

Tema del mese



Cronicità, vita media e nuove conoscenze richiedono interventi trasversali e la creazione di équipe multidisciplinari fluide, capaci di mutare a seconda delle esigenze del paziente

Stefania Somaré 

# Multidisciplinarietà

## Sempre più un must

**M**ultidisciplinare", "trasversale", "multiprofessionale": ecco alcune delle parole di maggiore uso in ambito medico negli ultimi anni. Stanno cambiando l'approccio al paziente e la visione della malattia, il paziente viene visto nella sua interezza: dopo un periodo in cui ogni medico specialista guardava solo al suo ambito di competenza, si è tornati a valutare più aspetti della vita e della malattia del paziente. E per farlo è necessario che medici di specialità diverse si parlino e collaborino in équipe trasversali. Di questa necessità si parla molto negli ultimi tempi anche all'interno delle società scientifiche di ambito ortopedico.

### Il concetto di équipe fluida

Le figure che ruotano attorno alle problematiche ortopediche sono principalmente il fisiatra, il chirurgo ortopedico, il fisioterapista. Affermazione vera solo in parte. Lo confermano il dottor Giuseppe Andreoletti, responsabile di ortopedia del Policlinico San Marco di Zingonia (BG), e la dottoressa Claudia Ceravolo, fisiatra nella stessa struttura. Due professionisti abituati a collaborare quotidianamente per il bene dei propri assistiti e a farlo anche con altre figure mediche. «Il concetto di multidisciplinarietà sta iniziando a farsi sentire anche nel nostro ambito», interviene il dottor Andreoletti, «sia per quanto riguarda il miglioramento dell'atto chirurgico e perioperatorio sia per gli aspetti diagnostico e riabilitativo. Se ci pensate, unire esperti di differenti branche mediche è il solo modo per poter rispondere adeguatamente all'esigenza di salute di ogni paziente. E così, se il soggetto è un bambino, ci sarà bisogno di un pediatra e, in sala

operatoria, di un anestesista pediatrico. Ma anche, a seconda dei casi, di un neurologo, se il bambino presenta problematiche neurologiche, di uno psicologo, di un logopedista e così via. Se il soggetto è anziano la situazione è ancora più complessa, perché – se per esempio il problema da trattare è un esito di ictus – oltre al neurologo è necessario rapportarsi anche con un geriatra, ma anche con un cardiologo, uno pneumologo, un diabetologo, poiché spesso nei soggetti anziani si presentano delle comorbidità che devono essere tenute in considerazione sia in fase operatoria sia in tutte le altre fasi del percorso terapeutico». Non finisce qui, però: non ci si deve dimenticare degli ingegneri biomeccanici, che conoscono i nuovi impianti presenti sul mercato e i materiali da utilizzare, così come degli ortopedici ultraspecialisti, se si deve trattare una mano, un'anca, un piede, un ginocchio. Importanti anche i medici trasfusionali, che devono dare indicazioni nei soggetti che hanno perso molto sangue durante l'intervento. «Fondamentale è, altresì, la collaborazione con l'anestesista, non solo per la fase operatoria, ma anche per la gestione del dolore. I passi avanti fatti in anestesiologia sono stati fondamentali per migliorare la ripresa dei pazienti che oggi, dopo un intervento chirurgico, tornano in movimento prima e possono intraprendere presto il percorso di riabilitazione». Se oggi si afferma l'esigenza di lavorare insieme per ottenere risultati migliori il motivo va ricercato anche nei cambiamenti tecnologici e nelle nuove pratiche operatorie, sempre meno invasive. «La schiera dei pazienti che possono essere sottoposti a interventi ortopedici è notevolmente aumentata», spiega

Claudia Ceravolo, «e questo richiede capacità di trattarli. Grazie ai tempi più ridotti in sala operatoria, oggi un cardiopatico o un soggetto con insufficienza respiratoria può essere sottoposto a intervento. Lo stesso vale, per esempio, per un grande anziano con frattura al femore: certo, presenta delle comorbidità che devono essere tenute in considerazione durante tutto il percorso terapeutico, ma può essere operato».

