

un enorme risparmio di risorse per il Sistema Sanitario sia una diminuzione del rischio di non autosufficienza, di peggioramento della qualità di vita e di mortalità. Lo stile e le abitudini di vita in questi ultimi decenni hanno subito un cambiamento, condizionati principalmente dall'invecchiamento della popolazione e da una riduzione fisiologica dell'attività fisica, entrambi problemi rilevanti in tema di sanità pubblica. Il rischio di caduta non può essere completamente eliminato nei pazienti con poli-patologie croniche, ma può essere ridotto attraverso l'attuazione di appropriati programmi di prevenzione personalizzati mirati a migliorare la forza, la deambulazione e l'equilibrio. Particolarmente efficace è risultata l'azione di rivalutare e sospendere con la dovuta gradualità eventuali terapie psicotrope (benzodiazepine, antidepressivi, tranquillanti). Particolarmente importante è il ruolo del medico di MG sia nel ridurre i fattori di rischio di cadute nei pazienti seguiti al domicilio, dove anche il coinvolgimento familiare può migliorare la struttura dell'unità abitativa, sia nel provvedere a sorveglianza periodica domiciliare. Sarebbero utili l'uso di alcuni strumenti di rilevazione del rischio di caduta da applicare al momento della visita ambulatoriale specialistica come: VAS Dolore, Timed Up and Go Test e il 30 Second Chair Stand Test.

Conclusioni. Interventi multidisciplinari sono in grado di produrre sia un enorme risparmio di risorse per il Sistema Sanitario sia una diminuzione del rischio di non autosufficienza, di peggioramento della qualità di vita e di mortalità. Lo stile e le abitudini di vita in questi ultimi decenni hanno subito un cambiamento, condizionati principalmente dall'invecchiamento della popolazione e da una riduzione fisiologica dell'attività fisica, entrambi problemi rilevanti in tema di sanità pubblica. Il rischio di caduta non può essere completamente eliminato nei pazienti con poli-patologie croniche, ma può essere ridotto attraverso l'attuazione di appropriati programmi di prevenzione personalizzati mirati a migliorare la forza, la deambulazione e l'equilibrio. Particolarmente efficace è risultata l'azione di rivalutare e sospendere con la dovuta gradualità eventuali terapie psicotrope (benzodiazepine, antidepressivi, tranquillanti). Particolarmente importante è il ruolo del medico di MG sia nel ridurre i fattori di rischio di cadute nei pazienti seguiti al domicilio, dove anche il coinvolgimento familiare può migliorare la struttura dell'unità abitativa, sia nel provvedere a sorveglianza periodica domiciliare. Sarebbero utili l'uso di alcuni strumenti di rilevazione del rischio di caduta da applicare al momento della visita ambulatoriale specialistica come: VAS Dolore, Timed Up and Go Test e il 30 Second Chair Stand Test.

Bibliografia

1. Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. NIH Consensus Statement - Online 2000 March 27-29; 17(1): 1-36.
2. Rossini M., Piscitelli P. et al. "incidenza e costi delle fratture di femore in Italia". *Reumatismo*; 2005; 57:97-102.
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Fall prevention for older adults. National Guideline Clearinghouse 2006.

186

IL DOLORE NEUROPATICO COME PROBLEMA RIABILITATIVO

Donatella Schettino¹

Clinic Center SPA, Casa di Cura, Napoli, Italia¹

La Teoria Neurocognitiva ritiene che il dolore neuropatico sia il risultato di una "discoerenza" (neologismo introdotto dal Prof. Perfetti per indicare i fenomeni disfunzionali che soggiacciono a questo tipo di patologia), informativa che si concretizza nella incapacità di percepire correttamente e coerentemente, di prestare attenzione e di immaginare il corpo e le sue azioni senza che compaia dolore. Tali fenomeni testimoniano le alterazioni a carico della rappresentazione corporea avvenute a livello delle diverse strutture cerebrali causa di fenomeni plastici di tipo maladattivo. I segni dell'acronicizzazione del dolore, secondo la visione neurocognitiva, sono l'impossibilità, da parte del malato, di identificare in

