

RIABILITAZIONE ORTOPEDICA POST-CHIRURGICA

Corso ECM di 2 giornate

Docente: Simone Patuzzo Fisioterapista PhD Stud

Abstract Attraverso questo corso, si vuole fornire un approccio riabilitativo al paziente ortopedico con l'obiettivo del più rapido recupero delle abilità motorie perse.

Nella nostra esperienza professionale, abbiamo sperimentato dei modelli riabilitativi che consentono un precoce recupero della mobilità e del cammino in molte condizioni ortopediche. L'approccio individuato è innanzitutto basato su un **corretto inquadramento del paziente** e delle condizioni che possono alterare il percorso riabilitativo. Discuteremo di importanti concetti relativi ad esempio alle **moderne scienze del dolore** e di **aspetti cognitivi** che vanno tenuti in debita considerazione quando si approccia un paziente traumatizzato e/o con dolore e che magari è spaventato e troppo spesso poco informato sulla propria condizione e sui tempi di recupero.



RIABILITAZIONE ORTOPEDICA



Nell'unità operativa di ortopedia e traumatologia dove esercito, l'approccio che ho individuato si è dimostrato valido permettendo, a titolo di esempio, e in modo del tutto confortevole per il paziente (criterio imprescindibile):

- **Protesi di ginocchio bilaterale simultanea:** avvio del cammino (50 metri, con deambulatore) in prima giornata post-chirurgica, e sempre in prima giornata, recupero di 90° di flessione di ginocchio bilateralmente (senza produrre dolore al paziente).
- *oppure*
- Recupero (confortevole) del cammino (con deambulatore) altrettanto precocemente in prima giornata post-operatoria in pazienti con esiti di interventi di **artrodesi della colonna vertebrale di più livelli**.

Lo scopo non è certamente quello di "correre" o "forzare il paziente" per ottenere dei risultati da mostrare anche a costo di fare soffrire il paziente. Il punto è che abbiamo invece osservato come un modello riabilitativo che permetta di entrare bene in contatto con il paziente, comunicando in modo efficace, possa permettere, se combinato ad un approccio clinico che consideri tutti gli elementi della storia e della situazione medica attuale, degli importanti risultati con un ottima compliance e in tempi più brevi. Potremmo altresì dimostrare l'inverso, ossia come l'adozione di altri approcci riabilitativi possano talvolta produrre ritardi nel recupero delle abilità, talvolta solo per minuscoli errori o dettagli (della clinica o della comunicazione).

Della comunicazione

Un esempio è il seguente (non vuole essere un esempio esaustivo): Un giovane paziente, sulla quarantina, si è fratturato il femore, sintetizzato con un chiodo. E' lunedì, il paziente si è fratturato venerdì e operato immediatamente. E' rimasto a letto per 2 giorni (sabato e domenica). Entrando nella stanza si nota il suo sguardo smarrito, è evidente che non ci sta capendo niente di quello che gli è successo e di quello che accadrà. Gli spiego cosa faremo, e con sicurezza gli dico che fra poco camminiamo, lui è scioccato, non capisce, non sa. Mi guarda e io so che devo tenere un atteggiamento di un certo tipo per fargli capire che si deve fidare di me e che sono sicuro di quello che gli sto dicendo, tanto che tengo la posizione e lo sguardo. La domanda che gli faccio è la seguente "oggi camminiamo, certamente, ma tu scusami, quanto tempo pensavi di dover stare a letto prima di camminare di nuovo?" e lui risponde "non lo so, io un mese...". Lo avvio alla stazione eretta con un deambulatore, cammina benissimo, piange di commozione.