«Lo stesso si può dire della riabilitazione: la tecnologia e le tecniche fisioterapiche sono migliorate al punto da favorire la ripresa della deambulazione anche nei pazienti complessi (per esempio, soggetti con la malattia di Parkinson o siti di ictus). Oggi si possono riabilitare individui che in passato sarebbero stati tutta la vita in strutture riabilitative, senza compiere progressi. Oggi si possono riabilitare anche soggetti con problematiche comportamentali, lavorando insieme a psicologi e psichiatri. Ancora una volta, questi pazienti devono essere trattati a 360°, considerando tutte le loro esigenze. Parlare di équipe multidisciplinare è, in un certo senso, limitante. Forse sarebbe meglio parlare di équipe aperta, fluida: occorre saperla modificare a seconda delle esigenze del paziente». Perché ciò sia possibile è importante potersi affidare a procedure conosciute da tutti i membri dell'équipe e avere un vocabolario comune: la comunicazione è essenziale.

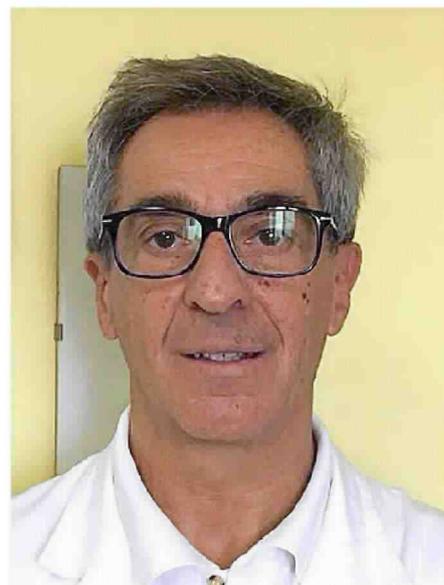
### **Protocolli standard e un vocabolario comune**

La realtà del Policlinico di Zingonia è abbastanza rara in ambito ortopedico: qui l'ortopedico e il fisiatra lavorano gomito a gomito, spesso facendo insieme il giro dei pazienti. «Sappiamo che la nostra è una situazione privilegiata. Per vari motivi»,



**Claudia Ceravolo**

spiega Giuseppe Andreoletti. «In primo luogo, io e Claudia Ceravolo lavoriamo insieme tutti i giorni, il che significa che ci capiamo molto rapidamente. Inoltre, essendo questo un Policlinico, quando abbiamo bisogno di un confronto con un geriatra, un neurologo, uno psicologo, un cardiologo e così via, possiamo chiamare esperti interni, con cui siamo abituati a interfacciarci. Questo semplifica notevolmente la comunicazione. Infine, facendo parte di una stessa struttura ospedaliera, i nostri protocolli sono condivisi. Forse anche per questa ragione, pur essendo piccoli, abbiamo alte richieste di entrare nel nostro reparto da parte dei pazienti». Questa facilità è valida anche per tutto l'ambito riabilitativo, ovviamente. Lo conferma Claudia Ceravolo: «il nostro reparto di riabilitazione è integrato nel reparto di Ortopedia e il paziente viene valutato da entrambe le figure. Non viene mai abbandonato dall'ortopedico. Io sono la responsabile del progetto riabilitativo, che è personalizzato: devo quindi consultare vari esperti a seconda delle necessità del paziente. La parte riabilitativa è nelle mani del fisioterapista e del massofisioterapista, che fanno sia terapia fisica sia terapia manuale e kinesioterapica. L'obiettivo è restituire



