent atrial fibrillation. *American Journal of Cardiology*, 86, 764-768.
- Rafanelli C., Roncuzzi R., Finos L., Tossani E., Tomba E., Mangelli L., et al. (2003). Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychother Psychosom*, 72, 343-349.
- Rozanski A., Blumenthal J.A., & Kaplan J. (1999).

- Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Ruini C., Ottolini F., Rafanelli C., Ryff C., & Fava G.A. (2003). Italian validation of Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di Psichiatria*, 38 (3), 117-130.
 - Ryff C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
 - Smith T.W., & Ruiz J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.
 - Sonino N., & Fava G.A. (1998). A simple instrument for assessing stress in clinical practice. *Postgraduate Medical Journal*, 74 (873), 408-410.
 - Suzuki S., & Kasanuki H. (2004). The influences of psychosocial aspects and anxiety symptoms on quality of life of patients with arrhythmia: investigation in paroxysmal atrial fibrillation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11 (2), 104-109.
 - Thrall G., Lip G.Y.H., Carroll D., & Lane D. (2007). Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest*, 132, 1259-1264.
 - Tsuneda T., Yamashita T., Fukunami M., et al. (2006). Rate control and quality of life in patients with permanent atrial fibrillation: the Quality of Life and Atrial Fibrillation (QOLAF). *Study Circle J.*, 70(8), 965-970.
 - Van der Berg M.P., Hassink R.J., Tuinenburg A.E., et al. (2001). Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system. *European Heart Journal*, 22, 247-253.



Sezione **Organizzativa**



Appropriatezza della prescrizione degli ausili in riabilitazione

Maria Grazia Altavilla

UOSD Continuità Assistenziale Ospedale-territorio - Gestione Area post-acuzie, Jesi

Riassunto. Viene affrontato il tema dell'appropriatezza della prescrizione di ausili effettuando una analisi dei vari momenti che si succedono nel percorso terapeutico-riabilitativo, per concludere con la discussione delle principali criticità.

Parole chiave: appropriatezza, ausili, efficacia, efficienza

Abstract. the issue of the appropriateness of assistive device prescription is addressed by performing an analysis of the various moments of the rehabilitation treatment and concluding with a discussion of the main critical issue.

Keywords: appropriateness, assistive device, effectiveness, efficiency

Affrontare il tema dell'appropriatezza della prescrizione degli ausili non è certo facile, soprattutto perché dobbiamo calarla e rapportarla ad una realtà alquanto complessa e variegata quale è la regione Marche. La prescrizione degli ausili è indubbiamente un'importante attività di riabilitazione.

Prescrivere con appropriatezza è in fondo quello che avremmo dovuto fare da sempre come avremmo dovuto fare qualunque altro atto sanitario e riabilitativo, ora comunque la realtà economica e la ridotta disponibilità di risorse ce lo impongono.

Non dobbiamo però legare il concetto di appropriatezza a quello della riduzione dei costi e non dobbiamo interpretarla come una strategia applicata esclusivamente per risparmiare ma piuttosto per ottimizzare le risorse. L'appropriatezza ha infatti come obiettivo principale quello di fornire ai soggetti ciò di cui hanno veramente bisogno, in tal modo si liberano risorse per i bisogni reali con contenimento della spesa ed equità di prescrizione.

L'appropriatezza di un ausilio poi, non può essere interpretata in senso assoluto, per sempre: la disabilità cambia, evolve e così cambiano i bisogni, pertanto deve essere definita in relazione ad un determinato bisogno quale si manifesta in quel determinato momento

dall'interazione tra le caratteristiche della persona, delle sue attività e dell'ambiente in cui vive.

Al concetto di appropriatezza si legano gli altri due concetti di **Efficacia ed Efficienza**: EFFICACIA se gli obiettivi per cui l'ausilio è stato prescritto, sono stati raggiunti, EFFICIENZA se questi sono stati raggiunti al minor costo possibile o meglio ancora se sono state messe in atto le soluzioni migliori per il maggior numero di persone utilizzando le risorse disponibili in maniera ottimale e nei tempi minimi.

La prescrizione dell'ausilio inoltre non deve essere considerata l'atto iniziale di un percorso, lo è se consideriamo quello che possiamo definire "**BUROCRATICO**" e che porta alla consegna dell'ausilio, altrimenti è l'atto finale di una serie di valutazioni, interventi, momenti che portano alla scelta condivisa dell'ausilio e che caratterizzano quello che invece possiamo chiamare "**PERCORSO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO**".

Nel descrivere "le luci e le ombre" verranno prese in considerazione le varie tappe dei due percorsi e verranno evidenziati, per ciascuna di queste, i punti deboli e quelli invece più forti emersi dall'intervista eseguita telefonicamente o direttamente.

Per quanto riguarda il Percorso **TERAPEUTICO-**

RIABILITATIVO questo risulta articolato in vari momenti:

1. Momento Conoscitivo
2. Momento Progettuale
3. Momento Decisionale
4. Momento Attuativo
5. Momento della Verifica
6. Follow up

Con il **Momento Conoscitivo** inizia la presa in carico e attraverso il **Momento Progettuale** si arriva al **Momento Decisionale** della scelta dell'ausilio. Tutto questo avviene tramite una serie di interventi che portano ad avere un quadro chiaro dell'ambiente socio-familiare del paziente, a conoscere i suoi bisogni e necessità, le sue aspettative, il grado di investimento e di partecipazione, le necessità e difficoltà del care giver, la storia clinica e la diagnosi clinica, il tipo di disabilità; alla valutazione funzionale della disabilità motoria, delle abilità cognitive della capacità di espressione e di comunicazione alla valutazione ambientale.

Si evidenzia il bisogno e si prospettano delle soluzioni con le adeguate informazioni sull'ausilio. In questa fase laddove è possibile, avviene anche la prova dell'ausilio.

Si arriva quindi al **Momento Decisionale** che comporta la scelta dell'ausilio tra le varie soluzioni proposte: l'ausilio si propone, non si impone"

Il **Momento Attuativo** invece rappresenta la consegna dell'ausilio; inizia la fase di adattamento: il paziente deve integrarlo nella sua vita quotidiana così la sua famiglia e il mondo che lo circonda.

E' anche il momento dell'addestramento all'uso sia da parte dell'utente, sia da parte della famiglia.

E' un momento fondamentale perché dall'accettazione "interna ed esterna" dell'ausilio, dall'uso corretto, dal superamento di difficoltà, si possono evitare frustrazioni e abbandono precoce dell'ausilio.

Dobbiamo sempre ricordarci che **l'abbandono dell'ausilio è il fallimento della prescrizione** Il **Momento della Verifica** è il collaudo che permette di valutare l'efficacia nel breve tempo.

Infine il **Follow-up** che aiuta a valutare la tenuta del risultato e quindi l'efficacia della scelta in condizioni reali. Il follow up ci dà inoltre informazioni sui possibili cambiamenti nel frattempo avvenuti, sulle mutate esigenze e modificazioni funzionali permettendoci di intervenire tempestivamente e di gestire anche le risorse.

Il percorso descritto è un percorso ottimale,

corretto nelle sue fasi, è un programma riabilitativo nell'ambito di un **progetto riabilitativo individuale e individualizzato**.

Il Momento Decisionale del percorso terapeutico-riabilitativo dà l'avvio al percorso "**Burocratico**". L'ausilio viene prescritto su apposito modulo regionale (DM27/ 08/99 n.332) in cui si evidenziano tre fasi:

- Prescrizione
- Autorizzazione
- Collaudo

L'indagine effettuata ha evidenziato le seguenti criticità per quanto riguarda il percorso terapeutico-riabilitativo:

- Follow-up non eseguito come momento definito e come buona pratica clinica (un solo caso).
- Non utilizzo di strumenti che possono aiutarci nella prescrizione.
- Le tappe descritte avvengono, anche se non in maniera così articolata, per paziente per i quali è stato elaborato un PRI (e non sempre).
- Mancanza di spazi per eventuali valutazioni di ausili.
- Mancanza di ausili da provare se non nel caso di collaborazione con il magazzino sempre che l'ausilio sia presente o con il tecnico ortopedico di riferimento dell'utente.
- Inadeguata conoscenza degli ausili in relazione al progresso tecnologico e alle tecnologie assistive.

Ulteriori criticità sono proprie anche del "Percorso Burocratico" e riguardano ancora una volta la prescrizione che deve essere prima di tutto contestualizzata.

Sono state pertanto poste le seguenti domande: **CHI PRESCRIVE; DOVE; QUANDO; COSA**

La spesa protesica è a carico del Distretto. Allo stato attuale ciò è vero in tutta la regione Marche, fino allo scorso anno in una sede, il costo della protesica rientrava nel budget della riabilitazione

CHI PRESCRIVE? Gli ausili vengono prescritti da medici specialisti per menomazione e disabilità con netta prevalenza dei fisiatristi per prescrizioni che avvengono a livello ospedaliero mentre a livello distrettuale, ambulatoriale, la prescrizione è distribuita in maniera più equa tra fisiatristi e ortopedici

DOVE?

1. presso U.O di Medicina Fisica e Riabilitazione e U.O di Lungodegenza/degenza ospedaliera quindi cod56e 60 ed extraospedaliera per paziente ivi degenti;

2. presso altre UO in seguito a consulenza. In questo caso il più delle volte, la consulenza assume il significato "Prescrivere per poter dimettere" e quindi è un atto che avviene all'ultimo momento con conoscenze approssimative dell'utente, della famiglia e dell'ambiente con elevato rischio di inappropriata. Spesso nell'urgenza di liberare "il letto", il paziente viene inviato al proprio domicilio, pur essendosi presentato il bisogno, senza ausili ed è costretto a richiedere una visita domiciliare con tempi che inevitabilmente si allungano.
3. RSA.
4. Case di Riposo (In entrambi i casi si tratta in massima parte di prescrizione di ausili assistenziali).
5. In Ambulatorio.

In questo caso l'attività prescrittiva rientra nell'attività ambulatoriale ordinaria; solo in tre casi esistono ambulatori dedicati alla valutazione protesica sia per quanto riguarda la prescrizione, sia per quanto riguarda il collaudo. Il collaudo poi avviene non in maniera organizzata ma tramite contatto con il prescrittore da parte del paziente direttamente o tramite distretto.

In un caso tutta l'attività, prescrizione e collaudo viene svolta senza prenotazione ma con il solo orario di inizio e fine dell'ambulatorio dedicato.

Altro problema evidenziato è la diversità di codifica dell'attività protesica identificata dal codice 93.03. In alcuni casi la codifica riguarda la prescrizione e poi il collaudo, in altri la stessa codifica comprende la prescrizione e il collaudo. In tale caso quest'ultima attività, quella cioè di collaudo, non essendo codificata non risulta nell'ambito delle prestazioni dell'UO.

Nel caso poi di pazienti ambulatoriali senza PRI, le criticità diventano più evidenti e il rischio di inappropriata è più elevato per brevità della visita, per indagine conoscitiva limitata, per una non ben evidenziata priorità del bisogno, per non conoscenza dell'ambiente, per prescrizione di ausili che il paziente e la famiglia non vedono, per prevalenza di prescrizioni che non costano.

Per quanto riguarda la prescrizione, sorge un altro problema estremamente importante nel caso di paziente domiciliari e ambulatoriali la cui presa in carico è della struttura privata accreditata, quando gli ausili suggeriti e scelti devono poi essere trascritti dal medico prescrittore del SSN pubblico.

Le criticità emerse riguardano:

- la tipologia di prescrizione, che determina spesso disaccordo
- il numero considerato elevato di codici che comportano una spesa eccessiva (aggiuntivi),
- la trascrizione di una prescrizione per utenti spesso non conosciuti
- la responsabilità della prescrizione

In questo contesto facilmente i tempi si allungano.

In entrambi i percorsi la criticità più consistente è rappresentata dal **Nomenclatore** ormai decisamente datato, mancante di tecnologie e tecnologie assistive, non adeguato nei costi degli ausili costringendo il prescrittore ad una continua mediazione con l'utente, la famiglia, il fornitore. Le descrizioni degli ausili risultano spesso fumose mentre in altri casi il Nomenclatore entra addirittura in merito alla prescrizione: pensiamo solo come esempio, alla dicitura "degenti senza soluzione di continuità" per letti, materassi e cuscini antidecubito creando uno scontro continuo per la fornitura di letto e carrozzina il più delle volte negata.

Altro problema da risolvere è quello della **Riconducibilità per funzione**, di ausili non contemplati nel Nomenclatore. Attualmente molti degli ausili che devono essere ricondotti hanno un prezzo inferiore a quelli inclusi nel Nomenclatore verso i quali riconduciamo (busti, tutori).

Alla Prescrizione segue l'**Autorizzazione**. Anche in questo caso emergono criticità e diversità di comportamento.

L'Autorizzazione avviene a livello di distretto da parte di:

1. **Medico del Distretto,**
2. **Medico Legale**
3. **Personale Amministrativo dell'Ufficio "Protesica".**

Nel caso evidenziato precedentemente in cui il costo della protesica era a carico del budget della Riabilitazione, il medico autorizzatore era il fisiatra che in questo caso autorizzava anche se stesso.

L'Autorizzazione viene rilasciata "**Verificate le condizioni di avente diritto del richiedente e di concedibilità del presidio prescritto**": è questa la funzione dell'autorizzatore.

Le criticità emerse sono state:

1. Rigida interpretazione del Nomenclatore.
2. Non autorizzazione a volte di prescrizioni multiple.
3. Più attenzione spesso alla spesa che al bisogno indicato.
4. Scarsa informazione e conoscenza degli ausili per i quali deve essere concessa l'autorizzazione.

Infine **la consegna e il collaudo**. Le criticità di questa fase sono rappresentate dal non rispetto dei tempi sia nella consegna sia nel collaudo.

I tempi possono variare da un minimo di 2 giorni, se l'ausilio è in magazzino, ad un massimo di 60/70 se l'ausilio deve essere acquistato. Bisogna però precisare che nel caso del magazzino il collaudo non viene eseguito.

Il percorso diventa e si presenta con le varie criticità descritte un vero percorso ad ostacoli! E a proposito di percorso soltanto in una minima percentuale di casi il percorso "burocratico" è comunicato al paziente anche in forma scritta.

Le criticità continuano con il momento della consegna dell'ausilio poichè in alcune realtà l'ausilio, presente in magazzino, viene consegnato direttamente a casa dell'utente mentre in altre è la famiglia che deve organizzarsi per il trasporto. In entrambi i casi non viene eseguito il collaudo e non viene data adeguata informazione sull'utilità e uso dell'ausilio. Infine dobbiamo considerare delle criticità di ordine generale:

1. la mancanza di percorsi condivisi, di linee guida a valenza regionale;
2. la mancanza di normative regionali ad eccezione dell'Atto di Intesa con la FIOTO del 2005 per quanto riguarda i costi di alcuni ausili tipo deambulatori, carrozzine standard, sedia per doccia;
3. la mancanza ancora di una organizzazione per tutte le attività di riabilitazione in Area Vasta per cui gli attuali Distretti che ricalcano le ex Zone, hanno mantenuto tutte le proprie procedure creando disparità di trattamento tra gli utenti anche per realtà a pochi km di distanza. Si è così evidenziata anche un'altra criticità: la possibile non equità prescrittiva.

Le ombre come abbiamo visto sono tante, troppe e le luci quali sono? Quello che è emerso è:

- la consapevolezza che la prescrizione non può più essere un atto isolato;
- la necessità di maggiore conoscenza e di formazione costante e adeguata ai tempi;
- l'importanza della tecnologia e delle tecnologie assistive nel PRI;
- la richiesta di istituzione di un tavolo tecnico, di un gruppo di lavoro per stilare linee guida di comportamento comuni e che identifichi l'utilità degli ausili sulla base anche dell'Evidenza;
- la voglia di superare le criticità descritte: la prescrizione deve essere uno strumento per risolvere i problemi non aumentarli;
- la maggiore collaborazione tra tutti gli operatori sia del SSN, sia del Privato Accreditato.

Il progetto HCP 2011 - 'Chi ben comincia' - Servizi per disabili a supporto della longevità attiva: l'esperienza della vacanza assistita

Cristina Gagliardi¹, Flavia Piccinini¹, Paola D'Ascoli²

¹Area Scientifica Tecnologica INRCA; ²Amministrazione della Ricerca, INRCA

Riassunto. La soddisfazione dei bisogni di partecipazione e inclusione degli anziani rappresenta una componente essenziale della cosiddetta 'longevità attiva'. In presenza di significative disabilità dell'anziano è necessario individuare quelle misure di sostegno che possono consentirgli di mantenere una buona qualità della vita. Nell'ambito del progetto HCP 2011, l'INRCA ha sperimentato diversi servizi in favore di anziani non autosufficienti, tra cui il servizio di vacanza assistita. Tale servizio, progettato secondo un'ottica integrata, ha fornito ai partecipanti opportunità di svago e socializzazione, prendendosi cura allo stesso tempo del loro bisogno di assistenza. Il presente contributo descrive le diverse fasi che hanno portato alla realizzazione del servizio 'Vacanza Assistita', fornendo spunti metodologici a quanti intendano replicare l'esperienza.

