

ORAS. PROGETTO PROGAIT - L'INGEGNERE JIMMY SUTAJ A MOTTA

Nei mesi di marzo ed aprile 2021 si è svolta in ORAS la sperimentazione del progetto **PROGAIT** (*Physiological and Rehabilitation Outcomes: Gains from Automated Interventions in stroke Therapy*), finanziato dal Programma Europeo per la Ricerca ed Innovazione (2014-2020) **Horizon 2020**, nello specifico all'interno delle *Marie Skłodowska Curie Actions (MSCA)*, *Research and Innovation Staff Exchange (RISE)*.

Il progetto, iniziato nel marzo 2018 e che coinvolgerà altre sedi europee **fino al marzo 2022**, è stato implementato da un partenariato composto da: University College Dublin (partner capofila), Dipartimento di Neuroscienze, sezione di Riabilitazione (diretta dal **Prof. Stefano Masiero**), **Università degli Studi di Padova**, Mater Misericordiae University Hospital (Dublino), Ekso Bionics Inc (USA), University of Ulster (UK), G.Tec. Medical Engineering GmbH (Austria) e l'Ospedale Riabilitativo di Villa Beretta (IT).



L'obiettivo finale del progetto è la **produzione di un prototipo di esoscheletro** con integrazione di **biosegnali cerebrali e muscolari** che permettano la personalizzazione della riabilitazione del cammino in soggetti post-ictus cerebrale.

La sperimentazione con l'exoscheletro si è svolta presso l'Unità Operativa Recupero e Riabilitazione Funzionale – **Unità Spinale di ORAS** sotto la responsabilità del Dr. H. A. Cerrel Bazo.

Questo modulo di ricerca è stato diretto dal Prof. Masiero e coordinato dalla **Prof.ssa Alessandra Del Felice**, della Sezione di Riabilitazione dell'Università di Padova. Sotto il coordinamento della Dott.ssa Bonini e con il coinvolgimento del personale di ORAS e di pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa, la sperimentazione è stata implementata da due studenti specializzandi della Scuola di Medicina Fisica e Riabilitativa (Dott.ssa

Venturin e Dott. Dazzi) e da un **ingegnere clinico della G.Tec. Medical Engineering GmbH: Jimmy Sutaj.**

L'ingegnere ventiseienne di Vienna ha una specializzazione in fisica medica e ingegneria clinica. Attualmente sta lavorando per la società austriaca come software ingegner ma sta anche svolgendo un Dottorato di Ricerca presso l'Università di Trento, finanziato dai fondi Europei dello **European Institute of Innovation & Technology (EIT).**

L'ingegnere è stato coinvolto solo nella fase di **sperimentazione dell'esoscheletro** ed è stato in visita presso l'Università di Padova dall'ottobre 2020 all'aprile 2021 per svolgere le attività di ricerca. **Jimmy ha descritto l'esperienza in ORAS come molto buona poiché ha sempre trovato accoglienza, cordialità ed interesse** da parte del personale di ORAS. Ha inoltre trovato piacevole l'ospedale e i suoi spazi (per quanto "ristretti"), l'ambiente e la cittadina verde.



Al momento non sa ancora se sceglierà la strada della carriera aziendale o accademica ma ha affermato che lavorerebbe volentieri in un ospedale come ORAS.

Si coglie l'occasione per **ringraziare tutto il personale di ORAS** che ha collaborato alla sperimentazione dando la propria disponibilità per il successo della fase di raccolta dati del progetto.

Per maggiori informazioni sul progetto si può visitare il sito di progetto <http://www.pro-gait.eu/> oppure il sito della Commissione Europea sui risultati dei progetti finanziati: <https://cordis.europa.eu/project/id/778043>.

This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 RISE programme under the Marie Skłodowska-Curie grant agreement No 778043 PRO GAIT

dott.ssa Ilaria Pitton

LA RIABILITAZIONE DELLA MANO IN ORAS

La mano è un organo complesso la cui cura necessita di **capacità tecniche** (chirurgiche e riabilitative) specifiche per tipo di tessuti (osso, tendine, nervi e cute) e peculiari per tipo di patologia.