**Giuseppe Andreoletti**

autonomia al paziente, prima con ausili e poi senza. Alle dimissioni la persona in cura deve potersi vestire da sola, salire e scendere le scale, andare in bagno da sola. Inoltre devono essere rispettati dei parametri di movimento, diversi a seconda dell'articolazione coinvolta». E mentre la riabilitazione prosegue, il fisiatra deve evitare che il soggetto incorra in complicanze post-operatorie e, se accade, deve rivolgersi a chi di competenza. Per quanto riguarda le protesi, a Zingonia c'è un'officina ortopedica interna alla struttura, il che semplifica anche la collaborazione con il tecnico ortopedico che, di fatto, viene interpellato per decidere quale sia la soluzione migliore per lo specifico paziente e non solo per preparare l'ausilio. Che cosa accade quando le condizioni non sono così favorevoli? «Probabilmente inizialmente tutto è più complesso», ammette Claudia Ceravolo. «Quando gli specialisti non sono della stessa struttura, ci possono essere linee guida diverse, un modo di pensare anche differente. Allora è essenziale specificare i propri metodi interpretativi prima di avviare la collaborazione, così come evidenziare le strategie e obiettivi. Altro aspetto che può aiutare è avere una cartella

clinica molto chiara, che possa aiutare lo specialista esterno a farsi una idea corretta della situazione del paziente». Man mano che la collaborazione tra specialisti prosegue, la comunicazione diventa più semplice, ovviamente... ma nel mezzo occorre prestarvi molta attenzione.

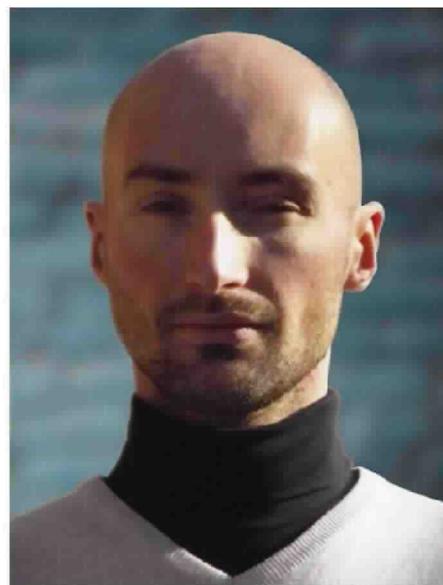
### Il ruolo del tecnico ortopedico

Giuseppe Andreoletti è certo dell'importanza del tecnico ortopedico all'interno di questa équipe aperta: «potersi affidare a un bravo tecnico ortopedico è di grande importanza. Noi medici ortopedici abbiamo bisogno di questa figura e della sua competenza nel suggerire quali ausili usare per assicurare una mobilitazione precoce e sicura al paziente, oltre che per il loro confezionamento. Ciò vale che si stia parlando di mano, polso, colonna, anca, ginocchio, piede. Il tecnico ortopedico è fondamentale e noi ci lavoriamo quotidianamente. Penso che la figura del tecnico ortopedico sarà sempre più importante nelle équipe ortopediche». Una certezza che hanno gli stessi tecnici ortopedici, anche se nella pratica quotidiana esistono delle limitazioni al lavoro in équipe per chi non è interno a una struttura ospedaliera. Andrea Lauria, del Laboratorio Ortopedico Globosan di Collegno (TO), sottolinea: «la nostra figura deve avere un ruolo centrale nella fase riabilitativa del soggetto, soprattutto se si parla di grandi anziani e disabili e di soggetti che possono necessitare di ausili di supporto all'indipendenza a lungo termine. Per alcuni soggetti si parla anche di anni. Il nostro dovrebbe essere un ruolo anche decisionale, nel senso che dovremmo fare parte del team riabilitativo dando il nostro contributo anche in termini di progettazione. Una cosa che,



Paola Sciomachen

purtroppo, avviene ancora poco, per varie ragioni. La prima è di carattere pratico. Il tecnico ortopedico è la sola figura sanitaria che non lavora in struttura ospedaliera, tranne rare eccezioni: ciò rende più difficile creare collaborazioni stabili con i reparti di ortopedia e fisioterapia. Inoltre, se io volessi creare uno spazio interno alla mia azienda dove far venire un ortopedico per visitare i miei clienti, non potrei farlo. La legge me lo vieta. Il problema di fondo è che la nostra figura è commerciale e sanitaria in uno e un negozio commerciale non può ospitare un medico al proprio interno. Dico di più: teoricamente, la legge vieterebbe anche a un medico ortopedico di dire al proprio paziente in quale officina ortopedica recarsi. Il paziente deve essere libero di scegliere, sempre perché facciamo parte del settore commerciale». Esistono quindi dei problemi pratici alla diffusione di collaborazioni attive tra tecnico ortopedico e reparti di ortopedia. Problemi che potrebbero essere risolti,