Parole Chiave: anziani, disabilità, inclusione sociale, longevità attiva, vacanza assistita

Abstract. The satisfaction of the needs of participation and inclusion of seniors is an essential component of the so-called 'active aging'. In case of significant disability of the elderly it is necessary to identify those support measures enabling them to maintain a good quality of life. As part of the HCP2011 project, INRCA has experienced several services in favor of non self-sufficient elderly people, including the service of supported holidays. This service, designed in an integrated way, provided participants with opportunities for recreation and socialization, taking care at the same time of their need for assistance. This paper describes the different steps that led to the implementation of the service of supported holidays and provide methodological ideas to those wishing to replicate the experience.

Keywords: elderly, disability, social inclusion, active aging, supported holidays

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei fenomeni demografici più rilevanti nel nostro Paese. Nel 2012 gli ultra65enni in Italia erano 12,3 milioni (fonte Istat) e le proiezioni Istat stimano che diventeranno 20 milioni nel 2065 (fonte Redattore Sociale su dati Istat).

Questo scenario di longevità pone questioni circa la qualità della vita dell'anziano e in particolare dell'anziano a rischio di fragilità, per il quale appare sempre più urgente ideare soluzioni idonee a prevenire il decadimento funzionale e compensare le inevitabili vulnerabilità.

L'età avanzata spesso si caratterizza per la presenza di condizioni di disabilità e polipatologia che possono incidere profondamente sull'assetto relazionale e sullo stile di vita delle persone. Il rischio di non autosufficienza che ne consegue investe la persona a 360 gradi intaccandone sia la capacità di provvedere alle

esigenze quotidiane, sia la possibilità di soddisfare le proprie necessità di natura economica e relazionale.

Una società che invecchia pone quindi nuove sfide, la più urgente delle quali appare quella di individuare nuovi modelli di welfare e assistenziali che sappiano rispondere in modo flessibile e combinato alle esigenze di cura e inclusione degli anziani.

Va in questa direzione il modello del community care adottato nell'ambito del progetto "Chi ben comincia", che vede nella costruzione di una rete assistenziale diffusa tra attori formali e informali una delle possibili risposte alle esigenze di protezione e cura della popolazione anziana.

IL CONTESTO - IL PROGETTO "CHI BEN COMINCIA"

Il progetto Chi ben comincia realizzato dall'INRCA nell'ambito dell'iniziativa di welfare

sociale dell'INPS ex-INPDAP Home Care Premium 2011, si è svolto nel periodo Marzo 2012 - Marzo 2013.

Destinatari del progetto erano i pensionati INPDAP in condizione di non autosufficienza, o loro coniugi conviventi e familiari di primo grado. La sperimentazione si è svolta nell'Area Territoriale del Fermano ed ha avuto nel POR INRCA di Fermo, la sede operativa principale.

Requisito fondamentale per la partecipazione al progetto era la sussistenza di una condizione di non autosufficienza. A tal fine i richiedenti potevano richiedere, limitatamente all'ottenimento dei soli benefici previsti dal progetto, che la valutazione fosse effettuata da un'apposita Commissione Interdisciplinare INRCA.

Tale Commissione, avvalendosi di diverse professionalità (medico, psicologo, assistente sociale e fisioterapista) effettuava una valutazione multidimensionale dello stato di salute dell'anziano ed elaborava un 'Piano Assistenziale Individualizzato' (PAI) per ciascun assistito, in cui erano specificati i benefici concessi tra quelli messi a disposizione dal progetto.

Il progetto prevedeva l'erogazione di differenti tipologie di benefici suddivisibili in: misure a carattere socio-economico (pasti a domicilio, assegno di cura), misure di promozione del benessere e di prevenzione dell'esclusione sociale (vacanza assistita, telesoccorso/teleassistenza) misure di supporto al recupero e al mantenimento dell'efficienza funzionale (AFA).

Riconoscendo nel luogo abituale di vita e di relazione la sede più idonea alla conservazione dell'autonomia e degli affetti, i benefici proposti erano tesi da un lato a sostenere la permanenza dell'anziano presso il proprio domicilio, dall'altro a fornire stimoli e opportunità di partecipazione al contesto socio-relazionale più ampio.

IL SERVIZIO VACANZA ASSISTITA

L'idea di progettare un servizio di vacanza assistita all'interno del progetto Chi ben comincia nasce dall'esigenza di pensare a un servizio per gli anziani in un'ottica promozionale, che sapesse tradurre in modo gratificante per i partecipanti il concetto di "invecchiamento attivo", ponendosi allo stesso tempo un obiettivo di contrasto alla solitudine e al rischio di esclusione sociale.

A dispetto dell'età avanzata e delle limitazioni imposte dai problemi di salute, infatti, una quota significativa di anziani desidera continuare

a sentirsi "giovane" e "attiva".

In continuità con la vita precedente questi anziani continuano a esprimere un bisogno di partecipazione, socialità e divertimento che spesso l'offerta ricreativa loro rivolta non soddisfa adeguatamente.

Ancor meno ciò accade in presenza di significative disabilità, che rendono ancora più difficoltoso per l'anziano e per la sua famiglia concedersi momenti di svago o vacanza, con grave detrimento della vita di relazione e della qualità della vita.

Ad oggi le esperienze condotte in quest'ambito hanno assunto prevalentemente la forma del cosiddetto turismo 'sociale', ossia di soggiorni finanziati dall'Ente pubblico o Privato al fine di rimuovere lo svantaggio economico che si presume ostacoli la partecipazione degli anziani.

Le riflessioni più recenti, tuttavia, sembrano riconoscere una molteplicità di ragioni alla base del ridotto accesso degli anziani a questo tipo di opportunità riformulando il problema in un'ottica di 'accessibilità'.

L'accessibilità, secondo quest'accezione, va intesa sia come qualità riferibile ai luoghi che, estensivamente, come aspetto inerente il contesto ambientale e culturale più ampio.

Secondo questa impostazione quindi, una vacanza 'accessibile' è quella che si caratterizza per la presenza di diversi elementi qualificanti, sia di tipo logistico (assenza di barriere architettoniche, ambienti urbani sicuri, trasporti di qualità, offerta culturale idonea e variegata, solo per citarne alcuni) che d'impostazione (la capacità di tutti gli attori coinvolti di rispondere ai bisogni speciali dei partecipanti creando un contesto 'senior friendly'). Partendo da queste riflessioni di ordine generale, si è quindi proceduto a definire in modo più preciso e dettagliato i requisiti specifici del servizio.

ASPETTI METODOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

Le caratteristiche dei partecipanti e il bisogno di assistenza

Il nostro target era composto da un gruppo di soggetti eterogeneo, sia in relazione alla limitazione dell'autonomia posseduta (cognitiva, funzionale, motoria), che al conseguente livello di non-autosufficienza.

Ai fini di una corretta individuazione delle necessità di assistenza di ognuno, è stato quindi necessario definire un "profilo di bisogno" per ciascun assistito.

Tale valutazione e la conseguente definizione

del bisogno di assistenza, è stata affidata all'equipe multidisciplinare INRCA, che avvalendosi degli indicatori utilizzati in sede di elaborazione del PAI, ha indicato per ciascun partecipante un rapporto operatore/assistito caso-specifico. Tale rapporto è stato così esemplificato: in presenza di disabilità lieve o moderata, ossia in tutte quelle condizioni in cui le abilità della vita quotidiana (Activity Daily Living) risultavano complessivamente preservate pur nella necessità di aiuto o supervisione per funzioni o esigenze specifiche (ad es. nel nostro caso, sostegno nella deambulazione, necessità di assistenza infermieristica, aiuto nella gestione del denaro, etc.) si è stabilito di assegnare un operatore ogni quattro assistiti (1:4), diversamente nei casi valutati come gravi, e in particolare in presenza di deficit cognitivo grave o demenza, tale rapporto è stato elevato ad 1:1.

In questi casi inoltre, invece di ricorrere ad una professionalità esterna, è parso preferibile eleggere il caregiver abituale in qualità di assistente personale del partecipante. Ciò al fine di prevenire l'insorgenza di difficoltà d'ambientamento nella persona disabile e per garantirle, in continuità con la vita a casa, una migliore rispondenza alle sue abitudini ed esigenze. Opportunità questa risultata gradita tanto ai partecipanti che ai familiari, rassicurati dalla presenza di una persona nota all'assistito. Su questa base è stato quindi possibile individuare le caratteristiche e il numero degli operatori da inserire nello staff di assistenza, composto da quattro figure: una psicologa, due fisioterapiste e un'infermiera professionale. Allo staff erano affidati compiti specifici legati al proprio know how professionale oltreché compiti generali di vigilanza, supervisione e animazione.

La destinazione e l'individuazione della struttura ricettiva

L'iniziativa era programmata per il mese di settembre (8-15 settembre 2013), periodo climaticamente adatto ad un soggiorno in località marina o termale. Al fine di rendere agevole e non eccessivamente gravoso per i partecipanti il raggiungimento della destinazione, si è scelto di prediligere una località in una delle regioni confinanti con le Marche.

Per l'individuazione tanto della meta, che della struttura ospitante ci si è affidati ad un Tour Operator specializzato, che aderendo alle nostre richieste, ha selezionato per noi la destinazione più idonea e una struttura

alberghiera priva di barriere architettoniche e con bagni attrezzati. La scelta è ricaduta sulla cittadina di Cervia, che, per le piccole dimensioni e gli standard qualitativi dell'offerta turistica offriva le condizioni ottimali.

L'impostazione attiva dell'esperienza

La vacanza, per essere davvero al servizio della longevità attiva, doveva rappresentare un'occasione per riattivare uno stile di vita più dinamico oltre che essere un'esperienza di socializzazione. Centrale in questo senso è stata l'attività di coordinamento e supervisione svolta dallo staff di assistenza che, conoscendo gli obiettivi del progetto, e le condizioni psicofisiche dei partecipanti, si è fatto promotore delle attività di animazione, mantenendo tuttavia, sempre presente il livello di attività auspicabile per ciascuno, e le eventuali misure compensative da porre in essere.

Lo svolgimento della vacanza: la giornata-tipo.

“La giornata dei vacanzieri iniziava alle 8.00 di mattina con il ritrovo per la colazione, per poi continuare in spiaggia fino all'ora di pranzo. In spiaggia venivano svolte attività di risveglio muscolare, passeggiate sulla battigia, e vita di gruppo. Dopo il riposo pomeridiano la giornata proseguiva con le attività del pomeriggio, momento centrale della giornata. Nel corso della settimana sono state svolte numerose attività: una gita organizzata al Parco Tematico, “L'Italia in Miniatura” (RN), passeggiate alla scoperta della città, tornei di carte, il tutto in una dimensione grupppale e di convivialità. Dopo la cena e le attività di socializzazione serali, la giornata si concludeva per tutti tra le 22:00 e le 23:30”.

Il gruppo dei partecipanti alla vacanza assistita in gita all'Italia in Miniatura



I benefici per i partecipanti

Complessivamente i beneficiari si sono dichiarati molto soddisfatti dell'esperienza svolta. Oltre ai benefici del soggiorno marino, infatti, è stato possibile riscontrare molti altri effetti positivi

sul malato e, di riflesso, sulla famiglia.

Con riferimento ai partecipanti ci pare importante sottolineare come la vacanza, con la ricchezza degli stimoli proposti, il clima conviviale, e i modelli di comportamento positivi offerti, sia stata l'occasione per promuovere uno stile di vita più dinamico e solidale in grado di contrastare l'immagine negativa che spesso la condizione di non autosufficienza porta con sé.

Risvegliando interessi ed attitudini in apparenza sopiti si è cercato di promuovere nei partecipanti un atteggiamento proattivo e una consapevolezza più realistica delle proprie potenzialità, che, auspicabilmente, 'i vacanzieri' potranno continuare a sperimentare nella loro quotidianità.

Pensando alla famiglia, ci preme evidenziare come il fatto di poter affidare il proprio congiunto ad un servizio 'integrato', che tenesse in debita considerazione tanto le esigenze di tipo sociale che sanitario, sia stato fondamentale nel superare le resistenze a far vivere al proprio caro un'esperienza lontano da casa.

E' risaputo inoltre, che la disabilità di una persona cara finisce per avere ripercussioni su tutto l'ambiente familiare e in particolare sul caregiver, che, gravato dal peso delle cure, può andare incontro ad un depauperamento delle proprie risorse psicologiche ed esistenziali.

Il servizio vacanza assistita, alleggerendo, seppure temporaneamente, dall'esclusività delle cure il caregiver abituale, può aver contribuito ad attenuare il vissuto di solitudine e fatica in cui spesso la famiglia, suo malgrado, versa.

CONCLUSIONI

La soddisfazione dei bisogni di partecipazione e inclusione degli anziani rappresenta una componente essenziale della cosiddetta 'longevità attiva'.

Se ciò risulta vero per tutti gli anziani in generale, lo è ancora di più per gli anziani non autosufficienti che, rispetto ai coetanei in migliori condizioni di salute, faticano a trovare nella quotidianità spazi di benessere adeguati a preservare la salute psicofisica e relazionale.

Per questi anziani occorre pensare ad interventi riabilitativi specifici e individualizzati che tengano conto tanto delle risorse personali, che di contesto, disponibili. Ne è un esempio il servizio vacanza assistita qui descritto, che, coniugando insieme termini apparentemente antitetici quali disabilità e qualità della vita, costituisce uno dei possibili strumenti integrati utili a far vivere all'anziano un'esperienza di

inclusione sociale che fornisca allo stesso tempo una risposta adeguata al suo bisogno di assistenza. In questi casi il beneficio erogato si può considerare ottimale in relazione al valore aggiunto di forte valenza sociale e sanitaria.

Affinché iniziative di questo genere risultino proficue è necessario saper creare sinergie con tutti gli interlocutori, sanitari e non, che a vario titolo risultano coinvolti nella progettazione e implementazione dei servizi (famiglie, professionisti socio-sanitari, terzo settore, soggetti economici). Il coinvolgimento degli stakeholders, infatti, costituisce un momento essenziale nella progettazione dei servizi, sia in relazione all'individuazione dei bisogni, che alla definizione degli strumenti idonei a soddisfarli.

Questa opzione metodologica, *trait d'union* di tutti i servizi realizzati all'interno del progetto "Chi ben comincia", ha costituito l'elemento chiave attorno a cui è stato possibile creare una sensibilità comune e sperimentare sul campo soluzioni inedite e articolate che, auspicabilmente, potranno essere replicate da quanti sul territorio sono impegnati a garantire la qualità della vita degli anziani non autosufficienti.

BIBLIOGRAFIA

- Giuseppe Magistrali, Turismo Sociale, Maggioli Editore, 2008
- http://www.senzaeta.it/pixel2010/index.php?option=com_content&view=article&id=1060%3Aanziani-e-vacanze-successo-del-progetto-inrca&catid=52%3Asociale&Itemid=2

La mediazione dei conflitti derivanti da responsabilità medica e sanitaria. Metodologia di un'intesa

Cinzia De Stefani¹, Oriano Mercante²

¹S.E.R.E.S. Onlus; ²UOC di Medicina Riabilitativa, INRCA POR Ancona

Riassunto. Aniché agire in giudizio, è possibile risolvere una controversia ricorrendo alla mediazione, un metodo di risoluzione alternativa delle controversie nell'ambito del quale un mediatore assiste le parti nella ricerca di un accordo. Il governo e gli operatori della giustizia considerano la mediazione uno strumento particolarmente efficace^[1].

Parole chiave: parti, mediazione, accordo

Abstract. Rather than by a legal action, it is possible to resolve a dispute through mediation, a method of alternative dispute resolution in which a mediator helps the parties come to an agreement. The government and legal practitioners consider mediation a particularly effective tool^[1].

Keywords: parties, mediation, agreement

CHE COS'È LA MEDIAZIONE?

La mediazione è un procedimento dove le parti di una controversia, per evitare il conflitto, tentano di raggiungere un accordo sulla risoluzione della medesima, assistite da una persona neutrale, un terzo imparziale, qualificato, denominato "mediatore", che potremmo definire un "facilitatore".