Così come la chirurgia specialistica della mano è in continua evoluzione (tecniche chirurgiche: artroscopia, endoscopia, osteosintesi ecc.), così **la riabilitazione della mano deve adattarsi con protocolli sempre aggiornati.** Quindi, data la complessità di questo organo, oltre che una chirurgia specialistica deve necessariamente esserci anche

una riabilitazione competente, un fisioterapista particolarmente formato a questo tipo di interventi.

Il trattamento riabilitativo della mano assume significato sia di **prevenzione**, applicabile a tutte le situazioni, sia nel senso stretto di **trattamento delle lesioni, delle patologie e degli esiti**. Le mani non opportunamente trattate, immobilizzate in maniera scorretta o prolungata tendono ad evolvere in rigidità persino a sviluppare danni secondari. **Il trattamento fisioterapico** è da subito orientato alla prevenzione di tali condizioni e deve essere tempestivo per non dire immediato, opportunamente pianificato grazie alla stretta collaborazione con il chirurgo.



Caratteristica fondamentale nella gestione delle patologie della mano è la **collaborazione** fra chirurgo e terapeuta e paziente che viene chiamato in causa come parte attiva al trattamento. Gli strumenti di cui si avvale il terapeuta mano sono molteplici e dipendono dagli obiettivi che ci prefiggiamo. Uno strumento di fondamentale importanza è **l'utilizzo dei tutori** comunemente chiamati anche splint o ortesi.

Sono validi strumenti riabilitativi molto utili nel trattamento di numerose patologie della mano sia in ambito conservativo che post-chirurgico. In **ORAS a Motta di Livenza** sono utilizzati quando si tratta di intervenire con competenza sulla mano di un paziente.

I tutori sono realizzati in materiale termoplastico a bassa temperatura e vengono confezionati su misura, modellati direttamente sulla mano del paziente in base all'evoluzione della patologia e del protocollo riabilitativo.

UN PROBLEMA DIFFUSO ...INCONTINENZA E RIABILITAZIONE

L'incontinenza urinaria è una **patologia con rilevanti implicazioni** per i pazienti e le loro famiglie ed ha un grande impatto economico per i servizi sanitari. In Italia ne soffrono più di 5 milioni di cittadini: **il 20-30% delle donne e il 2-11% degli uomini**.

L'incontinenza urinaria è definita dall'*International Continence Society* come **"la manifestazione di una perdita involontaria di urina"**. Può essere causata da un danno al **sistema nervoso centrale** o può manifestarsi a seguito di anomalie funzionali delle **basse vie urinarie**.

Esistono **varie forme di incontinenza**: da sforzo, da urgenza, mista, da vescica iperattiva ... fino alla enuresi notturna. Ai fini della valutazione del tipo ed entità dell'incontinenza è opportuno effettuare un'**anamnesi generale** che contempli i fattori precipitanti e aggravanti la perdita di urina, e relativi al momento dell'insorgenza e alla durata dei sintomi, nonché al grado di disagio.

La valutazione dello specialista comporta un esame fisico, addominale, perineale/genitale, rettale fino al pad test (per quantificare il volume di urina presa pesando

un pannolino prima e dopo un certo tipo di attività volta ad indurre delle perdite) ed alla forza dei muscoli del pavimento pelvico.



Il ruolo della fisioterapia nella gestione delle disfunzioni urogenitali è chiaro e largamente evidenziato dalle prove di efficacia. Il *National Institute for health and Clinical Excellence* (NICE) ha stabilito che il trattamento d'elezione per le persone affette da incontinenza urinaria da sforzo o incontinenza mista dovrebbe essere rappresentato da un periodo di **allenamento supervisionato dei muscoli del pavimento pelvico** (*Pelvic Floor Muscle Training, PFMT*).

Il trattamento è più efficace se intenso e l'obiettivo è di **umentare la forza e/o migliorare la tempistica della contrazione dei muscoli del pavimento pelvico**. Il training dei muscoli del pavimento pelvico è un allenamento muscolare graduale e viene utilizzato per migliorare la funzione dei muscoli stessi. L' utilizzo terapeutico del training dei muscoli del pavimento pelvico comprende la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria.



