

The background of the slide features a pattern of overlapping autumn leaves in various shades of brown and orange, creating a textured, naturalistic effect.

LA RIABILITAZIONE DEL SOGGETTO ANZIANO CON ICTUS

**E SUL PIU' BELLO
ARRIVA L'ICTUS MA
L'ANZIANO, PER
FORTUNA E' SANO
COME UN PESCE....**

SARA' SANO...

**MA L'ESSERE ANZIANO
COMPORTA DI PER SE' QUALCHE
MODIFICA DI ORGANI E APPARATI**



FUNZIONE CARDIACA

- Diminuzione FC massima
- Diminuzione gettata cardiaca
- Diminuzione perfusione coronarica



FUNZIONE RESPIRATORIA

- Volumi polmonari statici e dinamici diminuiscono
- Diminuisce soglia per la dispnea
- Diminuzione $\dot{V}O_2$ max



SISTEMA MUSCOLARE

- Diminuzione forza da
 - 1) Riduzione velocità di contrazione
 - 2) Riduzione velocità di rilasciamento
 - 3) Diminuzione forza massimale
 - 4) Diminuzione velocità massima di contrazione



SISTEMA SCHELETRICO

- Fragilità da osteopenia
- Deterioramento qualità meccaniche di tendini e legamenti da riduzione del collagene
- Alla fine riduzione mobilità articolare
- E alterazioni della statica del rachide



ALTERAZIONI CEREBRALI

- Conduzione nervosa rallentata
- Tempo di reazione aumenta
- Velocità dei riflessi diminuisce
- Aumenta ansia e depressione
- Può comparire quadro di deterioramento mentale



Vi è piaciuto quello sano?

Ma anche quelli sani talora finiscono ricoverati anche solo per accertamenti e finiscono a letto...

I tempi di degenza si protraggono...

Un bel malato a letto tutto sommato dà meno problemi al personale di uno che gira, va in bagno e rischia di cadere, va al bar e si perde per l'ospedale, non è in camera al giro del sig. Primario che così non si altera subito.....

TRE SETTIMANE DI INATTIVITA' A LETTO IN ANZIANO NORMALE DANNO

- Riduzione del 17% della eiezione sistolica
- Aumento FC del 15%
- Diminuzione VO₂ max dal 12 al 20%
- Diminuzione capacità ossidative periferiche

■ Insorgenza di sindrome di regressione psicomotoria con:

1. Disturbi della postura
2. Disturbi del cammino
3. Problemi comportamentali

Anche quello sano comincia a dare problemi

Ma qualche anziano è pure malato

E già che c'è assomma spesso malattie
su malattie non sempre banali :
poliartrosi, diabete, IRC, ipertensione,
cardiopatie ischemiche, scompenso,
BPCO, insufficienza respiratoria,
neoplasie.....

**IN QUESTA COMPLESSA SITUAZIONE
PER PRIMA COSA OCCORRE FARE**

**UNA DIAGNOSI ED
UNA PROGROSI
RIABILITATIVA**

- CHI RIABILITARE

--- IN QUALE TIPO DI STRUTTURA

----- PER QUANTO TEMPO

----- CON QUALI ESITI

PROGNOSI? Ma a che serve.....

**TANTO UN PO' DI RIABILITAZIONE NON SI NEGA A NESSUNO E CERTO
NON FA MALE A NESSUNO**

GIUSTO!!!

MA FANNO MALE NEPPURE

1 CLEXANE 4000 sc UNA TANTUM

½ LASIX ALLA SETTIMANA

1 RETTOCOLONSCOPIA AL MESE

**1 ENTEROCLISMA VECCHIA MANIERA DA 3 LITRI AL
TRIMESTRE !!!!**

**PERCHE' NON FE LI FATE O NON LI PRESCRIVETE AI
VOSTRI PAZIENTI????**

**PERCHE' UNA PERSONA
NORMALE E SANA DI MENTE SI
CHIEDEREBBE
AMMESSO CHE NON FACCIANO
MALE**

**A COSA SERVONO
???**

**LA RIABILITAZIONE OGGI HA
INDICAZIONI PRECISE
INDIVIDUA UNA PROGNOSE
ELABORA PROGRAMMI RIABILITATIVI INDIVIDUALI
DECLINATI IN PROGETTI SPECIFICI INDIVIDUALI
IN CUI SI EVIDENZIANO
I DIVERSI AMBITI DI INTERVENTO
I DIVERSI OPERATORI CHE LI ATTUANO
LE DIVERSE MODALITA' DI AZIONE
E GLI OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE
PER CIASCUNA AREA DI INTERVENTO
A BREVE MEDIO LUNGO TERMINE**

La riabilitazione è:

Un processo di soluzione di problemi e di educazione, nel corso del quale si porta un soggetto disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, social ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito della limitazione della sua menomazione e della quantità e qualità delle risorse disponibili. Processo che per le disabilità gravi deve coinvolgere anche la famiglia del disabile, quanti sono a lui vicini, e più in generale il suo ambiente di vita.