maniera precisa la sede del dolore, di discriminare e descriverne le caratteristiche e di identificare le sue variazioni nel corso della giornata o in relazione alle diverse azioni svolte dal paziente. L'ipotesi che il dolore possa essere interpretato come conseguenza e non come causa. Il dolore, a causa della discoerenza informativa, assumerebbe il ruolo di richiamare l'attenzione del soggetto verso il corpo e le alterazioni a carico della percezione. Non sarebbe pertanto il dolore a impedire di percepire il corpo, ma sarebbe il fatto di percepire male il corpo a provocare il dolore. Il dolore neuropatico si connoterebbe quindi come una "malattia del corpo" che si svilupperebbe in un contesto di alterazione della relazione mente-corpo. Solo il recupero di una corretta e coerente informatività corporea in una ritrovata unità mente-corpo può permettere di superare questo tipo di dolore. Questa ipotesi di lavoro è stata messa alla prova con numerosi pazienti affetti da dolore neuropatico di diversa origine (lesioni del sistema nervoso centrale, CRPS, fibromialgia, amputazioni, ...) con ottimi risultati. In questi casi, il dolore è scomparso o si è ridotto in maniera drastica e la modificazione ottenuta si è mantenuta nel tempo. I soggetti hanno potuto ridurre o eliminare l'assunzione di farmaci e riprendere una normale vita sociale e lavorativa. Gli esercizi neurocognitivi consistono in problemi conoscitivi posti al paziente il quale, con la guida del terapeuta, li risolve attraverso l'attenzione, la percezione e la frammentazione del corpo. In questi esercizi si riduce il ricorso alle informazioni visive, già ampiamente utilizzate dal paziente in senso compensatorio e in maniera distorta, per recuperare ed enfatizzare le informazioni somestesiche (tattili, cinestesiche, pressorie, ponderali, di attrito, di relazioni spaziali e di integrazione multisensoriale) che il paziente ha perduto con l'evolversi del dolore cronico. Gli strumenti che il riabilitatore neurocognitivo utilizza (per questo definiti Strumenti Neurocognitivi) oltre all'attenzione, alla memoria, alla percezione e al linguaggio, sono, dal 2011, il Confronto tra Azioni e le Connessioni. È la necessità di conoscere e di confrontare tra loro azioni senza dolore (l'esperienza vissuta dal malato prima della lesione e l'esercizio) che modifica il sistema permettendo la costruzione delle corrette informazioni, il recupero della loro coerenza e la loro integrazione. Ciò permette un recupero fisiologico della conoscenza e della rappresentazione del corpo e una naturale riduzione del dolore che, una volta ristabilita la normale unità mente-corpo, non ha più motivo di essere.

Bibliografia

1. Pantè F. (2007) Il dolore come problema riabilitativo: dall'osservazione all'esercizio, *Riabilitazione Neurocognitiva* anno 3 n.2
2. Perfetti C. (2007) Il dolore come problema riabilitativo-promemoria e suggerimenti per il "ritiro" di studio, *Riabilitazione Neurocognitiva* anno 3 n.1
3. Perfetti C., Pantè F., Rizzello C., Zernitz M., Cracchiolo M., De Patre D., Ferrer Davesa M., Piquè Batalla M., Rigoni M., Rizzo C. (2015) Il dolore come problema riabilitativo, *Piccin Editore*
4. Perfetti C. e Chiappin S. (2008) Un'emozione chiamata dolore, *Grafiche Turato Edizioni*
5. Rizzello C. (2007) La pianificazione dell'intervento riabilitativo nelle sindromi dolorose *Riabilitazione Neurocognitiva* anno 3 n.2
6. Rizzello C. (2007) Il dolore e la costruzione dell'informazione, *Riabilitazione Neurocognitiva* anno 3 n.3
7. Zernitz M. (2007) Considerazioni per la stesura di una cartella riabilitativa per il dolore, *Riabilitazione Neurocognitiva* anno 3 n.1
8. Zernitz M. (2011) Il dolore neuropatico e la riabilitazione neurocognitiva: un'esperienza di lavoro, *Riabilitazione Neurocognitiva* anno 7 n.2

187

PDTAR NELL'OBESITÀ COMPLICATA

Paolo Capodaglio¹

Istituto Auxologico Italiano, Ospedale S Giuseppe, Piancavallo, Italia¹

Introduzione. La logica, i tempi ed i modi della medicina riabilitativa ben si applicano alla storia naturale dell'Obesità caratterizzata da comorbidità, cronicità e disabilità con gravi ripercussioni sulla qualità di vita. Nella fase diagnostica del paziente obeso, è neces-