

MEDICINA RIABILITATIVA

PROF. ROSARIO MARIA AZZOPARDI
Primario di Raggruppamento
Riabilitativo
Specialista in Ortopedia e
Traumatologia
Specialista in Fisioterapia e
Riabilitazione

RIABILITAZIONE

La riabilitazione è il processo di soluzione di problemi e di educazione nel corso del quale una persona raggiunge la migliore qualità della vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, rendendolo il più possibile autonomo

Dove interviene la riabilitazione ?

- La riabilitazione interviene per prevenire e/o minimizzare gli esiti invalidanti di una patologia

EVENTO PATOLOGICO

- La malattia , l' evento morboso , il trauma non si esauriscono per forza nel ciclo

Patologia-Terapia-Guarigione o Morte
ma possono portare ad una disabilità
che rischia di trasformarsi in
svantaggio esistenziale permanente
o handicap

DUE OBIETTIVI

- Aiutare una persona che ha perduto una competenza funzionale a recuperarla
- limitare la regressione funzionale cercare di modificare la storia naturale della malattia cronica degenerativa rallentandone l'evoluzione
- Modificare lo stile di vita in relazione

I°Stadio riabilitativo: in acuzie

Dove?

- In degenza in strutture ospedaliere

Quando?

- Nei primi giorni dall'evento acuto
 - Subito dopo un intervento
- Immediatamente dopo la diagnosi di una malattia progressiva

II° Stadio riabilitativo

Quando il paziente è clinicamente stabile

Dove?

- In strutture extraospedaliere di riabilitazione post-acuzie (cod.56)
- In regime di ricovero ordinario o DH (Riabilitazione intensiva di almeno tre ore al giorno)

III° Stadio riabilitativo

Quando?

Quando la condizione di handicap è stabilizzata o in lenta progressione

Dove?

- Riabilitazione estensiva centro diurno ex art. 26,
- domiciliare (Cad)
- ambulatoriale

STRATEGIA DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

In fase acuta:

- intervento dello psicologo ospedaliero finalizzato alla comunicazione della patologia ed al sostegno alla famiglia stessa
- Addestramento del paziente e dei famigliari
- Intervento dell'assistente sociale per iniziare le pratiche di sostegno
- Inizio dell'attività fisioterapica

Attività Sanitarie Riabilitative in post-acuzie

- Interventi valutativi
- Presa in carico globale della persona
- Predisposizione di un progetto riabilitativo individuale
- Realizzazione del progetto mediante uno o più programmi

Attività di riabilitazione sociale

Azioni ed interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minore restrizione possibile delle scelte operative al fine di contenere la sua condizione di handicap

DIMISSIONE OSPEDALIERA

- Paziente senza necessità di cure riabilitative
- Paziente con moderata disabilità
- Paziente con grave disabilità
- Paziente con gravissima disabilità non recuperabile neanche minimamente

Paziente senza necessità di cure riabilitative

Rientra a domicilio con terapia di prevenzione secondaria e con controlli clinici programmati

Paziente con moderata disabilità

Accede al regime ambulatoriale o domiciliare

L'assistente sociale del centro sosterrà la famiglia nelle eventuali necessità di aiuti domiciliari o iter burocratici da assolvere per l'accesso agli uffici pubblici

Paziente con grave disabilità

Ricovero presso un centro riabilitativo (cod. 56) quando è necessaria una assistenza specialistica riabilitativa ed interventi di nursering specifico nonché un supporto multispecialistico e tecnologico di livello ospedaliero

Paziente con gravissima disabilità non recuperabile

- E' incongruo il ricovero in strutture riabilitative post-acuzie (cod. 56)
- Può essere ricoverato in strutture socio-sanitarie residenziali
- Può essere seguito al domicilio dal CAD

CASE DI CURA PER RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

Strutture con assistenza medico-infermieristica h24 dirette da un fisiatra, con adeguato supporto polispecialistico e tecnologico presenza quotidiana di personale riabilitativo quali terapisti della riabilitazione, occupazionali, logopedisti ecc

Riabilitazione intensiva

Recupero di disabilità importanti che richiedono un elevato impegno terapeutico-riabilitativo erogato da personale della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, psicologo, terapeuta occupazionale, educatore professionale, dietista ed infermiere in quegli atti finalizzati al recupero delle ADL)

L'impegno temporale dovrà essere di almeno tre ore complessive giornaliere svolte direttamente dal personale sopra detto

Equipe Riabilitativa

- Fisiatra
- Medico di Reparto
- Psicologo
- Coordinatore degli infermieri
- Coordinatore personale riabilitativo
- Assistente sociale
- Tecnico ortopedico
- Eventuali altri specialisti

Progetto Riabilitativo Individuale

- Valutazione delle menomazioni, disabilità, abilità residue recuperabili, preferenze del paziente in relazione a fattori ambientali, contestuali.
- Definizione delle aspettative del paziente e dei suoi familiari
- Definizione obiettivi a breve medio e lungo termine
- Comunicazione e condivisione del paziente e/o ai familiari e/o care giver