La prevenzione viene suddivisa in tre gradi: *primaria, secondaria, terziaria*.

- Il compito della *prevenzione primaria* è quello di rimuovere le cause di malattia,
- mentre con la *prevenzione secondaria* si devono riconoscere disfunzioni subcliniche e asintomatiche per trattarle e interrompere la progressione,
- con la *prevenzione terziaria* si intende l'intervento sui sintomi presenti per prevenire la progressione e generare la regressione.

L'incontinenza urinaria può essere affrontata e risolta in modo semplice. Negli ultimi decenni il mondo scientifico ha dimostrato come **la fisioterapia e la riabilitazione del pavimento pelvico** costituiscano il primo approccio terapeutico per la cura dell'incontinenza urinaria.

In ORAS a Motta di Livenza, nell'ambito dell'attività specialistica, si sono spesso indirizzati pazienti all'attività riabilitativa appropriata per il superamento dei problemi legati alla incontinenza urinaria.

ORAS. SINDROME POST COVID E RIABILITAZIONE

È definita "sindrome post Covid". **È l'insieme delle conseguenze disabilitanti che spesso permangono una volta passata la fase acuta della malattia,** anche dopo la negativizzazione, cioè la guarigione dal virus: **sintomi respiratori, cardiocircolatori, gastrointestinali e neurologici, accompagnati da senso di fatica, dolori muscolo-scheletrici, depressione, ansia...** Se ne è discusso nel corso di un webinar promosso dalla SIMFER (Società Italiana di medicina fisica e riabilitativa).

*"Ci sono sintomi che persistono anche quando il virus non c'è più e disfunzioni di organo che persistono nel tempo, anche dopo un iniziale recupero. **È in particolare tutto l'apparato respiratorio** - è quanto è emerso dal seminario - che viene colpito, ma non solo. Restano da dimostrare gli esiti disabilitanti di **carattere neurologico,** mentre sono state riscontrate, anche in pazienti adulti, **sindrome infiammatoria multisistemica (MIS) o sindrome di Kawasaki** con congiuntivite, febbre, eruzioni cutanee".*

È qui che **entra in gioco la riabilitazione** che, secondo le raccomandazioni dell'OMS, deve iniziare prima possibile, attraverso **programmi individuali e personalizzati** che tengano conto dei diversi setting, dal ricovero in struttura riabilitativa al domicilio, con l'utilizzo anche della teleriabilitazione e delle nuove tecnologie. Si tratta di un percorso che **in ORAS oltre al team della riabilitazione respiratoria, sta coinvolgendo la Direzione Sanitaria e tutta la struttura.**



Un team multidisciplinare per la riabilitazione

Come modello emblematico di un percorso riabilitativo andato a buon fine si può ripercorrere **l'iter di un paziente ricoverato in ORAS** dopo un ricovero di oltre un mese in terapia intensiva per aver contratto il Covid in forma severa.

All'accoglienza il paziente era "supportato dal ventilatore per la respirazione, non parlava, aveva una tetraparesi flaccida con perdita della motilità e diminuzione del tono muscolare, si alimentava con sondino naso-gastrico e versava in stato di prostrazione psicologica e ansia".

Nel reparto di riabilitazione specialistica, nonostante il quadro clinico ancora abbastanza severo, soprattutto per l'apparato respiratorio e motorio, il **paziente è**

stato progressivamente accompagnato verso l'uscita da quel tunnel nel quale il virus l'aveva catapultato in così poco tempo.

*"Il percorso riabilitativo – spiega il dr. **Guido Sattin**, direttore sanitario – è stato complesso perché ha **coinvolto più fronti e un team multidisciplinare** che si è coordinato su diversi obiettivi: far tornare gradualmente il paziente alla respirazione spontanea, svezandolo da ogni forma di supporto meccanico o dall'ossigeno; rieducarlo al movimento, a partire dalla stazione eretta al cammino; alimentarlo senza più il sondino naso gastrico, rieducarlo alla deglutizione e alla fonazione corretta e consentirgli di superare lo stato di ansia e prostrazione psicologica nel quale si trovava ancora".*



Un articolato programma di esercizi prima in camera poi in palestra, si è concluso con l'intervento del **terapista occupazionale** per la preparazione al ritorno a casa e alle normali azioni della vita quotidiana. In tutto questo, non secondario è stato il **supporto psicologico, con il coinvolgimento dei familiari**, in costante contatto con il team riabilitativo e con il paziente.

