

La riabilitazione nella de-ospedalizzazione protetta

Fisioterapista : Anna Monetti





S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
Universitaria

Direttore: Prof. G. Massazza



Progetto IRV

- Si tratta di un progetto che ha dimostrato la sua efficacia in termini di percorso di cura il più possibile aderente alle esigenze di pazienti particolarmente complessi anche attraverso il tempestivo e completo recupero delle loro capacità funzionali residue.
- Le patologie maggiormente rappresentate sono neoplastiche in vari stadi, osteoarticolari, neurologiche e degenerative, scompensi metabolici e cardio respiratori.
- Vi è un elevato numero di pazienti con deterioramento mentale, delirium ed agitazione psicomotoria con elevato rischio di cadute.
- Circa il 52% non deambula al momento del ricovero e viene rapidamente mobilizzato in carrozzina.

- 
- 
- Il 70% necessita di riabilitazione per il recupero motorio
 - All'interno dei reparti si cerca di coinvolgere attivamente i parenti, in quanto sono mediamente in grado di interpretare al meglio i desideri del paziente.
 - Quindi manteniamo i reparti aperti senza limite di orario. Questo ha ricadute positive sulla gestione dei momenti critici e contribuisce a creare un clima più sereno e di collaborazione tra il personale di reparto e i care-givers.



Bisogno di movimento

- ▶ La mobilità è la capacità di muoversi liberamente nel proprio ambiente, ed è fondamentale per la vita quotidiana, la funzione motoria è di vitale importanza durante ogni stadio della vita, dall'infanzia sino alla senescenza momento in cui diventa una condizione importante per il mantenimento di un buon grado di autonomia.



Perché è importante il movimento nell'anziano malato e non autosufficiente :

- Per mantenere, migliorare e ottimizzare le capacità funzionali e cognitive residue;
- per prevenire le complicanze da immobilità,
- per la prevenzione delle piaghe da decubito,
- per ridurre la sintomatologia dolorosa;
- per migliorare la stabilità in posizione eretta e dell'andatura,
- per migliorare la qualità di vita dell'utente e ridurre il carico assistenziale dei familiari

Riabilitazione

Nel percorso della de-ospedalizzazione:

ha una durata di tempo limitata ,è dosato in relazione al quadro clinico globale del paziente e si concentra su obiettivi di recupero e rieducazione funzionale.

L'Intervento riabilitativo è' finalizzato al sensodell'azione:

Se il paziente ècoinvolto in attivita' riabilitative di cui coglie lo scopo sarà piu' efficace non solo per ragioni motivazionali ma soprattutto per la neuroplasticità cerebrale perchè si sviluppano nuove sinapsi neuronali che rendono piu' efficiente il sistema cognitivo.



Assistenza Custodialistica

- Il letto rimane uno strumento tradizionalmente delegato alla cura del malato
- Rappresenta il luogo più confortevole
- Molti professionisti sanitari sono convinti della utilità del riposo a letto
- È fonte di tranquillità per il personale, che non deve preoccuparsi di sorvegliarlo o di prevenire la possibilità di cadute



Immobilità

- Una condizione caratterizzata da ridotta mobilità ad insorgenza acuta o cronicamente progressiva e se non è adeguatamente contrastata conduce l'anziano inesorabilmente ad uno stato di ingravescente disabilità sino alla morte.
- In particolare nell'anziano con deterioramento cognitivo.



Effetti dannosi della immobilità

Dieci giorni di allettamento anche in anziani sani determinano una perdita del 13% della forza e della potenza muscolare

con riduzione della capacità aerobica massimale.

La perdita di massa muscolare e' stata stimata in circa 1Kg, cioe' da 3 a 6 volte piu' rapida rispetto ai giovani in condizioni analoghe, nonostante una adeguata dieta proteica.



Nelle malattie psicogeriatriche e nel decadimento cognitivo

Il modello **di cura integrato deve associare la gestione clinica all'attività** di nursing e riabilitativa attraverso modalità di interventi che non segmentino un atto di cura dall'altro.



Gli ausili

L'ausilio è uno strumento che serve in particolare alla persona disabile (e/o a chi lo aiuta), per fare ciò che altrimenti non potrebbe fare o per farlo in modo più sicuro e rapido o, in fine, per prevenire l'aggravarsi di una disabilità.

Durante il ricovero, l'equipe sanitaria (medico, fisioterapista) attraverso un'attenta valutazione funzionale sul paziente, individua gli ausili e le ortesi che saranno necessari per il raggiungimento di una migliore autonomia.

Il medico fisiatra o geriatra provvede alla prescrizione di tali dispositivi.

Presidi prescrivibili indispensabili per la mobilitazione



Ausili per la deambulazione

- **Deambulatore “Rollator”**

- Utile per l'esterno.
- Dotato di sistema frenante e di seduta.



Ausili minori non prescrivibili.



Carrozzina basculante

- Permette di variare e modulare la postura.
- Evita continue manovre di riposizionamento.



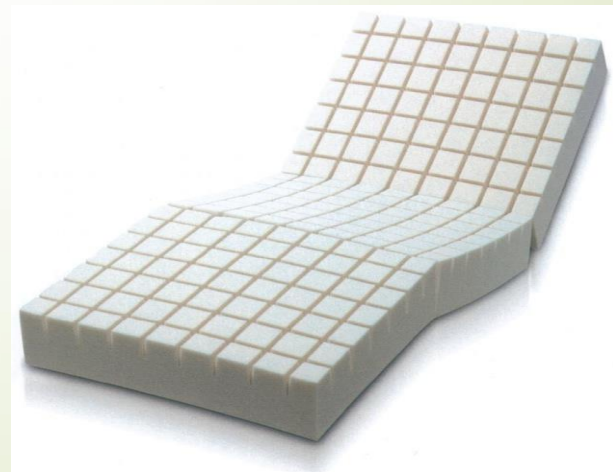
Sollevatore passivo



Letto sanitario



- Può essere regolabile manualmente o elettricamente.
- Consente il cambio di postura e la suddivisione della rete in una o più sezioni)
- Accessori:
 - trapezio
 - sponde
 - set di ruote



Comodone



Consente la
mobilizzazione
precoce a letto in
legs out.

L'invecchiamento

19

L'invecchiamento è la somma individuale e particolare delle esperienze, delle scelte, delle risposte che ogni persona si è data o ha trovato nella sua storia.

- La relazione quindi è l'incontro con una assoluta originalità: richiede sensibilità, preparazione e tempo.
- **E la sua qualità'è anche il diritto alle cure fisioterapiche**
- L'appropriatezza e l'efficacia della riabilitazione nell'anziano malato cronico e non autosufficiente sono fortemente collegati alla tempestività e alla continuità a domicilio dell'intervento riabilitativo.