Questo procedimento può essere avviato dalle parti, proposto o imposto da un giudice o prescritto dalla legge di uno Stato membro^[2].

Pertanto, attraverso lo strumento innovativo della "mediazione", è possibile risolvere una controversia con un'impresa, un commerciante, il datore di lavoro, ma anche con un familiare, nel proprio paese o all'estero, e se le parti non si accordano, possono rivolgersi a un giudice.

La mediazione è considerata più rapida e, nella maggior parte dei casi, meno costosa dei procedimenti ordinari dinanzi a un giudice. Durante il procedimento di mediazione le competenze del mediatore si rivelano fondamentali per arrivare ad una soluzione creativa del problema, grazie anche al metodo cooperativo che agevola il dialogo e l'empatia tra i soggetti coinvolti.

QUADRO GENERALE SULLA MEDIAZIONE NELL'UNIONE EUROPEA

L'Unione Europea promuove attivamente i metodi alternativi di risoluzione delle controversie denominate per convenzione comune "ADR", che sta per "Alternative Dispute Resolution".

Negli Stati membri la mediazione è in fasi di sviluppo differenti. Alcuni Stati membri dispongono di un'estesa legislazione o di norme procedurali in materia; mentre in altri gli organi legislativi hanno mostrato scarso interesse per una regolamentazione della mediazione. Tuttavia, in taluni Stati membri esiste una solida cultura della mediazione basata principalmente sull'autoregolamentazione.

Il numero di controversie portate davanti ai giudici va crescendo, con il risultato non solo che i periodi di attesa per la risoluzione delle controversie si sono allungati ma anche che le spese legali sono lievitare al punto tale da essere sovente sproporzionate rispetto al valore della controversia.

Nella maggior parte dei casi la mediazione è più rapida e, quindi, di norma meno costosa dei procedimenti giudiziari. Ciò è particolarmente vero nei paesi in cui il sistema giudiziario ha un carico notevole di arretrati e la durata media di un procedimento giudiziario è di diversi anni^[3].

La giustizia civile statale è in crisi. La constatazione non è recente e di sicuro non riguarda soltanto l'ordinamento italiano. Certamente, la situazione italiana - come tutti sanno - è grave sotto il profilo della durata^[4]. Per questa ragione tale mezzo di risoluzione delle controversie, alternativo alle decisioni giudiziarie, suscita un interesse crescente, nonostante le diversità presenti all'interno dell'Unione Europea quanto ai settori e ai metodi della mediazione.

Già nel 2002 la Commissione Europea, su mandato del Consiglio dei ministri della Giustizia, elaborava il "*Libro verde relativo ai modi alternativi di risoluzione delle controversie in materia civile e commerciale*", diversi dall'arbitrato che è un modo di risoluzione delle controversie assimilabile più ai procedimenti giurisdizionali che ai modi alternativi, in quanto il lodo arbitrale mira a sostituirsi alla decisione giudiziaria. L'arbitrato è ben regolamentato, negli Stati membri e a livello internazionale, con la convenzione di New York del 1958 per il riconoscimento e l'esecuzione delle sentenze arbitrali straniere o, nell'ambito del Consiglio d'Europa, con la convenzione europea del 1966 recante la legge uniforme in materia di arbitrato^[5].

Con la pubblicazione del Libro verde, la Commissione Europea ha inteso partecipare ai dibattiti in corso negli Stati membri e a livello internazionale, sul modo migliore di assicurare un quadro ottimale per la diffusione e lo sviluppo dei modi alternativi di risoluzione delle controversie, soprattutto incentrando l'osservazione su problematiche emerse riguardanti le clausole di ricorso a tale procedura, il problema dei termini di prescrizione, l'esigenza di riservatezza, la validità dei consensi, l'efficacia degli accordi scaturiti da tali procedure, la formazione dei terzi, il loro riconoscimento, il regime di responsabilità applicabile.

Nel Libro verde, la Commissione ricorda che lo sviluppo di queste nuove forme di composizione delle controversie, continuano ad essere oggetto di interesse da parte degli Stati membri dell'Unione Europea, per tre ragioni.

In primo luogo, ci si è resi conto dei numerosi metodi che oggi ritroviamo nell'ambito della risoluzione alternativa delle controversie, a beneficio dei cittadini, il cui accesso alla giustizia risulta migliorato.

Secondo, la particolare attenzione verso i metodi alternativi al contenzioso, si è tradotta in iniziative legislative che sono state assunte nei paesi membri dell'Unione.

Infine, l'ADR rappresenta una scelta politica - più volte riaffermata - per le istituzioni dell'Unione Europea cui spetta non solo il compito di promuovere tali metodi alternativi, ma anche quello di attivare politiche per il loro sviluppo attraverso una normazione giuridica che possa garantirne l'efficienza attraverso standard minimi di qualità. Questa priorità politica è stata messa in particolare evidenza nel settore della società dell'informazione, dove, in particolare, è stato riconosciuto il ruolo dei nuovi servizi on line di risoluzione delle controversie ("ODR", che sta per "Online Dispute Resolution") in materia di risoluzione delle controversie transfrontaliere su Internet. Lo sviluppo di queste nuove forme alternative al giudizio, non deve essere percepito come un modo per rimediare alle difficoltà di funzionamento del sistema giudiziario, ma come una forma di pacificazione sociale più consensuale e, in molti casi, più appropriata del ricorso al giudice o ad un arbitro.

I modi alternativi di risoluzione delle controversie, come ad esempio la mediazione, consentono in effetti alle parti di riallacciare il dialogo per trovare una soluzione al loro conflitto, anziché rinchiudersi in una logica di scontro da cui di solito escono un vincitore e un vinto. L'importanza della domanda di tali soluzioni è molto visibile, ad esempio in materia di conflitti familiari, ma la sua potenziale utilità è molto vasta per molti altri tipi di controversie^[6]. Questa nuova forma di risoluzione alternativa dei conflitti dovrebbe essere favorita e divulgata dalle istituzioni pubbliche e private attraverso una sempre maggiore opera di sensibilizzazione da parte degli operatori della giustizia, quali ad esempio i magistrati e i professionisti in ambito giuridico.

MEDIAZIONE NEGLI STATI MEMBRI - ITALIA

"Justice delayed - secondo l'ormai celebre aforisma di Jeremy Bentham - is justice denied". L'accesso alla giustizia, garantito ai cittadini italiani dall'art.24 Cost. finisce per essere un diritto meramente formale, privo di effettività. Il problema "italiano" ha ormai assunto rilievo europeo. Il diritto del cittadino di ottenere giustizia in un tempo ragionevole - oggi espressamente riconosciuto anche dalla nostra Carta costituzionale all'art.111 - è infatti garantito dall'art. 6 della Convenzione Europea per i diritti dell'uomo, che appunto riconosce il diritto di "ogni persona a che la sua causa sia esaminata equamente, pubblicamente ed entro un termine ragionevole da un giudice indipendente e imparziale, costituito per

legge”^[7].

La Convenzione riconosce al cittadino, il cui diritto sia stato leso, la possibilità di ottenere dalla Corte europea dei diritti dell'uomo un provvedimento di condanna, nei confronti dello Stato membro, ad un'equa soddisfazione.

Il Consiglio d'Europa ha più volte, nel corso degli ultimi anni, ripreso lo Stato italiano esortandolo a porre rimedio alla crisi e a garantire ai cittadini un rimedio effettivo. Lo Stato italiano da un lato ha posto in cantiere numerose riforme della disciplina del processo ordinario di cognizione - riforme spesso tra di loro contraddittorie e che non hanno sicuramente dato, sotto il profilo delle efficienze, i risultati sperati - senza però porre in essere modifiche strutturali del sistema, dall'altro lato ha introdotto la possibilità per il cittadino italiano, che veda leso il suo diritto alla ragionevole durata del processo, di ottenere l'equa riparazione direttamente dal giudice italiano. L'esperienza della c.d. legge Pinto (l. n.89/2001) non si è certo rivelata positiva. Numerose sono le cause instaurate, con pesanti oneri finanziari per il bilancio dello Stato e con aggravio delle pendenze di fronte alle corti d'appello (competenti per queste cause), che già sono gli uffici giudiziari maggiormente in crisi nel nostro Paese, con l'assurdo risultato che assistiamo oggi alla proposizione di domande volte ad ottenere la riparazione della violazione del diritto ad ottenere in tempi ragionevoli, la pronuncia sulla violazione della medesima garanzia.

L'inefficienza del servizio giustizia italiano ha d'altro canto pesantissime conseguenze sul piano economico.

All'origine del fenomeno l'esperienza nordamericana

L'esperienza nordamericana sulla composizione delle liti è stata d'esempio per molti paesi. La composizione delle liti mediante meccanismi differenti dal processo, di per sé, è fenomeno dalle radici antichissime e che non si può certo affermare sia “nato” negli Stati Uniti^[8].

È però negli Stati Uniti, in un dato momento storico, ossia gli anni '70 del secolo scorso, che si è sviluppato un movimento che ha precise caratteristiche e che è poi stato, con alcune variazioni e adattamenti, adottato - con quello che possiamo considerare uno dei più impressionanti e riusciti *legal transplant* mai effettuati - dalla quasi totalità degli ordinamenti giuridici^[9].

Sono state tre, fondamentalmente, le anime del movimento^[10].

La prima è rappresentata da un gruppo, considerato una élite dominante, di giudici e professori. I protagonisti principali sono infatti stati Warren Burger, allora *Chief Justice* della Corte Suprema, e Frank Sander, professore dell'Università di Harvard. L'evento chiave è rappresentato, siamo nel 1976, da una conferenza, organizzata da Burger, intitolata - per ricordare la celebre relazione tenuta da Roscoe Pound nel 1906 - “*National conference on the causes of popular dissatisfaction with the administration of justice*”^[11]. Oggetto della conferenza è la denuncia della “*litigation explosion*” che, ad avviso dei relatori, sta per abbattersi sulle corti, federali e statali, americane, minacciando la loro possibilità di funzionare. La soluzione della crisi viene allora individuata nell'utilizzo di altri mezzi di risoluzione delle liti. Celebre è l'intervento di Sander, che presenta la sua proposta attraverso l'immagine suggestiva della *multi-door court house*, dove il cittadino propone la sua domanda non più ad una corte, ma ad un *dispute resolution center*, ove la domanda viene indirizzata verso il meccanismo di risoluzione per essa più adatto: il processo, ma anche la *mediazione*, l'*arbitrato*, l'*ombusdam*, il *neutral-fact facting*. In tal modo, secondo Sander, sarebbe possibile una risoluzione delle controversie efficace sotto il profilo “dei costi, dei tempi, dell'accuratezza, della credibilità e della fattibilità”^[12].

La seconda anima si ispira a valori differenti. Il problema non è alleggerire i giudici del loro carico di lavoro, ma piuttosto quello di garantire ai cittadini la possibilità di portare all'attenzione di un terzo quelle liti che, a causa dei costi del processo, non vengono portate davanti ai giudici. Ecco allora che l'offerta di metodi alternativi - informali, veloci e poco costosi - viene vista come la soluzione per la tutela dei diritti dei cittadini meno abbienti, esclusi dal sistema giudiziario tradizionale.

Ancora diversi i valori della terza anima del movimento. Il problema non è l'efficienza o anche l'accesso al sistema giustizia, ma quello della realizzazione del cittadino e della comunità nella quale egli si è inserito^[13]. A differenza del processo, ove il protagonista è l'avvocato, con le tecniche di ADR protagonista è la parte, che vive una esperienza di possibile trasformazione. L'ADR è quindi visto come un meccanismo che risolve dinamiche sociali e interpersonali, così raggiungendo, nell'ambito organizzativo della comunità, soluzioni migliori rispetto a quelle possibili all'interno del sistema giudiziario.

Se i valori rappresentati non sono tra loro omogenei (l'efficienza del sistema giustizia, la garanzia dell'accesso alla tutela da parte di tutti i cittadini, il rafforzamento del ruolo delle comunità nella società, la crescita personale e l'autorealizzazione dei singoli^[14]), comune è l'idea affermata: la possibilità di comporre le liti attraverso modalità diverse - secondo i proponenti, migliori - di quelle utilizzate nel processo dal giudice. Non è soltanto un problema di semplificazione o deformalizzazione del procedimento, ma di logica della composizione della lite.

In questi stessi anni - in particolare presso l'Università di Harvard, l'Università di Sander - le tradizionali tecniche di negoziazione e mediazione sono infatti oggetto di analisi sistematica, anche utilizzando i risultati di ricerche sperimentali^[15]. Dal punto di vista strutturale, si osserva che il conflitto, risolto dal giudice sulla base della fondatezza della pretesa vantata da una parte nei confronti dell'altra, può trovare una composizione partendo invece dalla considerazione di quelli che sono i bisogni delle due parti.

Fondamentale è la tesi del sociologo norvegese Aubert^[16], il quale osserva come il conflitto - che può essere un conflitto di interessi ovvero un conflitto di valori o credenze - nel momento in cui, con l'instaurazione del processo, entra nel mondo del diritto, si trasforma necessariamente in dissenso circa lo svolgimento di determinati fatti passati e/o l'applicazione a questi fatti di determinate norme giuridiche. L'oggettivazione del conflitto, necessaria perché la sua soluzione possa essere data da un terzo (appunto il giudice, ma anche l'arbitro), comporta che i bisogni delle parti, i loro desideri per il futuro cessino di essere rilevanti per la soluzione della lite. Così il diritto riesce a combinare la funzione di previsione di norme generali con la funzione di soluzione dei conflitti individuali.

All'opposto, invece, quando il conflitto trova la sua composizione attraverso la negoziazione tra le parti e ciò che è stato effettivamente detto o fatto può essere lasciato irrisolto, le parti, libere di "lasciare andare" il passato, possono concentrarsi sui loro interessi e trovare una soluzione che concili i loro bisogni e i loro piani per il futuro.

Ma come possono le parti, in situazione di conflittualità tra loro, porre in essere una efficace negoziazione? Qui entrano in gioco le tecniche di negoziazione basate sul c.d. *principled bargaining* e divulgate dal notissimo testo di Fisher e Ury "Getting to yes"^[17].

La negoziazione si può svolgere tra le sole parti interessate ovvero può svolgersi sempre tra le parti con l'assistenza di un terzo, che non "decide" il conflitto in favore di una parte o dell'altra, ma si limita ad "assistere" nella ricerca della soluzione che meglio risponde ai loro interessi (negoziato assistita o mediazione).

Nasce così la figura del mediatore esperto di tecniche di comunicazione e negoziazione, figura professionale inserita in organizzazioni che progressivamente assumono sempre più rilievo (attraverso una letteratura specializzata, siti web, l'organizzazione di corsi per professionisti e la diffusione capillare di insegnamenti nelle Law Schools), con la conseguenza che il movimento ADR attrae così l'attenzione delle autorità governative - interessate al profilo dell'alleggerimento del carico di lavoro dei giudici - e degli imprenditori - invece interessati al profilo di diminuzione, attraverso procedure poco costose, delle ingenti somme spese nei processi.

Contemporaneamente, inizia la fase di sperimentazione della mediazione e delle altre forme di ADR.

Presso le corti vengono creati, seguendo il suggerimento di Sander, centri per la risoluzione dei conflitti; si aprono organismi di giustizia comunitaria, sull'esempio del centro pilota di San Francisco.

Allo stesso tempo, però, iniziano a levarsi voci critiche che denunciano il "lato oscuro" del movimento. Dietro l'ideologia di strumenti che amplierebbero la tutela del cittadino, potenziando la sua sfera di auto-determinazione e suoi interessi e bisogni, vi sarebbero invece forme di controllo sociale, con la conseguenza da un lato di una estensione dello Stato e del sistema giurisdizionale ad ambiti sociali prima meno accessibili e dall'altro lato di una neutralizzazione dei conflitti con un alterazione dei rapporti tra le parti in favore della parte più forte e a danno di quella più debole^[18].

Le critiche non fermano però il fenomeno, anzi. Anche se la sperimentazione dei meccanismi alternativi non dà i risultati sperati - il numero dei procedimenti terminati con meccanismi alternativi al processo resta basso e, in particolare, i centri di giustizia comunitaria non decollano - vi è l'entrata in scena di un nuovo soggetto: il legislatore, che svolge un'importantissima azione di promozione dell'ADR.

I meccanismi di soluzione alternativa vengono infatti - a partire dal *Dispute Resolution Act* del 1980 - favoriti, finanziati e talora anche imposti

dalla legislazione sia federale che statale.