Fino alle dimissioni (anche queste accompagnate da adeguate istruzioni ed un programma di controlli) , dopo un faticoso cammino durato – a volte - alcuni mesi: **"Al momento delle dimissioni** – conclude il dr. Sattin – *il paziente era tornato alla respirazione spontanea, aveva recuperato un livello soddisfacente di motricità e anche il quadro cognitivo era rientrato nella norma*". La riabilitazione è poi proseguita a livello ambulatoriale e domiciliare., con i controlli periodici di routine.

Costruire un protocollo operativo

ORAS sta monitorando questa casistica al fine di proporre la propria esperienza. Confrontarla con altre che si stanno strutturando nel territorio nazionale individuando buone prassi, carichi di lavoro, possibili protocolli operativi, outcome.

COVID-19. I DATI DEL VENETO AL ...

Alle 17.00 del **21 maggio** erano **11.534 i casi di positività attuale** Covid-19 in Veneto (**1.285** nella Marca Trevigiana). **I deceduti** dall'inizio della pandemia erano **11.524** di cui **1.809 nel Trevigiano**.

I ricoverati in area non critica erano **446 (30 nella Marca)** e **74 in terapia intensiva (7 nella Marca)**. Nelle strutture territoriali (ospedali di Comunità, RSA) erano degenti 74 pazienti di cui 2 in provincia di Treviso.

Alle 23.59 del **20 maggio** erano state somministrate **in Veneto 2.441.307 dosi di vaccino** (92,7% delle dosi pervenute), con 1.688.750 prime dosi in totale (34,4% della popolazione) e **752.544 cicli completati (IL 15% della popolazione)**.

Il 97,6% della popolazione +80anni ha ricevuto almeno una dose di vaccino, L'84,7% della popolazione 70-79 anni ed il 74,1% della popolazione 60-69 anni ha ricevuto almeno una dose di vaccino. Analogamente hanno ricevuto almeno una dose il 73,6% delle persone disabili ed il 70,7% delle persone fragili.

Nonostante segnali contrastanti (vedi il numero delle classi anche nel Trevigiano Che hanno concluso la scuola prima del tempo per quarantena), i dati comunicano il **progressivo costante diminuire dei contagi e dei ricoveri ospedalieri**. Contestualmente i decreti governativi e regionali accompagnano **la ripresa** delle attività ed i nostri colori passano dall'arancione al giallo con l'approdo previsto al bianco.

Il Presidente **Zaia continua a ribadire di non abbassare la guardia**, occorre mantenere ad ogni livello comportamenti prudenziali e preventivi perché il Covid-19 non è stato ancora sconfitto.

SIDIMA E LA COMUNICAZIONE SU DISABILITA' & INCLUSIONE

Il 20 aprile scorso, durante la **Giornata Nazionale del Disability Manager**, istituita dalla **SIDIMA** (Società Italiana Disability Manager), per festeggiare i suoi primi dieci anni, nell'ambito del seminario in rete *Storia, impegno e futuro del disability manager*, un'ampio spazio è stato riservato al **Premio Internazionale SIDIMA 2021**, prima edizione di un riconoscimento che si ripeterà di anno in anno, così come annualmente verrà celebrata la Giornata Nazionale, sempre il 20 aprile, per riflettere su quanto è stato fatto e su tutto quello che ancora c'è da fare rispetto alla figura del disability manager.



Maria Giovanna Faiella, Ambra Notari e Stefano Borgato

In questa edizione inaugurale di lancio, il premio – rivolto ai professionisti, alle Istituzioni e alle aziende pubbliche e private – ha riguardato l'aspetto della **comunicazione**, ed è stato assegnato a tre personalità che, con professionalità e serietà, si sono distinte nella divulgazione delle tematiche riguardanti **la disabilità e l'inclusione**, apportando un reale e concreto contributo alla promulgazione di esse.