Andrea Lauria

nel tempo. Andrea Lauria suggerisce, per esempio, di modificare il percorso di formazione del tecnico ortopedico avvicinandolo a quello anglosassone, nel quale si deve scegliere se operare con il SSN o lavorare in ambito commerciale. «Limitazione legislative a parte, credo che se i medici hanno ancora qualche pregiudizio nei nostri confronti, è perché nel tempo ci siamo presentati come bravi artigiani, ma spendendo male le altre nostre competenze. Il tecnico ortopedico è certamente un artigiano, ma altamente qualificato e, oltre a saper creare un tutore o una protesi, deve conoscere bene l'anatomia, la fisiologia e anche le patologie a carico dell'apparato neuromuscolare, in modo da parlare con un medico con cognizione di causa. Insomma, come categoria dobbiamo far capire ai medici che il nostro contributo in équipe riabilitativa può fare la differenza e che siamo disposti anche ad ammodernare le nostre metodiche di lavoro. Noi siamo il vero tramite

tra paziente e medico. Conosciamo i materiali, le tecnologie per utilizzarli al meglio e sappiamo indicare la soluzione migliore per ogni singolo paziente». Forse un ulteriore aiuto, nel sostenere questa importante collaborazione, potrebbe venire dalla formazione universitaria: «si potrebbe pensare a creare un dialogo tra medici laureandi e tecnico ortopedico in formazione sia dall'università. I nuovi professionisti potrebbero quindi essere predisposti a parlare e collaborare, anche perché avrebbero già un linguaggio comune da usare». Come il tecnico ortopedico, vi è un'altra figura che per diverse ragioni si trova oggi a dover riabilitare il proprio nome per poter collaborare a viso aperto con le équipes riabilitative, e non solo. Si tratta degli osteopati.

### **Osteopatia per ridare equilibrio al corpo**

Da qualche mese, con la legge 3/2018, la figura dell'osteopata è stata riconosciuta anche in Italia come professione sanitaria. La legge prevede la successiva emanazione dei decreti attuativi per la definizione delle competenze e dell'iter formativo dell'osteopata, un passaggio che potrà inserire l'osteopata a pieno titolo nelle équipes che lavorano in sinergia per affrontare la complessità delle cure dei pazienti. Quando abbiamo chiesto a Giuseppe Andreoletti cosa ne pensasse della figura dell'osteopata, con grande sincerità ha dichiarato l'importanza che il medico sappia di cosa si occupa questa figura e che vi siano competenze ben definite che non possono essere valicate. In altre parole, ha evidenziato la necessità di chiarezza. Una necessità ben capita e condivisa anche da Paola Sciomachen, osteopata e presidente del

### **IL DOLORE CRONICO**

Esiste una condizione che rende la vita un vero inferno: si tratta del dolore cronico, da cui sono affette parecchie persone. La riabilitazione può essere utile per intervenire su questo disagio, così come l'osteopatia, ogni via per le proprie competenze. E probabilmente la collaborazione tra le due figure potrebbe dare risultati migliori, a vantaggio del paziente. In particolare, il fisioterapista può intervenire, come sottolineato dall'Associazione Fisioterapisti Italiani (AIFI), «con una serie di strategie innovative che contribuiscono alla demodulazione di fenomeni sottostanti al dolore cronico, come la sensibilizzazione centrale e periferica». Sul dolore cronico funziona bene anche l'osteopatia, assicura Paola Sciomachen, osteopata e Presidente del Registro Osteopati d'Italia (ROI) e a tal proposito le Linee Guida sulla Lombalgia 1 evidenziano che l'osteopatia rappresenta una delle terapie più efficaci per la cura del dolore lombare acuto e cronico.

