

sé, nella nostra esperienza, rende molto questionabile l'ipotesi di CMPP ed appare fortemente evocativo di uno stato ipercatecolaminergico come descritto nelle forme "TT like".

Su queste ragioni si basa l'impostazione data al caso, ma accogliamo con molto rispetto opinioni altrui, pur discordanti. Inoltre l'interesse dell'autore (MR) anche per la disciplina psicosomatica, ci induce a condividere e rimarcare il valore dell'approccio multidisciplinare ed interdisciplinare ai pazienti cardiologici nel contesto della loro complessità.

Appare utile, a nostro avviso, non ipersemplicizzare l'analisi del caso in discussione né decontestualizzare da aspetti di pertinenza psicologico-psichiatrica, non sempre familiari in ambito cardiologico, inerenti al vissuto proprio di ciascun individuo che influenza il personale rapportarsi agli eventi.

Consapevoli dell'opinabilità di alcune nostre affermazioni e della controversia d'inquadramento, riteniamo che la complessità nasconda anche aspetti di non conoscenza che tuttavia non possono essere colmati dall'eccesso di assertività, correndo il rischio di spegnere dubbi e confronto, nell'illusione di poter affermare verità e paradigmi.

Nello specifico caso, un inquadramento che propenda al nostro, pur con dichiarate incertezze e necessario stretto monitoraggio, non preclude: a) la sospensione dei farmaci, b) la possibilità di intraprendere una gravidanza se desiderata, previa verifica di persistente normalità nei 6 mesi successivi. Al contrario un inquadramento convinto sulla CMPP non potrebbe che sconsigliare la sospensione dei farmaci ed una nuova gravidanza.

Ringraziamo Citro et al. per l'intervento critico che ci ha indotto a rimeditare l'inquadramento e le conclusioni proposte sul caso.

**Marco Russo¹, Roberta Sappa¹, Enrico Gianfagna²,
Alessandro Proclemer³, Gianfranco Sinagra¹**

¹*Dipartimento Cardiovascolare, AOU Ospedali Riuniti
e Università degli Studi di Trieste*

²*Scuola di Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

³*S.O.C. Cardiologia, Dipartimento Cardioracico,
AOU S. Maria della Misericordia, Udine*

e-mail: dr.marcorusso@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Russo M, Sappa R, Gianfagna E, Salame K, Sinagra G, Proclemer A. Takotsubo e dintorni. Poco alla volta la cardiomiopatia si rivela. Un particolare caso di takotsubo atipico nel peripartum. *G Ital Cardiol* 2014;15:51-5.
2. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G, et al. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2006;113:1807-16.
3. Bybee KA, Kara T, Prasad A, et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004;141:858-65.
4. Bielecka-Dabrowa A, Mikhailidis DP, Hannam S, et al. Tako-tsubo cardiomyopathy - the current state of knowledge. *Int J Cardiol* 2010;142:120-5.
5. Citro R, Rigo F, D'Andrea A, et al.; Tako-Tsubo Italian Network Investigators. Echocardiographic correlates of acute heart failure,

cardiogenic shock, and in-hospital mortality in tako-tsubo cardiomyopathy. *JACC Cardiovasc Imaging* 2014;7:119-29.

6. Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail* 2010;12:767-78.

7. Duran N, Gunes H, Duran I, Biteker M, Ozkan M. Predictors of prognosis in patients with peripartum cardiomyopathy. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101:137-40.

8. Brar SS, Khan SS, Sandhu GK, et al. Incidence, mortality, and racial differences in peripartum cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 2007;100:302-4.

9. Elkayam U, Tummala PP, Rao K, et al. Maternal and fetal outcomes of subsequent pregnancies in women with peripartum cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2001;344:1567-71.

10. Citro R, Giudice R, Mirra M, et al. Is tako-tsubo syndrome in the postpartum period a clinical entity different from peripartum cardiomyopathy? *J Cardiovasc Med* 2013;14:568-75.

11. Citro R, Pascotto M, Provenza G, Gregorio G, Bossone E. Transient left ventricular ballooning (tako-tsubo cardiomyopathy) soon after intravenous ergonovine injection following caesarean delivery. *Int J Cardiol* 2010;138:e31-4.

12. Prasad A, Lerman A, Rihal CS. Apical ballooning syndrome (Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): a mimic of acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2008;155:408-17.

13. Parodi G, Citro, Bellandi B, Provenza G, Marrani M, Bossone E; Tako-tsubo Italian Network (TIN). Revised clinical diagnostic criteria for Tako-tsubo syndrome: the Tako-tsubo Italian Network proposal. *Int J Cardiol* 2014;172:282-3.