Progetto Riabilitativo Individuale

- Individuazione dei singoli operatori coinvolti negli interventi definizione del relativo impegno
- Aggiornamento giornaliero da parte degli operatori
- Verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi da parte dell'equipe
- Prescrizione di ausili , ortesi e protesi necessari
- Relazione finale con eventuale prescrizione di ulteriore riabilitazione estensiva o ambulatoriale

Programma Riabilitativo

Definisce le aree di intervento specifiche (Kinesiterapico, logoterapico, infermieristico per il recupero delle ADL, esercizi respiratori, esercizi calistenici ecc)

- Gli obiettivi a breve termine
- I tempi e le modalità di erogazione degli interventi
- Gli operatori coinvolti
- La verifica degli interventi attraverso scale codificate

Scala o indice di Barthel

L'indice di Barthel è utilizzato per monitorare i cambiamenti funzionali nei soggetti ricoverati in reparti di riabilitazione, soprattutto per prevedere l'autonomia funzionale a seguito di un ictus. La scala è considerata affidabile. La scala trova ampio utilizzo anche per gli individui inseriti nelle residenze sanitarie assistenziali per valutarne i progressi riabilitativi ed il grado residuo di autonomia. È stato comunque osservato che l'indice di Barthel può essere meno affidabile quando si esegua la valutazione di un paziente con decadimento cognitivo

Indice di Barthel

■ Mangiare	0	5	10
■ Spostarsi sedia-carrozzina	0	10	15
■ Toilette personale	0	0	5
■ Sedersi ed alzarsi dal WC	0	5	10
■ Farsi il bagno	0	0	5
■ Camminare in piano	0	10	15
■ Spingere sedia a rotelle	0	0	5
■ Salire e scendere le scale	0	5	10
■ Vestirsi	0	5	10
■ Controllo dell'alvo	0	5	10
■ Controllo della minzione	0	5	10

ADL

Per il calcolo dell'indice **ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

ADL

A) Fare il bagno (vasca, doccia, spugnature)

- 1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo). **1**
- 2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). **1**
- 3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo. **0**

ADL

B) Vestirsi

- 1) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza. **1**
- 2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. **1**
- 3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito. **0**

ADL

C) TOILETTE (minzione, evacuazione, pulirsi, rivestirsi)

- 1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (con o senza mezzi di supporto come bastone, ecc) **1**
- 2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno, nel pulirsi o nel rivestirsi o uso del vaso da notte. **0**
- 3) Non si reca in bagno per l'evacuazione **0**

ADL

D) SPOSTARSI

- 1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza eventualmente con canadesi o deambulatore). **1**
- 2) Compie questi trasferimenti se aiutato. **0**
- 3) Allettato, non esce dal letto. **0**

ADL

E) CONTINENZA DI FECI ED URINE

- 1) Controlla completamente feci e urine. **1**
- 2) "Incidenti" occasionali. **0**
- 3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è Incontinente **0**

ADL

F) ALIMENTAZIONE

- 1) Senza assistenza. **1**
- 2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. **1**
- 3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale. **0**

IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

- **USARE IL TELEFONO**
- **FARE LA SPESA**
- **PREPARARE IL CIBO**
- **GOVERNO della CASA**
- **FARE IL BUCATO**
- **MEZZI di TRASPORTO**
- **ASSUNZIONE FARMACI**
- **USO DEL DENARO**

Valutazione del dolore

Il dolore è un'esperienza soggettiva, influenzata da fattori culturali, situazione specifica e da altre variabili psicologiche.

I processi del dolore non cominciano con la semplice stimolazione dei recettori. Infatti ferite o malattie producono segnali neuronali che entrano in relazione con il sistema nervoso il quale comprende un substrato di passate esperienze, cultura, ansia e depressione. Questi processi mentali partecipano attivamente nella selezione, astrazione e sintesi delle informazioni che provengono dagli input sensoriali. Il dolore, non è semplicemente il prodotto finale di un sistema di trasmissione sensoriali lineare, ma è un processo dinamico che produce continue interazioni con il sistema nervoso.

Valutazione del dolore

- Quindi, considerare solamente la caratteristica sensoriale del dolore e ignorare le sue proprietà motivazionali-affettive, porta ad avere una visione del Autovalutazione
- Essendo un'esperienza soggettiva, l'autovalutazione del paziente è da considerarsi la regola per la misurazione del dolore. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato la sottostima derivante da una valutazione esterna: infermieristica e medica.
- La valutazione esterna rimane indispensabile per i pazienti che non sono in grado di esprimersi.

Valutazione del dolore

- Sono necessarie valutazioni multiple per avere una visione reale dell'esperienza dolorosa del paziente , una sola valutazione è troppo limitata. Caratteristiche di un test valido
- Facilità di utilizzo
- Deve richiedere poco tempo sia per la registrazione che per l'elaborazione dei dati.
- Articolato in modo che sia comprensibile a tutti
- Deve soddisfare i criteri di
- Validità :grado in cui un test valuta ciò che intende misurare.
- Sensibilità :evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia.