Maria Giovanna Faiella, dunque, giornalista del *Corriere Salute*, rubrica del «Corriere della Sera», è stata premiata «per essersi distinta, sin dall'introduzione nel contesto italiano, per l'azione di promozione del concetto di Disability Management e della figura del disability manager, mantenendo uno stile in grado di unire il taglio giornalistico della

testata con un preciso registro terminologico di taglio tecnico-scientifico relativo alla complessità del fenomeno della disabilità».

Dal canto suo, **Rodolfo Dalla Mora**, presidente della SIDIMA, si è complimentato con Faiella, «per il lavoro e per la sua visione in termini di divulgazione del concetto di disabilità in senso ampio, non limitato ad un contesto medico-clinico, ma **secondo il modello biopsicosociale**».

Un altro riconoscimento è andato ad **Ambra Notari**, giornalista delle testate «SuperAbile» e «Redattore Sociale», «per il suo coniugare con successo le diverse dimensioni e sfaccettature che caratterizzano la società contemporanea, dedicando alla disabilità una prospettiva proattiva di particolare rilievo, oltretutto sottolineando le situazioni di emarginazione e il superamento delle stesse».

«Notevoli – ha commentato Dalla Mora – alcuni suoi articoli sulla **sublimazione della disabilità nell'arte** come approccio all'inclusione».

E infine **Stefano Borgato**, segretario di redazione di «Superando.it», la testata in web edita dalla FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap) ritenuta «di fondamentale importanza per l'analisi delle tematiche relative alla disabilità in tutte le sfaccettature di esse». «Attraverso una comunicazione aggiornata – è la motivazione –, il premio accompagna l'attenzione e la sensibilità multidisciplinare con cui si rivolge al mondo della disabilità, unendole alla cura del lato umano della stessa».

(da: www.superando.it)

MANAGER DISABILITÀ INCONTRANO IL MINISTRO STEFANI

Un mese fa, i membri del **Direttivo Nazionale della S.I.Di.Ma** Società Italiana Disability Manager, con sede in **ORAS, ospedale di Motta di Livenza**, hanno incontrato in videoconferenza la Ministra per le disabilità Erika Stefani, per discorrere in ordine al rilievo della figura del Disability Manager e della sua formazione.



Il Presidente **Rodolfo Dalla Mora** e i componenti della Società Italiana Disability Manager hanno rappresentato alla Ministra l'attività svolta e in corso di definizione della **S.I.Di.Ma** nei diversi ambiti di riferimento: Comuni, aziende, lavoro, sanità e turismo.

A tal proposito, è stato posto l'accento sull'importanza della figura del Disability Manager e della sua formazione, necessarie per dare maggiore impulso alle politiche di **Disability Management**, rendendole sempre più efficaci.

Parole di auspicio derivano anche dal Presidente Nazionale S.I.Di.Ma Rodolfo Dalla Mora, che ha dichiarato: "Questo incontro rappresenta il prosieguo dell'attività di S.I.Di.Ma nel dialogare con le alte Istituzioni; un dialogo già avviato e in continua crescita, che si rende quanto mai necessario per portare avanti le progettualità e l'impegno di S.I.Di.Ma, nell'ottica di una piena inclusione".

(da: www.superabile.it)

SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO ASSOCIATA A COVID

Quasi **un paziente su quattro** ricoverato per la **sindrome da distress respiratorio acuto (Ards) associata a forme gravi di Covid-19** può avere un fenotipo distinto e maggior rischio di morte, rispetto a quello che si osserva in pazienti con altre forme apparentemente simili della malattia.

Questo è quanto riferiscono i ricercatori del **Massachusetts General Hospital**, guidati da Sylvia Ranjeva, in uno studio pubblicato su ***EclinicalMedicine***.

Lavori precedenti hanno suggerito che alcuni pazienti hanno quello che viene chiamato un **fenotipo iper-infiammatorio**, perché i loro corpi rispondono a malattie o lesioni scatenando un flusso di citochine e altre sostanze per combattere la malattia.

Diversi studi hanno dimostrato che i pazienti con fenotipo iper-infiammatorio hanno un **rischio di morte maggiore di circa il 20% rispetto ad altri pazienti**.