Al riguardo, solo un cenno al provvedimento legislativo più importante, ossia l'*Alternative Dispute Resolution Act* del 1998. Nella sezione 2, al 1° comma, leggiamo che la risoluzione alternativa della lite, se supportata da giudici e avvocati, e posta in essere da terzi adeguatamente preparati secondo una procedura controllata della corte, ha potenzialmente numerosi vantaggi, inclusi la soddisfazione delle parti, l'utilizzo di metodi innovativi di risoluzione della lite e una maggiore efficienza nel raggiungere la conciliazione. Al 2° comma si afferma che determinate forme di ADR possono portare a una riduzione del carico lavoro delle corti federali, in questo modo consentendo alle corti di giudicare i casi restanti in modo più efficiente.

Nella sezione 3, troviamo la definizione delle procedure di ADR, ossia qualsiasi processo o procedura, diversa dalla decisione da parte del giudice, alla quale partecipa un terzo neutrale assistendo le parti nella risoluzione di questioni controverse, attraverso procedimenti quali l'*early neutra evaluation*, la *mediation*, il *minitrial*, l'*arbitrato*.

La sezione 4, infine, prescrive che tutte le corti distrettuali - che hanno l'obbligo di offrire almeno un procedimento di ADR - chiedano alle parti, in relazione a ogni controversia civile, di prendere in esame, nello stadio appropriato del processo, la possibilità di utilizzare una procedura di ADR.

Con l'*Act* del 1998, pertanto l'ADR è passato dalla sperimentazione alla istituzionalizzazione^[19]: più della metà delle corti statali e praticamente tutte le corti federali oggi hanno programmi di ADR^[20].

Come significativo dell'importanza dello studio e dello sviluppo della mediazione riportiamo l'articolo comparso sul sito di Harvard Law School: "In una soleggiata mattina d'Aprile, una decina di persone si è radunata in un'aula di giustizia della corte distrettuale di Quincy (tribunale che dal Maggio 2011 ha concesso la trasmissione integrale online dei dibattimenti giudiziari). Alcune di queste sono rappresentate da avvocati, ma la maggior parte non lo è. Si trovano qui perché costituiscono le parti delle cause di Harassment Prevention Order o HPO (ordinamento/ordine di prevenzione delle molestie). Alcuni di loro hanno intenzione di chiedere al giudice un ordine per arginare le ostilità tra vicini che con gli anni si sono inasprite, mentre altri chiederanno un ordine restrittivo al fine di non essere infastiditi da oramai ex amici e/o membri della famiglia, nel

proprio ambiente lavorativo, a casa, o sul web. Poiché le cause di HPO coinvolgono, nella maggior parte dei casi, relazioni personali complesse e un'alta componente emotiva, risultano tra le più difficili per i giudici. Oggi però il giudice ha una sola alternativa a sua disposizione per assistere le parti richiedenti un HPO. Seduti in fondo all'aula, due studenti mediatori dell'Harvard Mediation Program (programma di mediazione della scuola di diritto di Harvard). Anch'essi sono presenti in quanto parti del programma pilota di mediazione della corte. Lavorando duramente all'ordine del giorno, il giudice seleziona le cause risolvibili con l'impiego della mediazione piuttosto che attraverso una decisione dell'autorità giudiziale (i casi che implicano minacce di violenza o presunto adulterio non rientrano nella mediazione). I mediatori e le parti sono dunque rimandati in una sala conferenze privata, appena accanto all'aula di giustizia, dove i mediatori useranno le loro abilità e competenze per agevolare la discussione tra i soggetti contendenti in giudizio, così da trovare in minor tempo una soluzione alla loro disputa, basandosi sul mutuo consenso.

"Tenere a bada l'emotività in aula è la sfida più ardua" dice il mediatore Aseem Padukone, che ha già preso parte a due cause di HPO. *"I casi di HPO sono perlopiù incentrati attorno a rapporti logori tra le parti. È necessario aiutarle a vagliare accuratamente le proprie emozioni e vedere se riescono a raggiungere un accordo favorevole a entrambe"*.

Le cause di HPO sono fenomeni relativamente nuovi nelle corti del Massachusetts. Nel 2010, l'assemblea legislativa del Massachusetts ha approvato la MGL (Massachusetts General Law) c.258E, che consente alla Corte di Cassazione, a quella Distrettuale e Municipale e al tribunale dei minori di emettere un HPO basato su tre o più azioni commesse con l'intento di spaventare, intimidire, abusare o danneggiare proprietà. (Le cause di HPO si differenziano da quelle relative alla MGL c.209A, riguardanti ordinanze restrittive, che non rientrano nel programma pilota di mediazione).

La corte può ordinare all'incriminato di astenersi dal contattare la controparte, di non avvicinarsi all'abitazione o al luogo di lavoro del suddetto e di pagare i danni per il torto causato. Sebbene alcuni casi richiedano una decisione da parte del banco, i giudici e i funzionari ritengono che alcune cause siano adatte alla mediazione. Il giudice Marybeth Brady, che assieme al proprio team deve rispondere a domande, lamentele e frustrazioni delle parti in causa al loro primo

incontro alla Corte, ha notato che *“In molti casi, le persone hanno solo bisogno di qualcuno che ascolti le loro preoccupazioni e che li assista nel trovare una soluzione ragionevole per tutti”*.

Nel 2011, dopo aver incontrato i giudici e lo staff amministrativo della Corte Distrettuale, l'Harvard Mediation Program (programma di mediazione della scuola di diritto di Harvard), ha lanciato il suo primo programma pilota di mediazione in casi di HPO nella corte distrettuale di Quincy. È da questo momento che, sotto la guida dei co-presidenti Amanda Frye e Jacob Rogers, l'Harvard Mediation Program ha trattato oltre 30 cause di HPO nel Quincy, tanto da allargare il programma pilota alla corte distrettuale di Malden.

Il cancelliere Brady ha detto *“Ammetto che, data la problematica natura dei casi di cui ci siamo occupati, non ero ottimista sulla riuscita del programma”* ma dopo aver osservato i mediatori di Harvard, ne è ipso facto divenuta una ferma sostenitrice: *“Sono rimasta positivamente colpita dalla dedizione e dal sincero interesse con cui i mediatori di Harvard dimostrano di essere coinvolti nei casi. Posso dire, in tutta onestà, che ritengo che questa sia un'importante collaborazione e un vantaggio per la Corte e per la comunità che serviamo”*.

Per i membri dell'Harvard Mediation Program, che include sia studenti della scuola di diritto di Harvard che componenti della più importante comunità di Boston, le cause legate all'HPO sono opportunità per testare le proprie conoscenze e un modo per esercitarsi in vista dell'esame finale da sostenere. È necessario che ogni partecipante usufruisca di 32 ore totali di tirocinio formativo, prima di poter mediare nella sua prima causa. Poiché l'Harvard Mediation Program utilizza un sistema semplificato per la risoluzione dei conflitti, i membri apprendono tecniche importanti quali l'ascolto attivo, fare riepiloghi, verificare congetture, e riconoscere gli interessi delle parti in causa. Queste abilità sono di aiuto nelle discussioni aperte concernenti il conflitto e incentivano a pensare in modo produttivo allo scopo di arrivare ad una soluzione soddisfacente per entrambe le parti.

Il maggior numero di cause trattate dal Mediation Program (programma di mediazione) si svolge in tribunali per cause di minimo valore. Olga Kamensky, una studentessa mediatrice alla scuola di diritto di Harvard (Harvard Law School

o HLS), sottolinea che le cause relative all'HPO possono presentare diverse difficoltà: *“Sembra che alla base degli HPO ci siano situazioni personali intricate più che in qualsiasi altra causa di minimo valore, e questo inevitabilmente comporta un forte impatto emotivo. Dal punto di vista dell'applicabilità o esecutorietà, raggiungere un accordo è molto diverso da ottenere un ordinamento per casi come questi, che possono far cambiare idea alle parti sulla validità della mediazione.*

Mentre un ordinamento di HPO emesso da un giudice o magistrato è applicabile per legge, la mediazione fa affidamento sulle parti per far osservare le condizioni d'accordo riconosciute dal giudice, che ha il dovere di valutare la proposta. Nel caso in cui le condizioni stabilite in sede di mediazione decadano, le parti hanno ancora la possibilità di tornare in aula e presentare una nuova domanda di HPO. È da ricordare infatti che i termini stabiliti in mediazione possono comprendere misure specifiche che potranno rivelarsi d'aiuto a individui che dovranno interagire con vicini di casa, colleghi di lavoro ecc. Inoltre, al fine di aiutare le parti a trovare una soluzione in cause di HPO, i mediatori si assumono il compito di ricostruire, tra le parti, la fiducia che entrambe si impegneranno a rispettare grazie agli accordi presi. Sebbene questo possa apparire come un lavoro scoraggiante, data la sensibilità delle cause di HPO, i mediatori della scuola di diritto di Harvard si sono dimostrati propositivi. Brady ha rimarcato *“Sebbene questo non sia vincolante, non ricordo casi di persone tornate alla corte per un'ulteriore intervento, dopo la mediazione”*.

Gli studenti di Harvard che hanno mediato in cause di HPO hanno trovato il lavoro svolto molto gratificante. Padukone ha detto di apprezzare *“quella sensazione di benessere che le parti avvertono dopo aver raggiunto un accordo. Molto spesso, una delle parti o entrambe arrivano a rasentare l'exasperazione, e trovare una soluzione le rasserena, poiché sono ormai consapevoli che la controparte ha accettato un codice di condotta (comportamentale)”*.

Kamensky conferma, sottolineando che *“La parte più gratificante è vedere le persone assumersi la responsabilità di ciò che fanno e comunicare in maniera quasi sorprendente tra loro - o, talvolta, guardare indietro a quelle che sono state le cause scatenanti e arrivare a un compromesso. È davvero stimolante vedere persone inizialmente spaventate e arrabbiate riuscire finalmente a collaborare per ottenere*

qualcosa di positivo”.

Oltre ad aiutare le parti a superare insidiose dispute personali, i mediatori di Harvard stanno sviluppando abilità in grado di supportarli nel corso della loro carriera in ambito legale. L'ascolto attivo, la verifica di congetture, l'empatia e la scoperta degli interessi delle parti sono capacità fondamentali non solo nell'ambito della mediazione, ma di fatto anche per qualsiasi altra pratica legale. *“Chi studia diritto dovrebbe approfondire il discorso sulla mediazione perché essere un buon comunicatore è utile in molte situazioni della propria vita, personali (come porre fine a liti tra amici o in famiglia) e professionali (come comprendere e aver chiaro cosa vogliono tanto i clienti quanto i soprintendenti)”*.

Chris Pochon “Sono molti gli studenti che scelgono la Harvard Law School per il Programma di Mediazione (HMP), organizzazione che celebra quest'anno il trentesimo anniversario di formazione e preparazione di studenti e cittadini volontari a mediare in tribunali per cause di minimo valore e altre sedi.

La celebrazione tenutasi il 9 aprile è stata, a detta dell'amministratrice dell'HMP (Harvard mediation program) Maureen Griffin, un lieto evento. Oltre all'amministratrice erano presenti Attorney Michael Steinberg, coordinatore delle cause più avanzate e Pril Ellis, una psicologa clinica che supervisiona i membri dell'HMP inclusi gli studenti iscritti al corso di mediazione. L'HMP fornisce servizi di mediazione per circa 200 cause annue, in tribunali per cause di minimo valore, tra inquilini di case popolari, tra proprietari e affittuari, e in un programma pilota del Tribunale dei minori di Boston. Sono circa 50 gli studenti membri dell'HMP ad affrontare il programma intensivo, che include 32 ore annuali di tirocinio, apprendimento teorico e acquisizione delle tecniche pratiche in sede di mediazione. Tra i membri dell'HMP non mancano però i cittadini volontari preparati: alcuni fungono da intermediari tra le parti in causa, altri invece si assumono il compito di supervisor degli studenti impegnati in cause di minimo valore^[21].

LA DIFFUSIONE DELL'ADR IN EUROPA

In Europa, le tecniche agiurisdizionali di composizione delle liti, pur subito oggetto di dibattito e di sperimentazioni, hanno tardato ad avere uno sviluppo significativo.

Le probabili cause dell'arrivo lento dell'“ondata” ADR^[22] possono essere imputate a una serie di fattori, quali l'importanza della tutela da parte del giudice nella tradizione europea, la

sussistenza di una sorta di “mito” dell'unità della funzione giurisdizionale e il fatto che, comunque, in Europa i processi sono generalmente meno costosi e, in alcuni paesi, meno lenti e quindi più efficienti rispetto al sistema della giustizia statunitense^[23].

Negli ultimi anni il quadro è tuttavia mutato. Grazie anche alle iniziative adottate dall'Unione europea, in particolare nel settore della tutela dei diritti dei consumatori, i legislatori dei singoli paesi paiono sempre più orientati a introdurre forme nuove di ADR o a potenziare quelle già esistenti.

Chi contattare?

Il decreto legislativo 28/2010 ha introdotto in Italia la disciplina della mediazione civile e commerciale per risolvere in via stragiudiziale le controversie relative a diritti disponibili.

L'attività di mediazione è gestita da organismi di mediazione, cioè da soggetti pubblici o privati iscritti presso un registro degli organismi di mediazione vigilato dal Ministero della Giustizia.

Nel sito web del Ministero della Giustizia (<http://www.giustizia.it/>) è pubblicato l'elenco degli organismi di mediazione accreditati.

L'interessato potrà quindi contattare l'organismo di mediazione del cui servizio vuole avvalersi, utilizzando i mediatori in esso iscritti. Informazioni in merito potranno essere date direttamente dai responsabili dei diversi organismi di mediazione.

Il mediatore è la persona fisica che, individualmente o collegialmente, svolge la mediazione, rimanendo priva, in ogni caso, del potere di rendere giudizi o decisioni vincolanti per i destinatari del procedimento di mediazione. Quest'ultimo potrà svolgersi, su istanza dell'interessato, presso appositi organismi, iscritti in un registro istituito con decreto del Ministro della giustizia.

In quali settori è ammissibile e/o più comune il ricorso alla mediazione?

Si può ricorrere agli organismi di mediazione per la risoluzione stragiudiziale di tutte le controversie in materia civile e commerciale aventi ad oggetto diritti disponibili. La mediazione in Italia può essere facoltativa, su invito del giudice ovvero per obbligo previsto nel contratto dalle parti ed obbligatoria per coloro che intendono esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e

sanitaria e da diffamazione con il mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari che devono preliminarmente assistiti dall'avvocato esperire il procedimento di mediazione ai sensi del citato decreto. Pertanto per queste materie, l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Esistono disposizioni specifiche in materia?

Attualmente, la disciplina generale in materia di mediazione civile e commerciale è regolata dal decreto legislativo 28/2010 così come modificato dal decreto legge 69/2013 e dall'art. 82 della legge 98/2013 dove il procedimento di mediazione è stato ripristinato quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale nelle materie elencate dall'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 28/2010, nonché dal decreto ministeriale 180/2010 recante il regolamento di attuazione.

Formazione

per diventare mediatore occorre avere i requisiti di cui all'art.4 comma 3, lett. b) del D.M. 180/2010, in particolare: possesso del titolo di studio non inferiore al diploma di laurea universitaria triennale, ovvero, in alternativa, iscrizione ad un ordine o collegio professionale; possesso di una specifica formazione e di uno specifico aggiornamento almeno biennale acquisiti presso enti di formazione accreditati dal Ministero della Giustizia; partecipazione nel biennio di aggiornamento in forma di tirocinio assistito, ad almeno venti casi di mediazione.

Gli enti di formazione, che rilasciano l'attestato di superamento del corso di formazione per mediatori, sono soggetti pubblici o privati accreditati dal Ministero della Giustizia a seguito della verifica di determinati requisiti.

Gli avvocati iscritti all'albo sono di diritto mediatori. Gli avvocati iscritti ad organismi di mediazione devono essere formati in materia di mediazione e frequentare corsi di aggiornamento teorico-pratici.

Quanto costa la mediazione?

L'art.16 del D.M. 180/2010 ha disciplinato i criteri di determinazione dell'indennità di mediazione che comprende le spese di avvio del procedimento e quelle proprie di mediazione. Gli importi sono specificamente indicati nella tabella A allegata al decreto. Gli stessi variano in relazione all'aumento di valore della controversia.

L'accordo raggiunto in sede di mediazione è esecutivo?

ai sensi dell'art.12 del d.lgs. 28/2010, il verbale di accordo, il cui contenuto non è contrario all'ordine pubblico o a norme imperative di legge, deve essere omologato su istanza di parte, dal presidente del Tribunale nel cui circondario ha sede l'organismo di mediazione. Nelle controversie transfrontaliere di cui all'art. 2 della direttiva 2008/52/CE del parlamento europeo e del consiglio, il verbale è omologato dal presidente del Tribunale nel cui circondario l'accordo deve avere esecuzione.