* * *

Osservazione e trattamento riabilitativo nel contesto cardiocirurgico pediatrico

Il trattamento riabilitativo post-chirurgico dei pazienti cardiocirurgici pediatrici richiede competenze specifiche. Tecnicamente, la riabilitazione pediatrica non differisce da quella dell'adulto. La principale differenza consiste nella possibilità di instaurare una comunicazione verbale che è viceversa difficile se non impossibile nel paziente pediatrico allorché le capacità di espressione verbale e comprensione non sono totalmente sviluppate, in particolare durante il periodo neonatale. Nonostante la riabilitazione pediatrica sembri rappresentare una sfida per il fisioterapista, il contatto mani-corpo e la comunicazione non verbale trascendono le difficoltà del trattamento riabilitativo. Nel contesto cardiocirurgico pediatrico, il team multiprofessionale è coinvolto nel raggiungimento di un obiettivo primario: assicurare una migliore futura qualità di vita del paziente. Hyde e Jonkey¹ hanno sottolineato l'importanza dello sviluppo delle competenze riabilitative includendo in esse una fase di osservazione durante la quale il neonato non viene toccato. Quest'ultima è spesso considerata come un tempo non dedicato al trattamento riabilitativo: la percezione è distorta e dovrebbe essere riconsiderata. I fisioterapisti coinvolti nei contesti cardiocirurgici pediatrici sono consapevoli delle difficoltà che emergono nel riconoscere le condizioni cliniche di interesse riabilitativo così come la gestione delle paure e delle ansie dei familiari dei piccoli pazienti. D'altro canto, il limitato interesse nel ruolo del fisioterapista è una condizione discussa in letteratura². È una percezione condivisa quella con la quale si ritiene che non tutti i fisioterapisti siano sufficientemente preparati per il trattamento del neonato ed in particolare nei con-

CORRISPONDENZA

testi acuti, data la grande differenza presente con il paziente adulto, il quale è in grado di comunicare le proprie percezioni, paure, difficoltà, speranze ed i propri sintomi.

Il bambino è comunque attore protagonista nell'espressione non verbale, così come nel gioco. Dunque le parole chiave del trattamento riabilitativo nel neonato sono immaginazione e semplicità al fine di rendere possibili le riprogrammazioni motorie e cognitive necessarie. Il trattamento riabilitativo comprende l'aiuto ad implementare la pianificazione e l'esecuzione motoria.

Vorremmo richiamare l'attenzione sulla prontezza che è necessaria e richiesta allorché si venga chiamati ad interagire con un neonato con complicanze respiratorie post-chirurgiche, deficit motori e/o neurologici durante la degenza in unità intensiva di cura. Il miglior modo per implementare e garantire la sicurezza del paziente è quello di assicurare una pratica clinica appropriata ed essere fiduciosi in essa durante il trattamento riabilitativo: ciò può avvenire solo per mezzo del training pratico¹.

In riabilitazione pediatrica, l'attenta osservazione è una delle competenze cruciali del fisioterapista. Adeguate informazioni teoriche sono sempre desiderabili ma non sufficienti, di per sé, a garantire un adeguato ed appropriato intervento riabilitativo. Non è possibile migliorare le proprie competenze solamente simulando o leggendo la descrizione di un possibile scenario clinico.

Vorremmo incoraggiare i professionisti che non sono usualmente coinvolti e/o dedicati alla riabilitazione pediatrica nel

considerare l'approfondimento delle loro competenze anche in campo pediatrico. Pensiamo che periodi di training pratico addizionale e programmato siano importanti al fine di promuovere alti livelli qualitativi nel processo di cura, anche per coloro i quali non sono direttamente coinvolti nella riabilitazione pediatrica. Crediamo che l'estensione dei periodi di training pratico, anche durante la carriera operativa del fisioterapista addetto a contesti diversi, come per esempio quello dell'adulto, possa contribuire a migliorare le capacità di osservazione e di scelta terapeutica. Questo perché le capacità di osservazione, manuali e gestionali, non potranno altro che trarre beneficio dall'affinamento in un ambito così specifico e particolare come quello della riabilitazione pediatrica cardiocirurgica.

Luca Marianucci, Massimiliano Polastri

Medicina Fisica e Riabilitazione, AOU S. Orsola-Malpighi, Bologna
e-mail: gbptap1@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Hyde AS, Jonkey BW. Developing competency in the neonatal intensive care unit: a hospital training program. *Am J Occup Ther* 1994;48:539-45.
2. Silva ME, Feuser MR, Silva MP, et al. Pediatric cardiac surgery: what to expect from physiotherapeutic intervention? *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2011;26:264-72.

* * *