Ma fino ad ora, non è stato chiaro se le risposte dei pazienti all'Ards provocata da altre cause siano le stesse delle risposte all'Ards **associata a Covid-19**.

«**La motivazione del nostro lavoro** è che se fossimo in grado di identificare sottogruppi di pazienti con diverse caratteristiche biochimiche, e quindi che rispondono in modo diverso al trattamento o hanno diversi esiti clinici, saremmo un passo più vicini a una comprensione dei meccanismi dell'Ards nel Covid-19» spiegano gli autori.

Per approfondire l'argomento, gli esperti hanno **valutato 263 pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva (Icu)** presso la loro struttura per insufficienza respiratoria dovuta a forme gravi di Covid-19, e hanno osservato che **70 (26,6%)** presentavano livelli aumentati di biomarcatori nel flusso sanguigno che indicavano problemi di coagulazione, maggiore infiammazione e disfunzione d'organo rispetto agli altri pazienti.

I pazienti con questo fenotipo più grave presentavano **un rischio di morte raddoppiato**, nonostante differenze minime nella meccanica respiratoria o nella gravità dell'Ards tra i due fenotipi. I pazienti con il fenotipo meno comune ma più grave

potrebbero essere identificati tramite aumenti dei marcatori di disfunzione d'organo, come la funzione renale e i biomarcatori cardiaci, e da una maggiore evidenza di coagulopatia.

EClinicalMedicine 2021. Doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100829

<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100829>

COVID-19 E CURE DOMICILIARI, LINEE GUIDA MINISTERIALI

No a vitamine, idrossiclorochina, eparina in soggetti che comunque riescono a staccarsi dal letto. Anticorpi monoclonali, cortisonici ed antibiotici vanno dati solo in casi particolari. **Fondamentale monitorare la saturazione di ossigeno**: sotto il 92% vanno valutati il ricovero o l'ossigenoterapia a casa. Così la nuova circolare **"Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SarsCov2"** firmata dalle Direzioni generali Prevenzione e Programmazione del ministero della Salute che aggiorna la precedente del 30 novembre 2020 e in parte la nota Aifa del 9 dicembre scorso.



Posto che **"sull'efficacia di alcuni approcci terapeutici permangono tuttora larghi margini d'incertezza"** e che le cure ai malati ricoverati vanno monitorate in **trial clinici specifici**, per medici di famiglia e pediatri la circolare inquadra le condizioni in cui serve **"cambiare marcia"**.

Le scale di gravità

L'infezione può riassumersi in tre fasi: **una iniziale in cui il virus nel replicarsi provoca** malessere generale, febbre e tosse secca. Se il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione il decorso è benigno e va trattato con paracetamolo o Fans, a meno di chiara controindicazione all'uso; **in altri casi la malattia può evolvere in polmonite interstiziale bilaterale**, con sintomi respiratori che possono o auto-limitarsi o in un 15% di casi (soprattutto maschi >65 anni) con aggravamenti.

Posto che **"sull'efficacia di alcuni approcci terapeutici permangono tuttora larghi margini d'incertezza"** e che le cure ai malati ricoverati vanno monitorate in **trial clinici specifici**, per medici di famiglia e pediatri la circolare inquadra le condizioni in cui serve **"cambiare marcia"**.

Le scale di gravità

L'infezione può riassumersi in tre fasi: **una iniziale in cui il virus nel replicarsi provoca** malessere generale, febbre e tosse secca. Se il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione il decorso è benigno e va trattato con paracetamolo o Fans, a meno di chiara controindicazione all'uso; **in altri casi la malattia** malattie croniche

od obesi con Bmi>30) **sfociare nell'insufficienza respiratoria con "ipossiemia silente"**, caratterizzata da bassi valori di ossigenazione ematica in assenza di sensazione di dispnea soggettiva, e alto rischio di stato infiammatorio in grado di produrre a livello polmonare quadri quali l'Acute Respiratory Distress Syndrome-Ards.