FATTORI PROGNOSTICI DELL'ICTUS 1

PREESISTENTI INDIVIDUALI

- Età
- Sesso
- Livello autonomia premorboso
- Precedenti ictus
- *comorbidità*

FATTORI PROGNOSTICI DELL'ICTUS 2

PREESISTENTI EXTRAINDIVIDUALI

- Ambiente socioeconomico
- Presenza di conviventi autonomi
- Organizzazione del sistema sanitario

FATTORI PROGNOSTICI DELL'ICTUS 3.1

INDIVIDUALI EMERGENTI

1. Sede e gravità della lesione encefalica
2. Gravità e complessità dell'espressione clinica
 - a. Gravità deficit stenico
 - b. *Perdita controllo sfinterico*
 - c. Alterazione tono muscolare
 - d. *Emi-inattenzione spaziale*

FATTORI PROGNOSTICI DELL'ICTUS 3.2

- d. Afasia
- e. Disturbi cognitivi
- f. Disfagia
- 3. Gravità del deficit funzionale
 - a. Perdita del controllo del tronco
 - b. Perdita autonomia nelle ADL
- 4. Depressione e disturbi psichici

FATTORI PROGNOSTICI DELL'ICTUS 4

EXTRAINDIVIDUALI EMERGENTI

1. Organizzazione dell'assistenza all'ictus in fase acuta
 - a. Setting
 - b. Tempestività presa in carico riabilitativa
 - c. Continuità dell'assistenza
2. Reazioni emotivo/affettive del caregiver

Ieri pillole o supposte
riabilitative

OGGI

**PIANIFICAZIONE
DELLA ASSISTENZA
RIABILITATIVA**

fisiatra

fisioterapista

**Tecnico
ortopedico**

logopedista

**Terapista
occupazionale**

**SOGGETTO DA
RIABILITARE
E FAMIGLIA**

volontari

psicologo

infermiere

**Assistenza
religiosa**

**Assistente
sociale**



AREE DI PROBLEMATICA'

- ▶ Area della stabilità internistica
- ▶ Area delle funzioni vitali
- ▶ Area delle funzioni sensomotorie
- ▶ Area delle competenze comunicativo relazionali
- ▶ Area delle competenze cognitivo comportamentali
- ▶ Area dell'autonomia nella cura della persona
- ▶ Area della motilità-trasferimenti
- ▶ Area riadattamento reinserimento sociale

Aree problematiche e programmi

- ▶ Stabilità internistica
- ▶ Funzioni di base
- ▶ Funzioni sensomotorie
- ▶ Competenze comunicativo relazionali
- ▶ Competenze cognitivo-comportamentali
- ▶ Autonomia cura persona
- ▶ Motilità e trasferimenti
- ▶ Riadattamento e reinserimento sociale
- ▶ Stabilità circolatoria
- ▶ Alimentazione autonoma
- ▶ Controllo del tronco da seduto
- ▶ Comunicazione di base
- ▶ Valutazione memoria
- ▶ Autonomia nel vestirsi
- ▶ Cammino con ausili
- ▶ Valutazione risorse familiari

- ▶ Per ogni area vengono definiti uno o più programmi
- ▶ Viene identificato il responsabile
- ▶ Viene identificato il problema
- ▶ Vengono date le scale valutative
- ▶ Identificate le risorse
- ▶ Identificato l'obiettivo specifico
- ▶ I goal
- ▶ Pianificati gli interventi
- ▶ Identificata la verifica

SCALE DI VALUTAZIONE

- **IMPORTANTE E' COSA MISURARE**
- **CON QUALI METODICHE**
- **VALIDATE**
- **POSSIBILMENTE DI USO COMUNE**
- **NON TROPPO COMPLESSE**
- **CON ADDESTRAMENTO UNIFORME DEL PERSONALE**

Cosa valutare

- Forza muscolare
- Destrezza motoria
- Spasticità
- Controllo tronco
- Deambulazione
- Autonomia quotidiana
- Cognizione globale
- Vista - linguaggio
- Prassie
- umore

Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus Fase Riabilitativa Ospedaliera

COGNOME _____ NOME _____ Sesso M F

Nato/a il _____ Etá _____ Etnia _____ N. Conviv. _____

RESIDENZA _____ Barriere Architettoniche

SCOLARITÀ Elementari Medie Superiori Università

PROFESSIONE Pensionata/o Dipendente Studente
 Casalinga/o Autonomo Non occupato

DATA ICTUS _____ DATA RICOVERO _____ REPARTO RR Neurologia _____

DATA VALUT. _____ Recidiva Trombolisi Coma progressivo (Durata) _____

Ischemico Emorragico

SEDE Sovratentoriale Sottotentoriale Circolo anteriore Circolo posteriore Lacunare