Il verbale omologato costituisce titolo esecutivo per l'espropriazione forzata, l'esecuzione in forma specifica e l'iscrizione di ipoteca giudiziale.

L'accesso alla banca dati dei mediatori è gratuito?

Attualmente non esiste un elenco pubblico dei mediatori; il Ministero pubblica regolarmente l'elenco degli organismi di mediazione presso i quali sono iscritti i vari mediatori. La possibilità di avere specifica conoscenza di quali siano i mediatori iscritti presso ciascun organismo di mediazione può compiersi chiedendo specifica informazione all'ufficio del Ministero della Giustizia che compie l'attività di vigilanza sugli organismi di mediazione, contattabile attraverso il sito web della Giustizia.

Con il decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 (decreto "del fare", convertito in legge 9 agosto 2013 n. 98) sono state riportate in vigore le disposizioni dichiarate incostituzionali con sentenza n.272/2012 della Corte Costituzionale e sono state introdotte altresì nuove norme che si indicano sinteticamente di seguito:

- È stato inserito un criterio di competenza territoriale per la presentazione della domanda
- La procedura di mediazione può procedere solo a seguito del consenso delle parti raccolto in un incontro preliminare di programmazione
- Solo lo svolgimento dell'incontro preliminare di programmazione è condizione di procedibilità (per le materie indicate) e deve svolgersi entro 30 giorni dal deposito dell'istanza a costi massimi molto contenuti
- Gratuità del primo incontro di programmazione in caso di mancato accordo
- Le controversie di Rc auto sono escluse dalle materie per cui è previsto l'incontro di programmazione, mentre sono state aggiunte le controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità (non solo medica ma più ampiamente) sanitaria
- Il giudice può ordinare, e non solo invitare,

- alle parti di procedere alla mediazione
- La durata massima dell'intera procedura è stata ridotta a 3 mesi
- Gli avvocati sono mediatori di diritto ed hanno l'obbligo di aggiornamento professionale
- Gli avvocati assistono le parti durante l'intera procedura di mediazione
- Nuova disciplina in tema di efficacia esecutiva dell'accordo di mediazione^[24].

LA MEDIAZIONE IN RESPONSABILITÀ MEDICA E SANITARIA

Le nuove disposizioni in materia di mediazione sono entrate in vigore il 20 settembre 2013. Il dispositivo normativo in Italia che disciplina l'istituto della mediazione è dunque il decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, che modificato dal decreto "del fare" ha esteso la procedura di mediazione, quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica anche a quella da responsabilità sanitaria, cioè il campo applicativo della disciplina prevede il coinvolgimento non solo del personale medico con relativa estensione della "responsabilità sanitaria" in capo alla struttura pubblica o privata o ad altri soggetti, ma anche del personale sanitario non medico, per esempio, che siano riconosciuti responsabili per danni verso il paziente/assistito, con conseguente applicazione del regime della responsabilità contrattuale indipendentemente dall'obbligazione risarcitoria. Questa previsione normativa ha suscitato grandi aspettative nella classe medica e forense. I medici in particolare hanno inseguito da anni una riforma che allentasse la pressione su di essi esercitata dal contenzioso e potesse ridare fiato ad una categoria sotto attacco sul piano professionale, ma si sono ritrovati con uno strumento di cui poco sanno e da cui molto si aspettano sia in termini di tutela della loro reputazione sia in termini di riduzione dei loro costi assicurativi (stando ai dati Assomedico). Il pacco dono del legislatore sembrava promettere (finalmente) procedure alternative al contenzioso, la fine delle umilianti "giornalate" di condanna prima dell'inizio del processo, una riduzione del contenzioso e (addirittura) dei premi assicurativi: insomma un po' di tranquillità dopo il continuo attacco alla c.d. malasanità, la crescita esponenziale del contenzioso legato all'attività sanitaria e conseguentemente dei costi assicurativi oltre che umani e di reputazione. Secondo i più recenti dati dell'Ania in un anno solare sono ben oltre 34 mila le denunce dei cittadini per danni

subiti nelle strutture sanitarie. L'aumento dal 2008 al 2009 è stato addirittura del 15%. Considerato che un risarcimento medio si aggira tra i 25 mila e i 40 mila euro, la cd "malasanità" costa una cifra enorme, compresa tra 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno. C'è il rischio che la compagnia assicurativa crolli, com'è successo alla Faro, che è fallita lasciando molte ASL in grande difficoltà. Il convergere dell'incremento continuo delle richieste risarcitorie e del loro effettivo riconoscimento in sedi giudiziali, ha provocato la crescente difficoltà riscontrata dalle Aziende ULSS, ospedali, cliniche e singoli operatori sanitari, specie nelle aree chirurgiche, nel reperire coperture assicurative adeguate al rischio da allocare, espressive di una concorrenza effettiva tra soggetti privati. Inoltre, i dati emergenti dalle varie realtà locali hanno fotografato un preoccupante fenomeno, costante e uniforme: di progressiva chiusura del mercato assicurativo, che spunta condizioni contrattuali sempre più onerose in termini di costi e di minori estensioni delle garanzie delle coperture proposte, cui fa riscontro un'accettazione forzata imposta agli assicurati che devono loro malgrado aderire a condizioni insoddisfacenti e svantaggiose per carenza di offerte alternative più valide. A tali negative evidenze, vanno inoltre aggiunti i numerosi casi di disdetta intimata dalle compagnie assicurative prima dell'effettiva scadenza contrattuale seguiti da nuove negoziazioni a condizioni estremamente gravose per le Aziende Sanitarie e per i singoli professionisti sotto il profilo economico-normativo, ciò a fronte non solo di comunicazioni di citazioni o imputazioni a carico del professionista ma anche per mera apertura di indagini preliminari (fase pre-processuale destinata a non pregiudicare l'indagato perchè ben può chiudersi con un'archiviazione), o addirittura di mera lettera di richiesta di risarcimento danni avanzata del legale del paziente asseritamente leso, molto spesso del tutto infondata. Del pari insoddisfacente è la difesa giudiziale fornita dagli avvocati di alcune compagnie assicuratrici, o addirittura imposta "da loro" con una posizione che si appalesa spesso conflittuale, sacrificando la tutela del medico agli interessi della compagnia ovvero fornendo una gestione del "sinistro" troppo burocratica e non legale-specialistica, in relazione ai complessi aspetti in materia di responsabilità medica^[25].

La mediazione nel caso di asserita responsabilità medica ha incontrato numerosi problemi di applicazione data la complessità dell'argomento

e della mancanza di un'adeguata preparazione professionale dei mediatori che si sono trovati ad operare in quella materia, dato che la normativa, nell'applicazione pratica, risultava agli operatori come incompleta e lacunosa, considerate altresì le difficoltà incontrate dai mediatori nell'ambito del procedimento riguardo le modalità organizzative delle strutture del servizio sanitario, in quei casi i professionisti nell'espletamento delle varie fasi del procedimento sono dovuti ricorrere ai regolamenti degli organismi di mediazione. Nei casi di responsabilità riconducibile all'erogazione di una prestazione sanitaria è evidente che, di norma, i soggetti coinvolti e coinvolgibili in una procedura saranno più numerosi del singolo medico e paziente. Solitamente, dietro ed accanto al medico vi sarà altro personale sanitario ed una struttura attraverso la quale la sua prestazione è stata erogata. Probabilmente la struttura sanitaria e il medico avranno una qualche formula assicurativa a loro tutela e, di conseguenza, il procedimento dovrebbe coinvolgere anche questi attori in una qualche fase per rendere loro opponibile l'accordo, rendendo ancora più complicata la gestione delle interazioni personali e delle diverse posizioni giuridiche nella procedura di mediazione. Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo). Spesso il paziente non può beneficiare dell'esistenza della copertura assicurativa quando l'evento dannoso sia stato causato non da responsabilità imputabile all'operato del medico bensì da quella della struttura. Ciò comporta ingiusti coinvolgimenti dei medici nei processi con evidente forzatura per tentare di assicurare risarcimenti a sinistri gravi e allarmanti che sarebbero invero privi di reale copertura. Inoltre il continuo ondeggiare del legislatore nazionale tra "obbligatorietà" (art.29 dpr 130/1969) e "facoltatività" (art.29 dpr 761/1979) della copertura assicurativa dei medici dipendenti di strutture sanitarie è senz'altro censurabile prestando il fianco a dispute dottrinali ed indirizzi giurisprudenziali discordi. Il diritto positivo è carente e confuso e continua l'ambiguità della contrapposizione tra il dpr 761/79 e la contrattazione collettiva (art. 24-25 CCNL 2000/2001), che sancisce un ritorno all'obbligo in capo alle strutture del S.S.N. di provvedere a stipulare assicurazioni per i propri dipendenti. La "disapplicazione" dell'art.28

non è pacifica e il nostro legislatore non si è premunito di adeguare il diritto positivo all'importante innovazione recata dal CCNL. Il Decreto Balduzzi convertito in legge (L. 189/2012) non ha risolto i problemi sul versante assicurativo ma li ha aggravati. Nessun obbligo assicurativo è previsto in capo alle strutture ospedaliere e case di cure accreditate, mentre da agosto 2013 il professionista sarà obbligato ad assicurarsi (Legge 148/2011)^[26]. Dopo i "ritocchi" alla normativa, appare evidente che, i medici originariamente entusiasti ma profondamente delusi dalla prima fase di applicazione, pretendano che questo strumento sia per il futuro in grado di dare delle risposte concrete sempreché i procedimenti di mediazione siano gestiti da figure altamente professionalizzate in materia. Un sondaggio a caldo rivela che i medici ritengono necessaria una formazione specifica per potere prestare la propria competenza in queste speciali procedure. Invero, proprio in queste procedure il medico potrebbe bene assumere il ruolo di co-mediatore o mediatore ausiliario o componente di un collegio di mediazione a guida di un professionista del diritto, formato e aggiornato sulle problematiche della mediazione e della responsabilità sanitaria. Un'altra criticità emersa, propria della materia, è stata quella di garantire i criteri della neutralità e dell'imparzialità nella procedura di mediazione, pertanto ci si è posti il quesito di quale soggetto fosse più idoneo a gestire il procedimento ai fini conciliativi in ambito sanitario, nel rispetto della terzietà. La legge prevede che gli Organismi di mediazione e conciliazione possano essere pubblici o privati purché diano garanzie di serietà ed efficienza e che la procedura sia svolta assicurando i principi cardine posti a fondamento dello strumento normativo quali la riservatezza, l'imparzialità e la professionalità del mediatore. Al procedimento di mediazione si applica il regolamento dell'organismo scelto dalle parti. Il regolamento deve in ogni caso garantire la riservatezza del procedimento ai sensi dell'articolo 9, nonché modalità di nomina del mediatore che ne assicurano l'imparzialità e l'idoneità al corretto e sollecito espletamento dell'incarico^[27]. A proposito della professionalità del mediatore occorre sottolineare che molti degli Organismi di mediazione privati hanno previsto nei propri regolamenti figure altamente specializzate con formazione specifica per poter prestare la propria competenza nelle speciali procedure che riguardano l'area medica, e spesso a trattare i procedimenti sono dei medici che possono assumere l'incarico principale o

come co-mediatore o mediatore ausiliario rivestendo così il profilo di “consulente tecnico”. Gli Organismi di mediazione privati possono dunque già avere al proprio interno un elenco di Mediatori professionisti già competenti in materia, senza avere necessità di ricorrere al Consulente Tecnico d’Ufficio o C.T.U. di cui all’elenco del Tribunale, evitando così una maggiorazione delle spese del procedimento. La normativa comunque agli art.18 e 19 del decreto legislativo in questione, stabilisce che gli ordini degli avvocati possano costituire organismi propri, come gli altri ordini professionali sono abilitati a costituire propri organismi interni ma per le materie di loro competenza. Solo gli ordini degli avvocati possono costituire organismi, per così dire, generalisti (art.18) che sono fisicamente istituiti presso i Tribunali e dunque anche fisicamente nel luogo deputato ad amministrare la giustizia nonché neutrale per definizione. Viceversa, gli ordini professionali tutti, e quindi anche quelli dei medici, sono abilitati a costituire (art.19 d.lgs. 28/2010) “per le materie riservate alla loro competenza, previa autorizzazione del Ministero della giustizia, organismi speciali, avvalendosi di proprio personale e utilizzando locali nella propria disponibilità.” Di tutta evidenza questo sarebbe il caso degli OMCEO per la responsabilità sanitaria. Tuttavia, se nessuno dubita della legittimità di questa scelta, né della ovvia imparzialità esercitata dagli eventuali mediatori nominati da tali organismi speciali, è di tutta evidenza che, almeno a livello di immagine, la percezione della terzietà (leggi: neutralità) di questi organismi speciali sarà ontologicamente minata ab imis agli occhi di una parte. Il risultato è un potenziale dispendio di risorse in una delicata fase come quella di avvio del nuovo strumento ed il rischio di alimentarne un frustrante fallimento. Per altro verso, gli organismi presso i tribunali potrebbero effettivamente dimostrarsi efficaci strumenti deflattivi di contenzioso in una sorta di empirica autogestione delle controversie con capacità di graduare numero e competenze dei mediatori muovendo dalla normale figura unica verso quella collegiale che coinvolga le competenze necessarie, passando per la presenza di uno o più mediatori ausiliari. La condizione perchè ciò avvenga, abbia un impatto positivo sul sistema e non metta a rischio la tutela costituzionale dei diritti dei cittadini è la garanzia di qualità formativa di tutti i soggetti coinvolti: gestori degli organismi, mediatori, avvocati e consulenti tecnici. Un investimento che sarebbe stato

necessario fosse meglio sostenuto dallo Stato piuttosto che essere lasciato alla buona volontà dei soggetti coinvolti. Anche in questo caso gli spazi di autonomia lasciati dal legislatore rappresentano una opportunità che potrà dare i suoi frutti solo con il tempo e a condizione che l’alternativa giudiziale migliori in termini di efficienza. Che siano gli Organismi degli Ordini Professionali, o degli Ordini degli Avvocati o quelli privati l’importante che i Mediatori siano all’altezza del proprio ruolo soprattutto in ambito sanitario quando si è in presenza di una valutazione di un danno alla persona. Nei casi di danno alla persona queste procedure devono necessariamente confrontarsi in una qualche fase con la valutazione del danno. Il che presuppone conclusa, almeno in parte, la fase di apprezzamento della genesi del danno medesimo e il tema della sua attribuibilità causale a uno o più soggetti presenti in procedura di mediazione. Proprio l’aspetto causale è forse il nodo centrale di ogni caso di responsabilità sanitaria che deve essere sciolto prima di passare ad una eventuale valutazione del danno, ma sul punto della causalità si giocano tutte le chance di una soluzione stragiudiziale. Sul punto è inevitabile la diversità di atteggiamento, e di interessi, delle parti coinvolte anche emotivamente (medico e paziente o familiari, ad esempio), di quelle che agli interessi non economici possono avvicinarsi in modo non emotivo (le aziende sanitarie, ad esempio) e delle parti senza interessi non economici in gioco (gli assicuratori). Queste ultime hanno un interesse meramente finanziario nella procedura e sono esclusivamente interessate alla valutazione economica della controversia. Anche il tempo della procedura di conciliazione assume una valenza particolare nella responsabilità sanitaria. Infatti, mentre le materie commerciali o consumeristiche in senso stretto non hanno da attendere eventuali consolidamenti del danno, la mediazione in materia di danno alla persona in generale e da prestazione sanitaria in particolare inevitabilmente deve confrontarsi, perchè si passi alla fase valutativa e alla quantificazione dell’eventuale risarcimento, con la stabilizzazione delle condizioni di salute. Già questo rende difficile immaginare che sia il presunto danneggiante a potere attivare la procedura e quindi a incardinarla presso un organismo da lui scelto. Inoltre, proprio queste caratteristiche aprono la strada ad un potenziale maggior numero di ipotesi di conciliazione c.d. delegata; quella cioè che il giudice invita a fare eventualmente anche in fase di appello. Del

resto, vi è già una previsione normativa in cui il tentativo di conciliazione è condotto necessariamente da un medico (legale): è il caso previsto dall'art. 696 bis c.p.c. e che ha una precisa collocazione temporale.