La circolare riepiloga i compiti dei medici di primo livello

Segnalare alle Asl **i casi sospetti** dove serve il tampone; talora eseguire di persona i test indicando esiti, dati di contatto dell'assistito e condizioni di applicabilità dell'isolamento a casa; gestire a casa chi non richiede ricovero; **identificare pazienti ad alto rischio**, specifici parametri di peggioramento e potenziali beneficiari della terapia con anticorpi monoclonali; **fare educazione sanitaria** ed istruzione su uso dei presidi di monitoraggio; collaborare con infermieri sui pazienti complessi.



Saturimetro e terapie

La nuova circolare ministeriale ribadisce che la **"vigile attesa" implica sorveglianza clinica attiva e costante monitoraggio dei parametri vitali del paziente**; e suggerisce di usare **la scala MEWS** (Modified Early Warning Score, MEOWS per le donne in gravidanza) per misurare su 5 gradi la gravità del quadro clinico in base all'instabilità di parametri quali pressione, frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione.

Inoltre, conferma **l'importanza del test cammino** per la saturazione e della comunicazione di quei dati da parte del paziente. "In base alla letteratura scientifica e alle caratteristiche dei saturimetri in commercio, si ritiene di considerare come **valore soglia di sicurezza per un paziente domiciliato il 92% in aria ambiente** (e non il 94%). Valori di saturazione superiori, infatti, hanno assai bassa probabilità di associarsi a un quadro di polmonite interstiziale grave".

Tra i casi moderati e gravi, l'eparina va somministrata a pazienti realmente immobilizzati; a chi ha un rischio aumentato di sarcopenia va garantito appropriato apporto proteico e compatibilmente con le condizioni gli va detto di muoversi dal letto anche per evitare il ricorso eccessivo all'anticoagulante.

Va raccomandata la posizione prona a riposo, e vanno proseguiti i trattamenti immunosoppressivi di patologie gravi a meno di diverso parere dello specialista curante.

I corticosteroidi si danno solo a soggetti con malattia grave o a rischio di progressione verso forme severe, in presenza di un peggioramento della saturazione che richieda o ricovero in ospedale o, nell'impossibilità, ossigeno a casa.

Gli antibiotici sono ammessi solo se l'infezione batterica è dimostrata da un esame microbiologico o se c'è fondato sospetto clinico. No all'idrossiclorochina la cui efficacia

non è stata confermata dai trial condotti. E no ai farmaci in aerosol se ci sono conviventi in casa. Vanno evitate le benzodiazepine, specie ad alto dosaggio, per i possibili rischi di depressione respiratoria. Per vitamine ed integratori alimentari mancano prove derivanti da trial di efficacia. Gli anticorpi monoclonali, che potrebbero non essere efficaci contro le varianti inglese e sudafricana, andrebbero somministrati in ospedale per gestire eventuali reazioni avverse gravi, non oltre i 10 giorni dall'inizio dei sintomi.

Bambini e telemedicina

In età pediatrica, nei bambini con febbre $>38,5^{\circ}\text{C}$, mal di gola, cefalea, dolori articolari vanno bene paracetamolo (10-15 mg/kg/dose ogni 5-6 ore) od ibuprofene (20-30 mg/kg di peso al giorno, in tre dosi). **Vanno considerati fattori di rischio di aggravamento e necessitanti ricovero** l'età sotto l'anno (specie i primi 6 mesi), cardiopatie, malattie polmonari croniche, malformazioni, diabete, tumori, epilessia, patologie neurologiche, disordini metabolici, nefropatie, immunodeficienze.

La telemedicina è sconsigliata nei disabili, nei malati cronici o acuti, e nei pazienti "nuovi" che al primo contatto mostrino stato di coscienza alterato, o dispnea a riposo, o PA sistolica <100 . In questi casi o si visita in presenza o si avvia al ricovero ospedaliero.



2 giugno

"La Repubblica è una conquista nostra e dobbiamo difenderla, costi quel che costi"
Sandro Pertini (1896-1990)

"La Costituzione è il fondamento della Repubblica" ***Luigi Sturzo (1871-1959)***

"Popolo, ricordati che se nella repubblica la giustizia non regna con impero assoluto, la libertà non è che un vano nome" ***Maximilien de Robespierre (1758-1794)***

"Uno squilibrio tra il ricco e il povero è il più vecchio e mortale alimento per tutte le repubbliche" ***Plutarco***