Della clinica

Una paziente di 77 anni viene sottoposta a intervento di osteosintesi per frattura di femore. Soffre di ipertensione arteriosa e assume NORVASC 5mg e BINOSTO 7mg. La pressione arteriosa omerale (PAO) nel pre-operatorio era 120/80. In prima giornata post operatoria, viene posizionata seduta, quindi in piedi e improvvisamente perde coscienza e per fortuna cade sul letto. Il fisioterapista torna nel pomeriggio, la PAO sx da supina è 105/70. Il fisioterapista sospetta qualcosa di anomalo nella pressione arteriosa, quindi si confronta con l'infermiere in turno; la paziente è stata trasferita da poco e come precedente c'è solo la rilevazione della pressione arteriosa del pre-operatorio. L'infermiere si accorge che il NORVASC (calcioantagonista, riduce la pressione arteriosa) era stato erroneamente aumentato all'ingresso in reparto da 5 mg a 10 mg. L'episodio di perdita di coscienza si poteva prevenire, ma in particolare, grazie al confronto l'errore di prescrizione viene corretto e la paziente riesce a svolgere il programma riabilitativo (e in sicurezza). Questo è solo un esempio per dire che a volte i pazienti hanno bisogno di informazioni e che vanno considerate le loro aspettative e convinzioni in merito alla propria condizione (oltre ai "pezzettini" di informazioni captate maldestramente durante il passaggio tra i vari specialisti). In un sistema come l'attuale SSN con plurime specializzazioni, ciascun professionista fornisce solo le sue indicazioni, perchè si aspetta che lo specialista successivo della catena affronterà le sue.

L'ortopedico che ha operato venerdì il paziente magari gli ha anche detto che avrebbe stabilizzato la frattura e che poi il paziente avrebbe potuto camminare di nuovo, ma il paziente che probabilmente era anche scioccato dalla imprevista frattura magari non aveva familiari che si fossero informati per suo conto, aveva iniziato a pensare di dover stare a letto per settimane, ed era disperato e spaventato, tanto da aver paura di chiedere.

Gli aspetti cognitivi e le nostre aspettative e convinzioni (beliefs) influenzano molto il modo in cui reagiamo e anche quello in cui recuperiamo. Il corso non è finalizzato a fornire competenze specialistiche ma sottolinea l'importanza di creare un collegamento comunicativo con il paziente e un rapporto sereno e se possibile anche con un pizzico di allegria. **Perchè questa professione dobbiamo viverla serenamente anche noi se poi vogliamo trasmettere energia e buonumore nei nostri pazienti.**

Il corso enfatizza l'importanza di **fornire le corrette informazioni** ai pazienti e instaurare con loro una **comunicazione serena**, integrando l'approccio **humour-salute**, un'ipotesi che suggerisce un collegamento positivo tra humour e salute.

Il sistema della **qualità aziendale** richiede attualmente che le unità operative generino delle proprie **procedure operative**. Essendo consapevoli di tale impegno, durante questo corso, mediante **lavoro a piccoli gruppi**, guideremo i partecipanti alla **generazione di una bozza di procedura operativa per il proprio ambito operativo**.

Ma non solo, perchè siamo consapevoli della necessità dei pazienti di risultare informati in merito alla propria condizione, pertanto attraverso un'altra sessione di lavoro a gruppi, guideremo i partecipanti alla creazione/adattamento di **opuscoli informativi per i pazienti** adatti ad essere calati immediatamente nella personale realtà operativa per informare efficacemente i pazienti.

RELATORE

Simone Patuzzo è un Fisioterapista attualmente Studente PhD in Scienze Mediche e dello Sport con progetto di tesi **“Modificazioni cinematiche del rachide cervicale durante la mobilizzazione dorsale dell’occipite sull’atlante”** presso l’Università di Saragozza (Spain). Svolge la professione dal 1999 e quindi, ad oggi, ha 24 anni di esperienza nel ruolo.

Esercita nel reparto di Ortopedia e Traumatologia del Polo Chirurgico Confortini dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Dal 1999 al 2003 ha collaborato con l’Università di Verona, Servizio di Neurologia ad Indirizzo

Riabilitativo, presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione per “Specifiche prestazioni previste da progetti di ricerca” svolgendo oltre 1000 ore certificate di attività di ricerca scientifica.