**Registro degli Osteopati d'Italia (ROI):**  
«negli ultimi anni sempre più italiani si sono rivolti all'osteopatia per affrontare problematiche legate principalmente al dolore cronico, acuto o subacuto – si parla di 10 milioni, secondo l'Indagine Eumetra Monterosa 2016 "Gli italiani e l'osteopatia" – perché porta effettivamente dei benefici ai pazienti. Credo sia importante definire la nostra identità, individuare le competenze e la formazione necessaria per raggiungerle, prima di tutto per tutelare i pazienti e anche per dare una giusta dignità ai professionisti. A seguito dell'emanazione dei decreti attuativi che definiranno il profilo professionale e la formazione, avremo un corso di laurea universitario e saremo integrati a pieno titolo nel sistema sanitario nazionale. Come già detto più volte, l'osteopatia non si sovrappone né si sostituisce ad altre professioni sanitarie, in quanto ha un proprio ragionamento clinico che si differenzia dalle altre, ma le affianca in modo complementare e sinergico». E in effetti, esistono già collaborazioni proficue tra fisioterapisti e osteopati che, lavorando sulle proprie competenze, riescono a rendere il paziente autonomo in meno tempo. «Inoltre, il ruolo dell'osteopata è di individuare lo squilibrio di uno o più sistemi che possono aver causato l'insorgere del dolore. Attraverso una palpazione

percettiva e un intervento esclusivamente manuale l'osteopata ripristina il normale funzionamento dell'organismo. Riusciamo a ridurre sia il numero che l'intensità delle crisi dolorose, di fatto migliorando la qualità della vita di chi si rivolge a noi». Essendo una professione da poco riconosciuta, l'osteopatia potrebbe impiegare del tempo a entrare appieno nelle équipes riabilitative e ospedaliere, ma l'intento del ROI è di favorire questo passaggio, aprendo anche il dialogo con gli altri attori per una migliore informazione e collaborazione. «Ecco perché vorrei sottolineare che, come osteopati, possiamo collaborare anche ad altri livelli del percorso terapeutico di un paziente ortopedico o neurologico, che sia bambino o anziano. Nella mia esperienza collaboro con fisioterapisti, logopedisti e neurologi, lavorando su bambini con diverse problematiche. E otteniamo dei risultati molto soddisfacenti. Auspico che questo possa divenire esperienza comune». Poi, e questo vale per tutte le professioni, il percorso universitario è senza dubbio fondamentale, ma c'è una componente individuale innata, quando si opera con il paziente. Una dote che permette, tra i laureati, ad alcuni di riuscire e ad altri di restare nelle file degli "ignoti". Per finire, vediamo quale è il ruolo del fisioterapista in questo discorso di lavoro collaborativo.

## Il professionista della riabilitazione

Lavorano quotidianamente con persone che devono imparare da capo a usare un arto, a camminare, o, più semplicemente, che devono rinforzare una parte del corpo per poter stare meglio. Comunemente li chiamiamo fisioterapisti, anche se il dottor Andreoletti sottolinea che dovremmo chiamarli "professionisti della riabilitazione". Conosciamo meglio questa figura. «Il fisioterapista è il professionista sanitario che si occupa della prevenzione, valutazione, cura, riabilitazione, abilitazione di disfunzioni di vari sistemi corporei, tra cui quello muscolo scheletrico, conseguenti a patologie congenite o acquisite, interventi chirurgici o a condizioni di sovraccarico attraverso l'utilizzo di diverse strategie quali esercizi terapeutici, terapie manuali, terapie fisiche, la proposta e l'addestramento all'uso di ausili e ortesi, l'educazione terapeutica. Nel team ortopedico si interfaccia maggiormente con lo specialista ortopedico, direttamente o, a seconda dei contesti, in collaborazione con il medico fisiatra», spiega il vicepresidente nazionale dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI), Simone Cecchetto. Tra le altre cose, il fisioterapista lavora con un alto grado di autonomia, come è giusto che sia date le sue competenze. «Il profilo professionale del fisioterapista (DM 741/94) e altre leggi successive (legge 42/99 e legge 251/2000) tracciano una ampia autonomia del fisioterapista: nella valutazione delle disfunzioni che gli eventi patologici e gli eventuali interventi chirurgici hanno indotto nella persona; nella pianificazione degli obiettivi – condivisa con la persona e con il team – e nella scelta delle strategie fisioterapiche da mettere in atto; nel monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. L'ortopedico e/o il fisiatra indicano la