Tuttavia questa esigenza spiccatamente valutativa contrasta con una necessaria fase trasformativa che sarebbe assai utile nella maggior parte dei casi. Quante volte, infatti, le parti lamentano di avere percepito il personale medico come distratto, indifferente, freddo o addirittura disinteressato per l'evento avverso e per le sue conseguenze ovvero la totale assenza di spiegazioni su ciò che si è verificato, oppure che la spiegazione suonava falsa o confusa o incoerente segnalando chiaramente l'esigenza di ricostruire idonei canali di comunicazione anche solo per configurare correttamente la propria posizione e pretesa.

Peraltro, se per un verso la partecipazione diretta della parte è un elemento importante nella ricostruzione dei fili interrotti dall'evento avverso ed è un elemento utile per la definizione degli interessi da soddisfare più che delle posizioni giuridiche da sostenere. Per altro verso, i soggetti coinvolti devono pienamente percepire che quanto diranno o faranno nella procedura non implica ammissione di responsabilità né utilizzabilità in altre sedi. Ancora, nel caso di coinvolgimento di strutture pubbliche, per la rilevanza erariale del risultato conciliativo è inevitabile definire bene ruolo e mandato di chi partecipa alla procedura con i poteri di transigere. La sfiducia negli elementi naturali della procedura potrebbe mettere una pietra tombale sul nuovo meccanismo trasformandolo in un inutile balzello aggiuntivo. La legge prevede altresì che nei contratti possa essere prevista una clausola la quale preveda nel caso di controversia che il procedimento di mediazione sia esperito presso un determinato Organismo di Mediazione ma anche questa previsione ha creato non poche perplessità. La presenza di rapporti contrattuali sui quali si innestano eventuali danni alla persona, specialmente in ambito sanitario, lascia poi spazio alla introduzione di clausole di scelta preventiva della mediazione e dell'organismo presso cui esperire la procedura. Ancora una volta però, previsioni stringenti potrebbero prestare il fianco a dubbi di legittimità o quanto meno di opportunità. Viceversa, l'individuazione di criteri di selezione con il collegamento effettivo dell'organismo di conciliazione alla vicenda, alla struttura o alle persone coinvolte meglio potrebbe rispondere alle esigenze della

mediazione facilitativa evitando di dare impressione di vessatorietà a clausole che magari sul piano giuridico vessatorie non risultano. A proposito della riservatezza, soprattutto in ambito sanitario diventa fondamentale garantire la massima discrezionalità nello svolgimento della procedura. Pur rivestendo un ruolo importante in ogni procedura di mediazione, nei casi interessati dal danno alla persona i rapporti tra perizie mediche, cartelle sanitarie e altra documentazione si rivela particolarmente delicato. Se, da un lato, la loro offerta in comunicazione e la loro franca discussione sono ingredienti essenziali per facilitare la ricostruzione delle comunicazioni, dovrà rafforzarsi non solo la tutela della loro riservatezza e inutilizzabilità in contenzioso, ma soprattutto la percezione che queste garanzie saranno effettive.

La natura normalmente facilitativa della mediazione (compito del mediatore è facilitare l'instaurazione di un dialogo fra le parti perché queste possano autonomamente trovare una composizione dei loro interessi, che possono anche differire dalle loro rispettive posizioni giuridiche) in presenza di un danno alla persona anche grave richiede uno sforzo ed una competenza in più sia al mediatore sia a coloro che assistono tecnicamente le parti (avvocati e consulenti tecnici). Si noti che in ambito di responsabilità sanitaria sono più numerose le diffidenze da superare nelle interazioni personali. Il medico non è solo eventualmente presente come consulente (o co-mediatore) ma anche come parte e, a volte, come amministratore se partecipa quale rappresentante della struttura coinvolta (es. quale suo direttore sanitario). Similmente se in mediazione è presente l'avvocato interno alla struttura, la sua posizione presenta gradi di complessità maggiori da gestire per il mediatore sia per le particolari competenze acquisite (giocatore abituale al tavolo della responsabilità di quella data struttura) sia per i possibili atteggiamenti strategici assumibili visto che contemporaneamente "gioca" per il personale coinvolto e per la struttura.

Data la necessaria pluralità di parti (fisicamente presenti o meno) in una mediazione di responsabilità sanitaria si svolgono in realtà potenzialmente più mediazioni oltre a quella diretta con il danneggiato (tra assicurato ed assicuratore, tra le parti eventualmente chiamate a coprire finanziariamente il danno, tra la struttura ed il personale coinvolto in caso di potenziale rivalsa, tra tutti costoro ed il

danneggiato e i suoi familiari ...).

A ciò si aggiunga che difficilmente in queste ipotesi si arriverà al tentativo di mediazione quale presupposto processuale senza che già siano coinvolti professionisti del diritto a fianco delle parti. Molto probabilmente il tentativo seguirà l'informativa obbligatoria data dall'avvocato al danneggiato già suo cliente; e solo se l'avvocato è formato a conoscere ed operare al seguito di tecniche di mediazione potrà seriamente provare a soddisfare gli interessi del proprio assistito senza alimentare i rischi di incomprensioni ulteriori dovute alle "ansie" da fase giudiziale eventuale. Infatti, l'esito naturale di un tentativo di conciliazione non andato a buon fine è il contenzioso; ed anche se il suo esito non dipende dalla buona conduzione della procedura di mediazione è chiaro che la sua possibile trasformazione in mediazione valutativa pone una serie di "vincoli strategici" ai giuristi coinvolti ed alle parti.

Invero, l'art.11 dlgs. 28/2010 permette al mediatore di trasformare la mediazione in valutativa facendo, *sua sponte* o su invito delle parti, una proposta che, se accettata e con verbale omologato dal Tribunale, è titolo esecutivo (art.12) e se rifiutata può produrre altri effetti significativi sulle spese (art.13). È inevitabile allora che in queste materie la necessaria competenza e capacità valutativa delle opzioni giuridiche pertinenti debba essere coniugata con una idonea cultura della mediazione.

La logica della mediazione prevede la ricucitura dei rapporti tra le parti, ma queste possono avere interessi non sempre conciliabili o convergenti pur trovandosi dal medesimo lato della barricata. Si pensi alla posizione dell'assicuratore che voglia ridurre i costi dovuti all'incertezza di un giudizio e quelli del suo assicurato che può non volere riconoscere una responsabilità non ritenuta esistente o non percepita come tale per non vedere aumentato il premio assicurativo o per l'impatto di immagine che avrebbe. Viceversa, si pensi all'assicurato (azienda sanitaria o medico) che per ridurre il potenziale *vulnus* all'immagine per un contenzioso magari mediatizzato preferirebbe pagare un "danno" minore, mentre l'assicuratore risolutamente nega ogni pagamento non ravvisando estremi di responsabilità.

Ancora: si ipotizzi che l'assicuratore trovi più economico liquidare una somma piuttosto che rischiare i costi del contenzioso, ma l'assicurato sia un ente pubblico che si deve confrontare con la problematica del danno erariale e ha qualche

difficoltà (superabile invero) nel rapportare la firma del verbale di conciliazione con le dovute segnalazioni alla Corte dei Conti.

Un momento centrale nei *caucus* (sessioni individuali con le parti) e nelle sessioni congiunte è la riapertura di canali informativi e comunicativi attraverso i quali ristabilire un contatto, magari attraverso la formulazione di scuse e sentimenti di comprensione che non possono però suonare, in senso giuridico, come ammissioni di responsabilità o fidando sulla lunghezza della giustizia civile italiana.

Sul piano del passaggio dalla mediazione facilitativa a quella valutativa, con proposta, è legittimo domandarsi se il percorso possa andare avanti anche in "contumacia" di una delle potenziali parti in sede giudiziaria, che abbia rifiutato di sedersi al tavolo della mediazione consapevole delle conseguenze dell'art. 13 DLgs. Sul punto si contrappongono letture diverse. Proprio con riferimento alla materia di cui si discute, secondo alcuni interpreti e secondo la proposta di Regolamento unitario per gli organismi di mediazione costituiti dai Consigli dell'Ordine degli avvocati, la proposta con gli effetti di cui all'art.13 sulle spese dell'eventuale giudizio può essere fatta "anche se la richiesta proviene da una sola delle parti, e la stessa sia avanzata con la domanda di mediazione o con la successiva accettazione, prima dell'inizio dell'incontro di mediazione" (art.9). Va da sé che la proposta è formulata dal mediatore solo se "abbia elementi sufficienti".

Il vero nodo della mediazione all'italiana, ma le cose si complicano nel caso della responsabilità medica e del danno alla persona in generale, è che l'art.1 della direttiva 2008/52/CE aveva come obiettivo di "...*facilitare l'accesso alla risoluzione alternativa delle controversie e di promuovere la composizione amichevole delle medesime incoraggiando il ricorso alla mediazione e garantendo un'equilibrata relazione tra mediazione e procedimento giudiziario*". Tuttavia, nel nostro ordinamento questa relazione è assai squilibrata vista la lunghezza dei tempi processuali. Se i caratteri della mediazione aspirano ad offrire alle parti la possibilità di una "giustizia alta" che eviti il contenzioso dovuto principalmente a problemi di comunicazione o fraintendimenti, questo risultato dipende dal contesto nel quale essa si svolge, cioè dalla qualità della sua alternativa. Tanto più l'aggiudicazione in un processo (l'alternativa giudiziale) sarà rapida e prevedibile, tanto meglio potranno funzionare i meccanismi alternativi. Tanto meno efficiente è il processo, tanto più chi ha violato diritti altrui

sarà tentato di mettere in atto comportamenti strategici che scontano dal risarcimento lunghezze e incertezze, alimentando un fenomeno tossico per il sistema giacché essendo lontana nel tempo ed incerta la possibilità di vedersi riconosciuti i propri diritti in sede giurisdizionale il potenziale attore in giudizio invece di perseguire una giustizia alta che ricostruisce i rapporti umani e soddisfa anche la sete di capire e sapere dovrà accontentarsi del riconoscimento a sconto da parte del potenziale convenuto che ha tutto l'interesse a perdere tempo.

Lo strumento della mediazione non deve pertanto essere riconosciuto soltanto con funzione deflattiva della giustizia civile, con il rischio di trasformarla in uno strumento di compressione dei diritti ma deve essere intesa come valida alternativa al giudizio. Per questo è importante che sia favorito un cambiamento culturale, considerate anche le carenze educative presenti nel nostro Paese e questo sarà possibile attraverso una maggiore sensibilizzazione per queste nuove forme di giustizia che necessitano di essere promosse soprattutto dalle istituzioni pubbliche. Alcune grandi regioni italiane hanno così mostrato di considerare la mediazione dei conflitti, il modello di mediazione facilitativa, come una risorsa da portare all'interno delle organizzazioni sanitarie. Si tratta di progetti e di esperienze che non hanno eguali né in Italia né in altri Paesi; progetti che non hanno la pretesa di colmare le lacune di una sanità sofferente, ma che offrono la concreta possibilità di gestire i conflitti in ambito sanitario con strumenti diversi da quelli tradizionali, non soltanto in situazioni di difficoltà di bilancio o di crescita dei costi derivanti dal contenzioso, ma nella prospettiva di un deciso miglioramento nelle relazioni all'interno di un servizio che già conosce livelli elevati di efficienza tecnica.

Brian Muldoon, avvocato e mediatore, afferma che le relazioni umane in generale sono processi caotici, sensibili anche alle più piccole variazioni; il che significa che, anche in presenza di una variazione apparentemente insignificante, il sistema intero - nel nostro caso, la relazione tra un medico e un paziente - può girare repentinamente in una direzione totalmente inaspettata (Muldoon, 1996). Muldoon cita al riguardo come classico esempio dell'interdipendenza il cosiddetto "effetto farfalla": una farfalla che batte le ali a Pechino può dare inizio a una catena di variazioni che finisce con il produrre una tempesta di neve in Central Park. In un sistema caotico esisterebbero

in potenza un infinito numero di farfalle. In riferimento ai conflitti in ambito sanitario, queste "farfalle" sono gli aspetti intrinsecamente critici della relazione terapeutica, capaci di farla evolvere in una relazione conflittuale: dal punto di vista di medici e pazienti, questa conflittualità potrebbe essere individuata nelle situazioni in cui la soddisfazione di un bisogno di un soggetto è negata dall'azione o dall'omissione dell'altro soggetto. Quando il paziente sente di non essere riconosciuto come persona, sente che gli viene negato un suo bisogno fondamentale. Quando un medico incontra atteggiamenti non collaborativi od oppositivi del paziente o viene accusato (a ragione o no) di negligenza, imperizia o imprudenza, viene negato, tra gli altri, anche il suo bisogno di essere riconosciuto nella sua identità professionale.

ESPERIENZE DI MEDIAZIONE IN SANITÀ

Esaminiamo un caso concreto, giunto all'attenzione dei servizi istituiti presso una struttura sanitaria: la figlia di un paziente deceduto - chiamiamola Signora Viola - è persuasa che il decesso sia conseguenza di una negligenza commessa dal medico, mentre il professionista ritiene che la donna, incapace di accettare la morte del padre, sia alla ricerca di un capro espiatorio e immagini errori inesistenti. Il medico sostiene di averle già dato le necessarie spiegazioni e ora non vuole più rivolgerle la parola. La donna, dal canto suo, è dell'idea che gli accertamenti medico legali eseguiti, che escludono ogni responsabilità, siano stati poco accurati o, peggio, viziati da una volontà di coprire precise responsabilità: «Non si fanno le scarpe tra di loro. In fondo sono colleghi», sostiene disperata e livida di rabbia. E aggiunge: «*Se non avesse nulla da nascondere non si sarebbe rifiutato di parlarmi*». Racconta di averlo cercato ripetutamente e, in un'occasione, di essere stata addirittura spinta in malo modo fuori dal reparto da una caposala che minacciava di far intervenire un agente di polizia. Legge esasperata la risposta dell'Urp al reclamo da lei inoltrato e commenta: «*Inconcepibile, ma vi rendete conto di che linguaggio usano. Anche se io ho torto - e non ce l'ho, ma poniamo che... - non possono esprimersi così. Poi la spiegazione che ha scritto lui è una cosa inaudita. Non soltanto è reticente e quindi falso, ma usa un linguaggio quasi strafottente; è offensivo. Come possono chiudere la loro lettera, dicendo che per loro la faccenda è chiusa? Chiusa?! A dare retta a loro, parrebbe che mio padre sia morto di noia!*».

Frustrazione, amarezza, dolore, pena e rabbia, associate a una sensazione di abbandono, hanno trasformato il dubbio in sospetto. Non solo suo padre sarebbe stato ucciso, ma sarebbe stato vittima anche della imperdonabile mancanza di quel minimo di rispetto dovuto a ogni essere umano. Quando vide il corpo restò di sasso, perché nessuno si era preoccupato di chiudergli gli occhi. Dovette farlo lei. Era appena tornata a casa dall'ospedale. Gli era stata accanto fino a un'ora prima e aveva dovuto farsi sentire più volte perché gli infermieri di turno prestassero un po' di attenzione a suo padre. Ma non è arrabbiata con loro. «Perché» afferma «sono così pochi e lavorano come schiavi. Sempre a saltare da un letto all'altro. E poi ci sono quelli che fanno i capricci, che si lamentano... Ci sono i rompiballe... Ma mio padre non era così. Ha sempre avuto paura di disturbare, lui. Non ti chiedeva di allungargli un goccio d'acqua neppure se stava morendo di sete, per non essere di disturbo». Era andata a casa a riposarsi. Il mattino dopo sarebbe tornata lì. Pareva in condizioni stabili.

Ma cos'è successo nel frattempo? Perché questo peggioramento improvviso? Nella cartella clinica c'erano dei "vuoti" che non la convincevano. E poi la chiamata sul cellulare da parte del medico che le diceva: guardi, suo padre non ce l'ha fatta. «Vi immaginate come mi sono sentita? Mi sono precipitata. E l'ho trovato lì che parlava con un'infermiera formosa. Faceva lo scemo, mentre mio papà era di là, abbandonato da tutti. [...] Dovrebbero strappargli la laurea e costringerlo a stare in corsia, ma non come medico! Come un malato qualunque! Così capirebbe cosa vuol dire stare dall'altra parte e avere a che fare con medici come lui». È fermamente decisa «a fargliela pagare». Con gli occhi gonfi di lacrime dice: «Non gli darò tregua».

Di nuovo, si potrebbe dire: mi arrabbio così finalmente ti accorgi che esisto.

Avere la percezione di un rifiuto così insopportabile fa sorgere la prepotente necessità di dimostrare all'altro che esisto, ed è anche per fargli toccare la solidità del mio esistere che mi adopero per costringerlo a rispondermi. Per questa donna era di vitale importanza - era una questione di principio irrinunciabile - sia avere soddisfazione del tradimento, di cui sarebbe stato autore il medico che l'aveva delusa venendo meno alla fiducia che aveva in lui, sia avere giustizia per l'abbandono che si è manifestato, a suo dire, quando l'ha cercato per chiedergli spiegazioni sull'accaduto.