LESIONE Estesa Capsula int. Capsula est. LATO DEL CORPO AFFETTO Dx Sx

Patologie associate Altre aritmie F. A. Anemia Ipertensione Angina Ipovisus BPCO Obesità Decubiti Scompenso Denutrizione Sordità Diabete Valvulopatia

Rankin Anamn. _____ Disfagia Continenza Vesicale Fecale Catetere Pannolone Ritenzione

Alimentazione OS PEG SNG Ev Respirazione Naturale Assistita O₂

ASHWORTH SCALE	
Dx	Sx
SPALLA _____	_____
GOMITO _____	_____
POLSO _____	_____
ANCA _____	_____
GINOCCHIO _____	_____
Piede _____	_____

CANADIAN NEUROLOGICAL SCALE		
Livello di coscienza _____	Orientamento _____	Linguaggio _____
DEBOLEZZA FUNZIONE MOTORIA		
NO Deficit Comprensione	SI Deficit Comprensione	
Volto _____	Volto _____	
A. S. prossimale _____	Arti Superiori _____	
A. S. distale _____	Arti Inferiori _____	
A. I. prossimale _____		
A. I. distale _____	TOTALE _____	

TRUNK CONTROL TEST
Girarsi sul lato malato _____
Girarsi sul lato sano _____
Passaggio supino seduto _____
Equilibrio da seduto _____
TOTALE _____

MOTRICITY INDEX	
ARTO SUPERIORE	ARTO INFERIORE
Preso a pinza _____	Dorsiflessione della caviglia _____
Flessione del gomito da 90° _____	Estensione del ginocchio _____
Abduzione della spalla _____	Flessione dell'anca _____
TOTALE _____	TOTALE _____

NINE HOLE PEG TEST (Mano del Lato)	
Affetto _____	Non Affetto _____
(Affetto/Non Affetto) x 100%	

Neglect MMSE _____

Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus

Fase Riabilitativa Ospedaliera

BARTHEL INDEX

Alimentazione _____ Controllo della vescica _____
Fare il bagno _____ Trasferimenti nel bagno _____
Igiene personale _____ Trasferimenti sedia/letto _____
Vestirsi _____ Deambulazione _____
Controllo del retto _____ Salire le scale _____

TOTALE _____

SENSO DI POSIZIONE

Piede (Alluce) _____
Mano (D. medio) _____

- Estinzione AS
 Estinzione AI

SEDE

- Dolore spontaneo _____
 Limitaz. articolare _____



Trattamento Riabilitativo FKT LGT
 TO Altro

Trattamenti farmacologici specifici eseguiti Antispastici Antiepilettici
 Tossina Botulinica Antidepressivi

TRASFERIMENTO (Motivo) _____

DESTINAZIONE Domicilio DH Ex art. 26 RSA Lungodegenza Altro

DATA DIMISSIONE _____

DATA Exitus _____

Tipi di recupero

■ INTRINSECO

Presuppone recupero abilità compromesse in maniera da consentire prestazioni utili alle necessità abituali del paziente

■ ADATTATIVO o COMPENSATORIO

Sviluppa capacità di compenso dei deficit sia con emicorpo sano che attraverso utilizzo delle attività residue emicorpo colpito

Ripesa fattori negativi

- **Stato generale compromesso e dipendenza ridotta prima dell'evento**
- **Deficit sensitivo severo e deficit sensoriali**
- **Stato depressivo**
- **Deterioramento cognitivo**
- **Aprassie neglect anosognosia**
- **Limitato supporto familiare**
- **Limitate strutture riabilitative**



FUNZIONALITA' ARTO SUPERIORE

- CIRCA IL 20% NON RECUPERA E 85 % HA RECUPERO PARZIALE
- COMUNQUE AUTONOMIA FUNZIONALE RIMANE DISCRETA (va male ripresa lavorativa)
- TECNICHE CLASSICHE MA ANCHE DI "USO FORZATO"
- PROTEGGERE LA SPALLA
- CERCARE DI RIDURRE IL DOLORE



RECUPERO CAMMINO

- RECUPERO DEL CONTROLLO TRONCO E POSTURA SEDUTA
- RECUPERO PRECOCE STAZIONE ERETTA
- UTILIZZO RAPIDO DI AUSILI
- CALZATURE



ALTRI RECUPERI IMPORTANTI

- Recupero eminenza
- Recupero aprassie
- Recupero linguaggio



metodi

- Kabath
- Bobath
- Stimolazione sensoriale : Perfetti
Biofeedback
- Logopedia
- Terapia Occupazionale