E’ autore di 12 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali, di 24 pubblicazioni su riviste nazionali, per un totale complessivo di 36 articoli, di 1 libro nel campo della riabilitazione delle Funzioni orofacciali e ATM edito da Cortina Editore ed è curatore delle 2 edizioni italiane del libro “Diagnosi Differenziale in Fisioterapia”.

PROGRAMMA

1. INQUADRAMENTO RIABILITATIVO

La sessione utilizza il seguente modello di inquadramento e si svolge durante la prima parte della mattinata. Il modello di inquadramento poi sarà applicato al bisogno durante la discussione degli specifici CONTESTI indicati al punto **2**.

a. Anamnesi del paziente, lettura e analisi della cartella clinica. *Cos'è più rilevante osservare ai fini della presa in carico riabilitativa ?* Controindicazioni assolute e relative alla presa in carico.

b. La prima seduta: il paziente è (ancora) idoneo al programma riabilitativo ? *"Diagnosi differenziale in fisioterapia, screening delle condizioni sistemiche e viscerali"* : Come escludere segni e sintomi indicativi di problemi che vanno oltre l'ambito di competenze e responsabilità del fisioterapista. Nota: *il processo della diagnosi differenziale è un processo continuo nell'intero arco della presa in carico riabilitativa.*

c. Come interagire e comunicare efficacemente con il personale medico e infermieristico nell'accingersi alla presa in carico riabilitativa e nell'erogazione del programma riabilitativo.

d. Valutazione dei parametri vitali, auscultazione, osservazione clinica: criteri generali per stabilire l'idoneità attuale al trattamento riabilitativo (per esempio, "livelli di emoglobina", "ipotensione ortostatica" - controindicazioni assolute e relative).

e. Complicanze comuni e rare, presentazione di casi clinici

f. Programma riabilitativo specifico per il paziente (e non solo "per la patologia"). Indicazioni da fornire al paziente e collaborazione con il personale di reparto.

PROGRAMMA

2. CONTESTI

2.1 TRAUMATOLOGIA ARTO INFERIORE

- Osteosintesi di frattura del femore
- Fissazione esterna
- Pazienti politraumatizzati

2.2 TRAUMATOLOGIA ARTO SUPERIORE

- Osteosintesi di fratture di spalla e di omero
- Osteosintesi di fratture di gomito, avambraccio e polso
- Osteosintesi di fratture alla mano
- Pazienti politraumatizzati

2.3 ORTOPEDIA ARTO INFERIORE

- Artroprotesi d'anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di ginocchio bilaterale simultanea

2.4 CHIRURGIA VERTEBRALE

- Interventi di chirurgia vertebrale per scoliosi pediatrica, scoliosi dell'adolescenza, scoliosi dell'adulto, deformità sagittali dell'adulto, primitive e secondarie, dorso curvo giovanile o dell'adulto, spondilolistesi, instabilità vertebrale, ernie del disco cervicali, toraciche, lombari, fratture vertebrali, patologie degenerative cervicali, toraciche e lombari, chirurgia di revisione, tumori vertebrali.

3. PROGETTO RIABILITATIVO

Per ciascun CONTESTO:

- Recupero dell'articolazione, della forza e della funzionalità dell'arto operato.
 - Miglioramento dell'autonomia nei trasferimenti e passaggi posturali.
 - Recupero e ripresa alla deambulazione con ausili, concedendo carico graduale e progressivo; progressivo svezzamento dagli ausili.
-

PROGRAMMA

4. PROGRAMMA RIABILITATIVO

Per ciascun CONTESTO:

Tecniche riabilitative (*mobilizzazione articolare e dei tessuti molli, rinforzo muscolare, facilitazione neuromuscolare propriocettiva, ortesi, ausili*); spostamenti nel letto, trasferimenti, passaggi posturali. Recupero e ripresa alla deambulazione con ausili, carico graduale e progressivo; svezamento dagli ausili. Educazione all'auto-mobilizzazione. Educazione posturale. Precauzioni e vincoli.