«Me ne avevano parlato bene. [...] Chi diceva che era un bravo specialista e una persona perbene, chi diceva che era molto umano. Accidenti, pensate un po'se fosse stato disumano! [...] L'avevo già visto intervistato in Tv (una rete locale).

Sembrava proprio parlare con il cuore in mano. Poi l'ho rivisto in un dibattito l'altra settimana... Che schifo! Ma come si fa a essere così ipocriti? Diceva che bisogna parlare, parlare tanto e ancora di più con i pazienti. Beh, e con i figli dei pazienti che hai ammazzato ...? Brutto bastardo! Guardate, bisogna che imparino, questi dottoroni, che hanno a che fare con degli esseri umani. Non si tratta soltanto di un fatto personale. Lo faccio perché non voglio che queste cose succedano più».

Alla luce di tanta rabbia, dolore e amarezza, è davvero incomprensibile il comportamento dello specialista che si sarebbe rifiutato di parlare con la figlia del suo paziente?

Se ci muoviamo sul piano delle congetture tutto è possibile: forse quest'uomo - che chiamiamo dottor Bianco - ha già spiegato molte volte alla donna quanto scarse fossero le possibilità di una guarigione o che al termine dell'intervento sarebbero probabilmente insorte delle complicanze; è possibile che in più occasioni abbia informato la signora che la guarigione era un traguardo irraggiungibile. È anche possibile che sia accaduto qualcosa che non aveva previsto, qualcosa d'imprevedibile date le attuali conoscenze mediche, ma anche è possibile che abbia commesso un errore in qualche fase del suo operato. In ogni caso, che abbia "sbagliato" oppure che abbia agito al meglio delle sue possibilità e con impegno rigoroso, rispettando i dettami della deontologia professionale (o che sia convinto di averli osservati), ascoltiamo il dottor Bianco che si sta misurando con il fatto che c'è una persona che lo ha accusato, che "lo mette in imbarazzo", che gli ha procurato la seccatura di procedure che lo hanno visto "sotto indagine", generandogli tra le altre una sensazione di vergogna.

Nel parlare della Signora Viola, il medico quasi grida la propria rabbia. Parla di diffamazione, di calunnia, di ingiurie di cui è stato fatto bersaglio. Parla del dolore e della rabbia provata per il fatto di avere letto sul più diffuso quotidiano locale il suo caso: «Mi avevano già fatto il processo e condannato. [...] Un articolo bello lungo con tanto di fotografie dell'ospedale! [...] V'immaginate che spasso per mio figlio che va a scuola dovere spiegare che suo padre non è Joseph Mengele?

O che cosa simpatica per mia moglie... al lavoro?

E v'immaginate cosa ho vissuto io anche in ospedale? Perché lì la presunzione è sempre di colpevolezza. L'atteggiamento dominante è: il cliente ha sempre ragione, quindi spiegaci che cavolata hai combinato! Capito? Anche lì, sei già giudicato colpevole. Poi quando si sono accorti - non che ci sia voluto molto - che non era successo nulla di così misterioso, l'hanno chiusa senza neppure un commento. Ma... Ecco, sui giornali, voi avete visto uscire la notizia che mi scagionava? No? Be', neanche io! E questo proprio non è giusto. Mi ha sputtanato gratuitamente quella lì. [...] Io prima la pensavo diversamente, ma sapete che adesso quasi quasi mi iscrivo anche io all'Amami». (Amami sta per Associazione di tutela per i medici accusati di mal pratica ingiustamente).

Il livello di indignazione, l'intensità del sentimento d'ingiustizia è tale che, racconta, è diventato insofferente verso chi lo consiglia di recuperare il dialogo con la signora Viola. Ha già avuto un battibecco con il direttore che lo invitava a mostrarsi comprensivo nei riguardi della donna. «Io invece ho voglia di farle causa. Guarda un po'! Perciò, non parlatemi di mediazione e sappiate che sono venuto da voi solo per fare contento il mio direttore [...]. Quindi vi dico chiaro e tondo che comprensione per lei non ne ho e non voglio averne. E, Cristo, quando è troppo è troppo!».

Questa indisponibilità alla "comprensione" parrebbe pregiudicare ogni chance di incontro mediativo. Ma il medico ascoltato stava dicendo anche qualcosa di più. Stava provando qualcosa di più forte e di più doloroso di quanto le sue parole, qui riportate, non esprimessero.

Nei confronti del dottor Bianco, alcune persone "terze" hanno fatto appello al dovere del medico di parlare con pazienti e familiari; a loro ha replicato di essere sempre stato disponibile, nei confronti di tutti, a fornire spiegazioni su ogni passaggio del percorso clinico. «Ci ho parlato non una volta, ma tante volte con la signora. Le ho dato io la notizia del decesso del padre. L'ho chiamata sul cellulare e glielo ho detto io. Poi quando è arrivata in ospedale sono andato a riceverla. Le ho offerto una sedia... Mi pareva quasi tranquilla... Cioè, come si può esserlo in quelle circostanze. Chiaramente era sotto shock. È normale. [...] Fa parte del nostro lavoro stare vicino ai familiari in queste situazioni. Non ho nulla da rimproverarmi. [...] E non è colpa mia se non si sono preoccupati di chiudere gli occhi di suo padre. Anzi, in un certo senso mi sono poi anche scusato con lei per questo fatto. Anche se io non c'entravo nulla. [...] Ma quando si passa alle

accuse o agli insulti, allora non c'è più niente da dire. [...] E poi mi viene da pensare che quella, forse, cerca i quattrini».

La Signora Viola è stata invitata a sua volta a desistere dai suoi propositi di ottenere chiarimenti e d'indagare ulteriormente sulla sussistenza di responsabilità da far valere in giudizio. «Mi hanno offerto dei soldi... Potevano sputarmi in faccia. L'avrei preferito. [...] Il mio avvocato diceva di accettarli, perché se fosse scesa in campo l'assicurazione non avrei visto il becco di un quattrino. Insomma dovevo accettare la transazione e mettermi il cuore in pace. [...] Era una forma di risarcimento per i danni morali... Boh, non ho capito. Ma quali danni morali?! Anche lui non ha capito niente. [...] Ma dico io: se sono disponibili a pagare, allora vuol dire che sanno di avere sbagliato. No? A me dei soldi non importa un fico. M'importa che ammettano di aver sbagliato qualcosa e che non facciano mai più questi errori. Non si può essere superficiali quando c'è di mezzo la vita delle persone. E non conta nulla se mio padre era destinato a morire entro breve o a campare altri cento anni. Cosa c'entra?».

Altri suggerimenti di "resa" le sono stati rivolti da alcuni familiari e da alcuni amici, nonché dal partner. Quanto fin qui riportato in ordine a tale vicenda conflittuale tra un operatore sanitario e un cittadino, e che non è che una delle tantissime che si verificano ogni giorno, mette in luce, tra l'altro, l'estrema difficoltà di proporre un approccio di stampo conciliativo. Il dolore, il risentimento, la portata emotiva del conflitto, gli elementi che contempla (vita, morte, salute, malattia, affetti, legami, fiducia ecc.) costituiscono di fatto un ostacolo di non poco conto rispetto all'applicabilità concreta di un approccio esplicitamente indirizzato alla risoluzione del conflitto basata sulla valutazione dell'esistenza del danno giuridicamente inteso e dell'ammontare di un possibile risarcimento. Come noto, il D. lgs 28/2010 ha introdotto, anche nella materia della responsabilità medica, la conciliazione quale condizione di procedibilità per l'introduzione di un'azione civile. Solo il tempo potrà chiarire se le molte riserve che accompagnano questo impianto potranno essere superate da una prassi virtuosa; vero è che, nella materia che ci occupa, le maggiori perplessità si concentrano soprattutto sulla difficoltà di trovare, nella procedura di conciliazione, un adeguato setting che consenta di valorizzare i vissuti e i sentimenti delle parti, che l'esperienza conferma essere tra i principali "innesco" per il conflitto e per il conseguente

(in mancanza di adeguata cura) ricorso all'autorità giudiziaria.

Infatti, l'incremento delle denunce da parte dei cittadini non risulta correlabile a un peggioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria, anzi, la scienza medica ha compiuto in questi ultimi anni un'evoluzione davvero sorprendente e le tecnologie e la professionalità degli operatori hanno raggiunto in alcune aziende sanitarie livelli di vera eccellenza e ovunque vi è una qualità delle cure

tale da collocare il nostro Paese ai vertici delle classifiche stilate dall'Oms. Ma, come rilevato dall'esperienza dei servizi di ascolto, accade che una notevole quota di lagnanze si trasformi in richiesta di risarcimento a causa di un'inadeguata comunicazione fra il paziente e/o i suoi familiari e il personale sanitario e per l'impossibilità, per il paziente, di fare sentire la propria voce - e ottenere

attenzione - in una sede "altra" rispetto a quella giudiziaria. Occorre riconoscere, tuttavia, che questi sentimenti di sfiducia non sono un fatto del tutto nuovo. Scriveva Ippocrate nel suo trattato sull'Arte: *«Che ci siano fra i malati curati dai medici, alcuni che guariscono perfettamente è un fatto che tutti riconoscono; ma siccome non tutti guariscono, per questa ragione l'Arte è ormai biasimata, e quelli che ne dicono male, prendendo a pretesto i malati che soccombono alle malattie, sostengono che chi ne scampa lo deve al caso e non all'Arte»*.

Queste parole, intrise di amarezza, rivelano come da sempre la relazione medico-paziente sia caratterizzata da ambivalenza.

Oggi, forse più che in passato, questa ambivalenza assume la forma di una drammatica oscillazione tra un sentimento positivo, di fiduciosa attesa, nutrito verso la medicina e i medici, e un sentimento, una sfiducia e un sospetto per le situazioni d'insuccesso del trattamento. Questi sentimenti complessi influenzano notevolmente l'incontro tra le singole persone.

Essere malati e pazienti è un'esperienza particolarmente provante, che generalmente acuisce la sensibilità delle persone, le quali si trovano a provare emozioni nuove, ingombranti e difficili da definire, ma di cui si avverte la necessità dell'accettazione da parte degli altri, *in primis* da parte degli operatori della sanità.

Ascoltare i professionisti, tuttavia, significa avvicinare una condizione emotiva non meno rilevante; tra loro, infatti, è diffusa la consapevolezza di essere stimati (secondo alcuni, sovrastimati), ma anche di non poter essere "simpatici", perché con le loro

prescrizioni procurano fastidi, seccature e spesso dolore, così come è generalmente avvertito il peso della responsabilità, delle aspettative del paziente, ma anche delle proprie. Pesi che sono difficili da condividere anche tra i colleghi. Vi è, inoltre, una certa insofferenza per la rappresentazione del professionista alla stregua del "medico-meccanico", come se organi e tessuti, nella mente del cittadino, fossero parti di un motore facilmente riparabili e sostituibili senza conseguenze, che può anche collegarsi al disagio derivante dalla coscienza dell'alea presente in ogni trattamento. Elemento, questo, che si associa anche all'estrema variabilità non soltanto dell'illness ma anche del disease. Con il termine disease s'intende la malattia in senso biomedico come lesione organica o aggressione di agenti esterni, evento comunque oggettivabile mediante una serie di parametri organici di natura fisico-chimica quali temperatura del corpo, alterazioni nella componente sanguigna ecc., mentre illness costituisce l'esperienza soggettiva dello star male vissuta dal soggetto malato sulla base della sua percezione soggettiva del malessere sempre culturalmente mediata, dal momento che non è possibile alcun accesso diretto cosciente al proprio vissuto corporeo (in G. Giarelli, A. Maturo 2003). D'altra parte, i diversi e irripetibili modi individuali di vivere la malattia e il trattamento sono correlati all'eterogeneità delle richieste e delle modalità di risposta, che implicano la necessità per il singolo operatore di sapersi adattare a reazioni estremamente diverse (vi sono, per esempio, pazienti reticenti e altri ridondanti nel fornire informazioni, alcuni pazienti o familiari pretendono informazioni realistiche e dettagliate mentre altri preferirebbero non sapere), tenendo sempre presente che l'ansia riduce le capacità di comprensione e conservazione delle informazioni.

Quella tra professionista e paziente, dunque, è una relazione assai complessa, nella quale circolano senza interruzione fiducia, paura, vissuti d'impotenza, rabbia, dolore, preoccupazione, disperazione, aspettative, speranze, delusioni e rancori.

Nei conflitti che stiamo esaminando è il paziente (o i suoi familiari) a dare l'avvio alla battaglia legale. Persuaso di aver subito uno o più torti sul piano dell'intervento tecnico (e, spesso, lo ha patito anche, o soltanto, a livello relazionale), il paziente reagisce chiedendo "giustizia". Da questo punto di vista, l'esercizio dell'azione legale da parte del paziente potrebbe anche essere letta come un modo per assumere una

posizione attiva, in un'ottica di rivalsa, ribaltando la posizione di passività in cui il medico lo aveva precedentemente posto non riconoscendolo come interlocutore con pari dignità.

In ogni caso il comportamento dell'agente, da cui ha avuto origine l'effetto non voluto, è oggetto d'interpretazione da parte dell'altro. Così, sia un medico che si comporti in modo freddo e distaccato nei confronti del paziente, sia un malato che ha un comportamento ostile verso il medico, sono esaminati dai loro interlocutori sotto almeno due profili: da un lato, si tratta di stabilire se la causa del comportamento sia interna all'agente (intenzionale) - "lo fa apposta!" - o se è esterna (situazionale) - per esempio, "è stressato" dalla malattia o dal sovraccarico di lavoro; dall'altro, si tenta di decidere se la causa è un elemento stabile (per esempio, "quel paziente è un individuo aggressivo", "quel medico è un uomo senza sentimenti"), oppure accidentale ("quel paziente è aggressivo a causa dello stato di crisi in cui si trova").

Una volta costruita una rappresentazione negativa a tutto tondo dell'altro, la percezione selettiva porta a considerare solo i fatti che confermano tale immagine, mentre le azioni suscettibili di letture alternative vengono immagazzinate secondo rigidi criteri di diffidenza e ostilità: quindi l'eventuale tentativo di conciliazione della controparte è esposto al rischio di essere interpretato come inconsistente o come una trappola. Il tentativo dell'ospedale di "trattare" nel caso "Viola-Bianco" è stato respinto dalla figlia del paziente - così come è stato disapprovato dal medico - dopo che questa aveva inutilmente tentato di avere un confronto con il professionista in merito all'esito del trattamento; la Signora Viola rifiuta ogni tentativo di avvicinamento, dopo essersi sentita rifiutata. E ignorando che il medico non condivide questa mossa dell'azienda, lo ritiene complice del tentativo di ingannarla («*volevano corrompermi?*», si è chiesta). Ormai, la sua percezione dell'altro è diventata sempre più negativa. Nell'escalation del conflitto accade, infatti, che verso l'altro non si provi che sfiducia poiché lo si percepisce come egoista e immorale e si è orientati non soltanto a considerarlo responsabile di aver provocato il conflitto, ma anche a vederlo come un nemico capace di strategie diaboliche.

In un precedente testo (De Palma, Quattrocchio, 2009) si è fatto riferimento alla distinzione proposta in ambito criminologico tra la vittima del crimine, attuale o reale, cioè la vittima che

c'è, e la vittima potenziale, cioè la vittima che non c'è (Scatolero, 1995). La seconda è il soggetto intimorito dalla possibilità di diventare una vittima reale: nell'argomento in questione, la vittima potenziale è costituita dalla massa di coloro che temono di subire episodi di *malpractice*. Nel nostro caso, la vittima che non c'è, influenzata dal racconto - anche indiretto, come quello mediatico - della vittima reale, può intraprendere i cosiddetti "viaggi della speranza" o altre strategie preventive di dubbia efficacia, ma che rivelano una notevole dose di ansia e di preoccupazione.

L'aspetto insieme beffardo e drammatico di queste reazioni delle vittime potenziali è che spesso si rivolgono al medico o alla struttura che ritengono più sicuri, perché non toccati da fenomeni di *malpractice* reale o presunta, ignorando che tale buona fama può scaturire da scelte riconducibili alla medicina difensiva: «*Non è raro che le statistiche "migliori" siano anche il prodotto della medicina difensiva, perché molti medici respingono o scoraggiano in qualche misura i casi a maggior rischio d'insuccesso*» (Fiori, 1999). Il paziente vittima attuale di un danno iatrogeno (colposo oppure no) nel suo racconto parla di solitudine, di un disagio che nasce dal peggioramento del suo stato di salute, dal sentirsi solo nell'affrontare il "dopo-trattamento".