Valutazione del dolore

- Affidabilità o grado di ripetibilità : il test deve essere ripetibile quando somministrato più volte o da più esaminatori, appropriatamente e in circostanze simili.

Valutazione del dolore

- **VRS (Visual Rating Scale)**
- Serie di descrittori dal più debole al più intenso (assenza di dolore, dolore lieve, dolore moderato, dolore intenso, dolore molto intenso)
- Un punteggio di 0 è assegnato al descrittore di minore intensità, 1 a quello successivo ecc.
- Il paziente sceglie il descrittore che più si avvicina alla sua sensazione dolorosa.

Valutazione del dolore

- **NRS (Numerical Rating Scale):**
- Serie di numeri da 0 a 10 o da 0 a 100 il cui punto di inizio e di fine rappresentano gli estremi del dolore provato.
- Il paziente sceglie il numero che corrisponde meglio al suo dolore.
- E' semplice e ha dimostrato affidabilità e validità.

Valutazione del dolore

- **VAS (Visual Analogue Scale)**
- Linea di 10 cm orizzontale o verticale con due punti di inizio e fine, contrassegnati con "assenza di dolore" e "il dolore peggiore mai sentito".
- Il paziente deve mettere un punto al livello di intensità che prova.

Valutazione per l'individuazione del rischio di dimissione difficile

- Campi da valutare: Età, condizioni di vita e supporto sociale
- ADL e IADL (0 =autonomo 1= dipendente)
- Stato cognitivo (0-5)
- Modello comportamentale (0-1)
- Mobilità (0-3)
- Deficit sensoriali (0-3)
- N° di ricoveri /accessi al P.S. negli ultimi 3 mesi (0-3)
- N° problemi clinici aperti (0-2)
- N° di farmaci assunti (0-2)

Punteggio =-10 rischio basso, 11-19 rischio medio, maggiore o uguale a 20 rischio alto

LOGOPEDIA

- La logopedia (dal greco *logos* "discorso" e *paideia* "educazione") si occupa della cura, riabilitazione e prevenzione delle patologie della voce, del linguaggio scritto e orale e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica.

Foniatra

- Medico specialista di riferimento per la valutazione strumentale (laringoscopia, fibroscopia....) e della terapia logopedica

Figura del Logopedista

Il Logopedista elabora il bilancio logopedico volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute del paziente, svolgendo attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive.

La riabilitazione logopedica

È un'attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive e in particolare volta al recupero di:

- Linguaggio
- Deglutizione
- Fonazione
- Attenzione
- Memoria

Patologie di interesse logopedico

- **NEUROLOGICHE:**
afasia, aprassia, disartria, agnosia, dislessia, ritardo mentale, disturbo dell'attenzione.
- **NEURO COMPORTAMENTALI:**
causate da traumi cranici, eventi patologici cerebrali, autismo, demenza

Patologie di interesse logopedico

- **Afasia** :perdita parziale o completa della capacità linguistica (comprensione o espressione linguistica o entrambe)
- **Aprasia**: Disturbo della produzione dei fonemi (unità sonore di base del linguaggio parlato) per anomalie nell'iniziazione, coordinazione o nella sequenzialità dei movimenti muscolari.

Patologie di interesse logopedico

- Disartria è un disturbo del linguaggio di tipo motorio; consiste nella difficoltà nell'effettuare i movimenti necessari per l'articolazione della parola. Ciò è dovuto ad un danno cerebrale o ictus. Il tipo e la gravità della disartria dipende da quale area del sistema nervoso è stata danneggiata.
- Agnosia: incapacità di riconoscere suoni e rumori

Patologie di interesse logopedico

- Dislessia: la dislessia è una disabilità dell'apprendimento di origine neurobiologica. Essa è caratterizzata dalla difficoltà a effettuare una lettura accurata e/o fluente e da scarse abilità nella scrittura (ortografia). Queste difficoltà derivano tipicamente da un deficit nella componente fonologica del linguaggio, che è spesso inatteso in rapporto alle altre abilità cognitive

Deficit della deglutizione

La DISFAGIA consiste in un deficit totale o parziale del processo di deglutizione. La deglutizione normale dell'adulto consta di 4 fasi in ognuna delle quali può presentarsi un'alterazione anatomico-funzionale.

La disfagia può riguardare solo le consistenze liquide, solo le solide o entrambe.

Deficit della fonazione

Viene indicato genericamente con il termine DISFONIA e consiste in un'alterazione della qualità della voce per un'incoordinazione pneumofonoarticolatoria o per patologie a carico delle corde vocali (noduli, polipi, ecc).

I disturbi dell'attenzione e della memoria

Riguardano funzioni corticali superiori, si presentano generalmente in seguito a stroke, possono essere di vario grado e possono alterare tutte le funzioni dell'individuo nelle attività della vita quotidiana.

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

- Programma controllato di esercizio fisico progressivo, supporto psicologico e istruzione o addestramento per modificare lo stile di vita