necessità di [fisioterapia](#) e, in genere, per quali obiettivi la prescrivono. L'ortopedico, in caso di intervento chirurgico indica inoltre eventuali vincoli o precauzioni, come una riduzione del carico concesso all'arto inferiore o movimenti da evitare in una particolare fase del percorso di recupero. La scelta degli esercizi e della loro progressione, o l'utilizzo di terapie manuali o di educazione terapeutica, viene definita dal fisioterapista. La nostra figura professionale si interfaccia con l'ortopedico o il fisiatra in particolare qualora riscontri anomalie nella condizione attuale del paziente (le cosiddette "red flags") o deviazioni dalla norma nella progressione del recupero che suggeriscano la necessità di un confronto con lo specialista». Quindi, una volta stabilito il progetto riabilitativo, il fisioterapista lavora in autonomia, mantenendo però il contatto con i medici del paziente per tenerli aggiornati rispetto all'evoluzione della riabilitazione stessa. Quali sono le strategie riabilitative tra cui può scegliere un professionista? Lo spiega Simone Cecchetto: «tra le strategie fisioterapiche troviamo innanzitutto varie forme di terapie manuali come tecniche miofasciali, mobilizzazioni e manipolazioni articolari, tecniche di neurodinamica, strategie linfodrenanti. A seguire varie forme di esercizi terapeutici per il superamento di disfunzioni quali limitazioni articolari, deficit di forza e resistenza muscolare, deficit di controllo neuromotorio: gli esercizi possono essere a corpo libero o mediante delle strumentazioni semplici o complesse, eseguiti a secco o in acqua per sfruttare i positivi vantaggi del mezzo idrico, condotti dal fisioterapista o il paziente previo addestramento e monitoraggio sulla corretta esecuzione. Possono essere

associate inoltre varie forme di terapia fisica come elettroterapie antalgiche e di stimolazione, laserterapie, magnetoterapia, ultrasuonoterapie. Spesso in ambito muscolo scheletrico entra in gioco anche la proposta – condivisa in team – di diversi ausili e ortesi, l'addestramento all'uso e la verifica costante della loro efficacia. Infine elemento integrativo del percorso fisioterapico è l'educazione terapeutica mirata a una corretta informazione del paziente sul suo percorso, all'addestramento della corretta esecuzione esercizi e al cambiamento di eventuali comportamenti o credenze errate». Una grande ricchezza di possibilità d'intervento che però, non è sempre nota. Scopriamo quindi che anche il fisioterapista, pur esistendo da molto tempo come figura professionale, necessita che i medici siano ben formati per poter lavorare al meglio. Lo conferma Cecchetto: «non è infrequente notare situazioni di ridotta prescrizione di [fisioterapia](#) quando sarebbe appropriata o di eccesso di prescrizione quando potrebbe non servire. Crediamo fortemente che solo una intensa collaborazione nel team, fondata su una solida conoscenza delle specificità di ciascun membro e rispettosa delle diverse competenze, possa realmente contribuire al miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva e dell'efficacia e efficienza dei percorsi di cura anche in ambito ortopedico». Quindi, l'esigenza è quella di una équipe aperta, fluida e anche capace di dialogare per mantenere sempre alta la formazione di chi la frequenta e la conoscenza delle competenze di ognuno degli specialisti che la forma. Solo in questo modo il lavoro sul paziente, vero centro di tutto il discorso, potrà essere sempre più personalizzato ed efficace.