- Cosa fare per il paziente in scarico ?
 - Come fare a mobilizzare efficacemente un paziente usando il letto ospedaliero e senza strumenti ?
 - Concetti di ergonomia nel rinforzo muscolare, non è meglio preservare la nostra schiena ?
 - Collasso o crisi lipotimica ? Ci sono delle differenze, ma in particolare, come prevenire problemi durante il training del cammino (se per esempio il paziente "sviene") ?
 - Ausili (deambulatore con appoggio antibrachiale, stampelle, girello) nelle prime fasi riabilitative.
 - Kinetect. L'evidenza scientifica è a sfavore, allora perchè continuiamo a usarlo ? Se ne abbiamo uno (o più di uno) non possiamo certo buttarli via. Ma se li usiamo, come e perchè ?
 - Foot pump e protocolli di prevenzione della trombosi venosa profonda*
 - Patologie respiratorie concomitanti o di base, approccio riabilitativo in ortopedia
- * Nota: *condizioni come la trombosi venosa profonda o l'embolia polmonare e relativo screening per escludere segni e sintomi correlati, è discussa per ciascuna condizione come da paragrafo b "approccio riabilitativo" perchè fa parte del procedimento della "diagnosi differenziale in fisioterapia".*
-

PROGRAMMA

PRIMA GIORNATA

8:30 - 10:30

INQUADRAMENTO RIABILITATIVO

10:30-10:45 caffè break

10:45 - 13:00

2.1 TRAUMATOLOGIA ARTO INFERIORE

- *Osteosintesi di frattura del femore*
- *Fissazione esterna*
- *Pazienti politraumatizzati*

2.2 TRAUMATOLOGIA ARTO SUPERIORE

- *Osteosintesi di fratture di spalla e di omero*
- *Osteosintesi di fratture di gomito, avambraccio e polso*
- *Osteosintesi di fratture alla mano*
- *Pazienti politraumatizzati*

13:00-14:00 Pausa pranzo

14:00 - 15:30

2.3 ORTOPEDIA ARTO INFERIORE

- *Artroprotesi d'anca*
- *Artroprotesi di ginocchio*
- *Artroprotesi di ginocchio bilaterale simultanea*

15:30-15:45 Caffè break

15:45-17:00 Casi clinici

PROGRAMMA

SECONDA GIORNATA

08:30-10:30

2.4 CHIRURGIA VERTEBRALE

- *Interventi di chirurgia vertebrale per scoliosi pediatrica, scoliosi dell'adolescenza, scoliosi dell'adulto, deformità sagittali dell'adulto, primitive e secondarie, dorso curvo giovanile o dell'adulto, spondilolistesi, instabilità vertebrale, ernie del disco cervicali, toraciche, lombari, fratture vertebrali, patologie degenerative cervicali, toraciche e lombari, chirurgia di revisione, tumori vertebrali.*

10:30- 10:45 Coffè break

10:45 - 13:00

5. LA FONDAMENTALE COLLABORAZIONE CON IL PERSONALE DI REPARTO

- Collaborazione con il personale di reparto (medici, infermieri, OSS, etc)
- Come ottimizzare la ripresa clinica del paziente mediante alleanza con il personale di reparto
- Le esigenze del personale di reparto

6. COMUNICAZIONE E ALLEANZA TERAPEUTICA: L'ARTE DELL'INTERAZIONE E L'UMORISMO NEL RAPPORTO FISIOTERAPISTA-PAZIENTE

- Introduzione al concetto humour-salute, razionale ed esempi applicativi

13:00 - 14:00 Pausa pranzo

PROGRAMMA

14:00 - 15:30

7. OPUSCOLI INFORMATIVI PER IL PAZIENTE IN ORTOPEDIA

- Lavoro a piccoli gruppi, attività guidata per la creazione degli opuscoli informativi per la propria unità operativa

1. Protesi di ginocchio
2. Protesi d'anca
3. Chirurgia vertebrale

15:30 - 15:45 Coffè break

15:45 - 17:00

8. PROCEDURE OPERATIVE AZIENDALI IN ORTOPEDIA

- Lavoro a piccoli gruppi per la generazione delle proprie procedure operative in Ortopedia

nota: queste sessioni a piccoli gruppi sono divertenti