POSSIBILITÀ DI ASCOLTO E MEDIAZIONE

L'ascolto delle persone che abbiamo chiamato Signora Viola e dottor Bianco e di altri protagonisti di analoghe vicende ha rafforzato la convinzione su quanto risulti opportuno offrire un percorso di ascolto e mediazione ai molti che stanno soffrendo per analoghi conflitti.

Appaiono significativi, infatti, i motivi per cui la Signora Viola - come altri cittadini in conflitto con operatori sanitari - ha deciso di proseguire il percorso di ascolto e mediazione e di arrivare a incontrare il dottor Bianco. Per la signora si trattava di un modo per condurre la sua battaglia affinché simili episodi non si ripetano a danno di altri pazienti, nonché di dare un senso alla morte del padre: far comprendere al sanitario la sofferenza da lei patita e la profonda ingiustizia di tale *vulnus* - potendo esprimere rabbia, delusione, frustrazione e risentimento - significava "impartire una lezione" e ottenere "un risarcimento" per l'affidamento deluso.

Per il dottor Bianco, come per altri medici nella sua posizione, l'incontro con la figlia del suo paziente era motivato dal fatto che sebbene fosse stato formalmente scagionato, ciò non

aveva risanato la sua immagine di professionista e di uomo e, dunque, riteneva importante far comprendere alla signora Viola le sue ragioni e la sua realtà. Pensava che questo non valesse a indennizzarlo dello stress patito, né a ripristinare una tranquillità ormai irrimediabilmente compromessa, ma considerava appropriato farle percepire le conseguenze del suo accanimento: l'avergli procurato un certo "timore" verso i pazienti attuali e futuri. *«D'ora in poi sarà più viva in me la consapevolezza che l'eventuale insoddisfazione per l'esito delle cure induca costoro a sfogare la delusione attraverso un'azione legale».*

Inoltre, particolare importanza aveva per lui il tentativo di fare capire alla Signora Viola come con il suo comportamento lo avesse messo nella condizione di essere tentato di adattarsi, consciamente o inconsciamente, in tutto o in parte, alle modalità della medicina difensiva. Entrambi, dunque, davano valore al fare comprendere all'altro gli effetti più ampi e profondi del conflitto: per la Signora Viola l'incontro di mediazione aveva anche il significato di illustrare al medico la sofferenza relativa a un vissuto di tradimento. Si aspettava delle scuse e l'impegno solenne, qualora avesse voluto, malgrado tutto, continuare a esercitare la professione, a prestare maggiore attenzione, cura e rispetto per il paziente nell'esercizio della pratica professionale. Inoltre, riteneva fondamentale che il professionista si scusasse per la scorrettezza e la disonestà di quanto asserito dopo l'accaduto.

L'aspettativa considerata irrealistica dal dottor Bianco era di ottenere dalla Signora Viola l'abbandono dello stereotipo che equipara il sanitario a un essere privo di emozioni e sentimenti (*«Deve capirlo che non siamo dei macellai. Qualcuno lo è. Ma sono delle eccezioni, grazie a Dio!»*) e la scoperta che invece i medici sono persone che lottano tutti i giorni contro *«quelle cose che normalmente vengono rimosse: morte e malattia»*. Relativamente a tale dimensione vi era il bisogno/desiderio che la sua controparte si rendesse conto della delicatezza, della difficoltà e degli stress associati alla pratica della professione e alla connaturata dose d'incertezza insita in ogni trattamento. Un'altra aspettativa la cui soddisfazione considerava altamente improbabile era quella di ricevere le scuse per l'accusa ingiusta di *malpractice* e per le sofferenze emotive che gli aveva procurato. Avvenuto l'incontro di mediazione, il dottor Bianco dapprima espresse una certa fierezza

per aver trovato dentro di sé la forza di scusarsi per quelle carenze relazionali di cui non s'era accorto, quella mancanza di attenzione e quei malintesi che il suo comportamento aveva procurato e che avevano guastato il rapporto con la Signora Viola. Poi dichiarò che era stato importante sia l'aver ottenuto *«la giusta comprensione»* dalla sua interlocutrice circa le ragioni del suo atteggiamento da lei percepito come poco accogliente e/o carente di empatia sia l'aver potuto farle conoscere in modo più completo e profondo il suo rapporto con la medicina, inclusi i motivi per i quali molti anni fa scelse quella professione e perché continua a praticarla.

Riguardo ai motivi del suo modo di porsi, il medico aveva spiegato durante la mediazione che, pur avendo seguito anche dei corsi di approfondimento condotti da psicologi sulle modalità per comunicare in modo appropriato notizie infauste, in realtà riteneva che non esistesse nient'altro che l'intuizione del momento e che spesso era fallace. *«Mi rendo conto adesso che è stato un disastro»* aveva detto durante l'incontro *«ma lei non può arrabbiarsi con me, perché gliel'ho detto al telefono. Perché non avevo altra scelta. Non potevo dirle il falso.[...] Non è solo che ero esausto, è che non si sa mai qual è il modo adeguato. A volte ti avvicini e abbracci il familiare e va bene. Altre volte questo ti spinge via, perché quell'abbraccio fa sentire troppo la realtà che gli stai dicendo. [...] Io la vidi lì, così fredda. E mi irrigidii anch'io. Mi raggelai».*

La Signora Viola nel colloquio post-mediazione disse della propria sorpresa nell'aver avuto di fronte a sé *«un uomo e non un mostro»*. Un uomo che continuava a esserle antipatico, ma che non era una maschera. Non le aveva restituito stima nei confronti dei medici, ma ora li vedeva *«con sguardo più obiettivo»*. Riteneva che dovrebbero essere più sensibili, però, riconosceva anche che sono costretti a "difendersi". Pensando all'operatore addetto al triage del pronto soccorso, rifletteva su quanto provante sia la sua attività quotidiana. *«Forse prima»* fu il dubbio che le venne *«mi aspettavo che fossero più saldi»*. A suo avviso il dottor Bianco era *«un uomo che sta malissimo»*. Però disse di aver apprezzato molto il fatto che le avesse confessato di non avere ancora trovato il modo giusto di comunicare ai familiari la morte del malato e che avesse ammesso che si sentiva addolorato per la morte di suo padre e in colpa per come glielo aveva comunicata. *«E poi ha detto che quella sera aveva paura di me. E io adesso so che è vero, ma lì proprio non me*

n'ero accorta».

Nessuno dei due chiese esplicitamente scusa, perché entrambi, dal loro punto di vista, si dissero molto di più.

È importante rilevare che non una parola fu detta relativamente agli aspetti tecnici relativi al trattamento e alle cause del decesso. Il senso di colpa del medico, rispecchiato da un mediatore, riguardava appunto la comunicazione della morte sopraggiunta.

Come negare, quindi, l'utilità e la positiva ricaduta sociale di tale percorso e delle molte analoghe vicende accolte nei servizi di ascolto e mediazione?^[28]

Riferimenti bibliografici

1. Mediazione negli Stati membri-Italia in https://e-justice.europa.eu/content_mediation_in_member_states-64-it.do.
2. Mediazione in https://e-justice.europa.eu/content_mediation-62-it.do.
3. Mediazione negli Stati membri-Italia in https://e-justice.europa.eu/content_mediation_in_member_states-64-it.do.
4. Zuckerman Adrian cfr. *Civil Justice in Crisis* (Oxford, 1999).
5. "Libro verde relativo ai modi alternativi di risoluzione delle controversie in materia civile e commerciale" in http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2002/com2002_0196it01.pdf.
6. Modi alternativi di risoluzione delle controversie in http://europa.eu/legislation_summaries/other/l33189_it.htm.
7. Cfr. Bentham, *Justice and Codification*. Petitions, London, 1829, 75 "delay (need it be said) is denial, while it lasts". Cfr. l'art. 41 della Convenzione Europea per i diritti dell'uomo in "Lo sviluppo del fenomeno della risoluzione alternativa delle controversie" in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
8. Auerbach, *Justice Without Law?*, New York-Oxford, 1983, Duss-Von-Werdt, *Homo mediator-Geschichte und Menschenbild der Mediation*, Stuttgart, 2005 in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
9. Cfr. De Palo-Guidi, *Risoluzione alternativa delle controversie - ADR nelle corti federali degli Stati Uniti*, Milano, 1999; Cuolo Ulloa, *Modelli di conciliazione nell'esperienza nordamericana*, in Riv. Trim. dir. Proc. Civ., 2000, 1283 ss. in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
10. A. Cohen, *Debating the Globalization of U.S. Mediation*, in 11 *Harvard Negotiation Law Review*, 2006, 300 ss.; Chase, *ADR and the Culture of Litigation: the Example of the United States of America*, in Cadiet (a cura di), *Médiation et arbitrage*, cit., 135 ss.; Id., *I metodi alternativi di soluzione delle controversie e la cultura del processo: il caso degli Stati Uniti d'America*, in Varano (a cura di), *L'altra giustizia*, Milano, 2007, 129 ss. in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
11. Cfr. Della Noce, *Mediation Theory and Policy: The Legaci of the Pound Conference*, in 17 *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, 2002, 545 ss. in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
12. Sander, *Address Before the National Conference on the Causes of Popular Dissatisfaction with the Administration of Justice: Varieties of Dispute Processing*, in 70 *Federal Rules Decisions*, 1976, 111 ss in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
13. Si tratta dei valori, che Chase chiama del contro-culturalismo, che si sono sviluppati nella società americana degli anni '60 del secolo scorso e che possono essere riportati sotto lo slogan "potere alle persone" in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
14. Ancora Chase sottolinea come proprio nell'unione di valori tra loro assai lontani e quasi antitetici, come possono essere l'efficienza e l'autorealizzazione del singolo, va individuata una delle chiavi del successo del fenomeno ADR in "La Mediazione civile e commerciale" a cura di Besso Chiara G. Giappichelli Editore 2010.
15. Cfr. i rilievi di Roo-Jagtenberg, *ADR in the European Union*, in Cadiet (a cura di), *Médiation et arbitrage*, cit., 179 s.
16. Aubert, *Competition and dissensus: two types of conflict and of conflict resolution*, in 7 *Journal Conflict Resolution*, 1963, 26 ss.
17. Fisher-Ury, *L'arte del negoziato* (1981), Milano, 1995, Cuomo Ulloa, *La conciliazione. Modelli di composizione dei conflitti*, Padova, 2008, 414 ss., Arielli Scotto, *Conflitti e mediazione. Introduzione a una teoria generale*, Milano, 2003, 164, Besemer, *Gestione dei conflitti e mediazione* (1993), Torino, 1999.
18. Cfr., Abel, *The Contradictions of Informal Justice*, in Abel (a cura di), *The Politics of Informal Justice*, I, *The American Experience*, New York, 1982, 270 ss.; Fiss, *Against Settlement*, in 93 *Yale Law Journal*, 1984, 1073 ss.; nader, *Le forze vive del diritto. Un'introduzione all'antropologia giuridica*, Napoli, 2003, 110 ss.
19. Yarn, *Mediation in den USA*, in Haft-Grafin Von Schliffen (a cura di), *Handbuch Mediation*, 2^a ed., Munchen, 2009, 1259 ss., Coben-Thompson, *Mediation Litigation Trends: 1999-2007*, in 1 *Word Arbitration & Mediation Review*, 2007, 395 ss.
20. Bush, *Staying in Orbit, or Breaking Free: the Relationship of Mediation to the Courts over Four Decades*, in *North Dakota Law Review*, 2008, 705 ss.
21. Monina Cecilia traduzione testo Harvard Mediation Program in <http://www.law.harvard.edu/academics/clinical/hmp/> e *Students mediate Harassment Prevention Orders* in http://www.law.harvard.edu/news/spotlight/clinical-practice/24_students-mediate-harassment-prevention-orders.html.
22. Cappelletti *Dimensioni della giustizia nelle società contemporanee*, Bologna, 1994, 90 ss.
23. Chiarloni, *La conciliazione stragiudiziale come mezzo alternativo alla risoluzione delle dispute*, in Riv.dir. proc., 1996, 699.
24. Ministero Della Giustizia *Percorsi chiari e precisi, un tuo diritto-La mediazione civile e commerciale* in http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_7_11.wp?previousPage=mg_14_7.
25. Comandè G. *La mediazione in responsabilità sanitaria: dal "pacco avvelenato" alla "giustizia alta"* in *Rivista Italiana di Medicina Legale*.
26. D'Imporzano M. e Cirese Vania Dossier. *Responsabilità professionale del medico* in www.quotidianosanita.it.

27. Art.3 commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 nr. 28.
28. De Palma, A., Quattrocolo, A., La mediazione tra medico e paziente. Un intervento imparziale sul fenomeno crescente del contenzioso per responsabilità professionale medica, Athena Medica s.r.l., Modena, 2009; Fiori, A., Medicina legale della responsabilità medica, Giuffrè, Milano, p. 39, 1999; Muldoon, B., The heart of conflict, Perigee Trade, New York, 1996; Scatolero, D., Gli interventi sociali in favore della vittima, Tutela della vittima e mediazione penale, a cura di Ponti G., Giuffrè, Milano, pp. 129-149, 1995 in Esperienze di Mediazione in sanità, a cura di Quattrocolo A. e Trombini V.-Consumatori, Diritti e Mercato-Argomenti nr. 2/2011.



Corsi e Congressi di Interesse Riabilitativo



Responsabilità Professionale Sanitaria e Mediazione Civile

13 dicembre 2013

Moderatore

Osvaldo Scarpino

Segretario Regionale ANAAO-ASSOMED

8.15 Iscrizione e saluti delle autorità

8.30 Amedeo Bianco

La responsabilità civile delle professioni sanitarie: quale futuro legislativo?

9.00 Piero Ciccarelli

Impatto economico della responsabilità professionale nelle Aziende Sanitarie

9.30 Oriano Mercante

Il sindacalismo medico e la responsabilità professionale

10.00 Fulvio Borromei

Il nuovo medico tra burocrazia documentale, tagli alla sanità pubblica e medicina «difensivistica». I rischi e le prospettive

10.30 Giuseppino Conti

L'infermiere nella revisione della spesa sanitaria: le problematiche sindacali

11.00 Sandro Ortolani

L'infermiere nella nuova organizzazione sanitaria.

11.30 Piergiorgio Fedeli

La responsabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie

12.00 Cinzia De Stefani

La Mediazione Civile. Principi fondamentali

12.30 Alessandro Marrino

Ruolo dell'avvocato nella Mediazione Civile

13.00 Giuliano Natalucci

Dal contenzioso in tribunale alle ADR: difficoltà di un percorso culturale

13.30 Valutazione apprendimento con prova scritta e verifica della qualità percepita

Crediti ECM: n. 3.8 per tutte le professioni sanitarie e n. 5 per gli avvocati



Elenco corsi e congressi

Titolo	Sede	Data	Promosso da
Il dipartimento quale strumento di garanzia dell'appropriatezza, sostenibilità ed equità della presa in carico riabilitativa info: grazia.altavilla@sanita.marche.it	Jesi	11 dicembre 2013	 
CasAmica: Realizzazione di una smart house come residenza pre-dimissione destinata a pazienti anziani info: urp@inrca.it	Ancona	12 dicembre 2013	
Responsabilità professionale sanitaria e mediazione civile info: www.seres-onlus.org	Ancona	13 dicembre 2013	
Corso Educazionale SIOMMMS (Società Italiana Osteoporosi Malattie del Metabolismo Minerale e dello Scheletro) (in progress) info: cmfrancucci@libero.it	Osimo	I trimestre 2014	
VI Congresso Pasquale Pace "La ricerca della qualità in tempo di crisi" info: grazia.altavilla@sanita.marche.it	Pesaro	23-24 maggio 2014	
III Corso di aggiornamento Osteoporosi: dalla fisiopatologia al ruolo del fisiatra info: www.museioncoop.net	Osimo	25-26-27 settembre 2014	  
42° Congresso Nazionale SIMFER info: www.simfer.it	Torino	28 settembre / 1 ottobre 2014	
Menti Attive La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche info: www.seres-onlus.org	Osimo	28 novembre 2014	 
Riabilitazione Cardiologica del grande anziano info: g.ghetti@inrca.it	Ancona	da definire	
Corso su mesoterapia e infiltrazioni info: www.seres-onlus.org	Osimo	da definire	

con il contributo di:



www.ottobock.it



www.neriteam.eu



www.molinarielettromedicali.it



www.cbceurope.it



www.fisiofitness.eu



www.palestrazenith.it



www.medicalinerehab.it



www.roplusten.com



ISBN 978-88-6068-114-0

