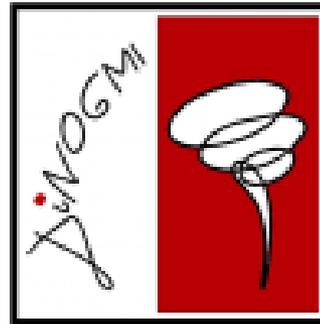


Scuola di specializzazione in Medicina
Fisica e Riabilitativa



Valutazione in terapia manuale ortopedica



A cura di Andrea Fusco

INTRODUZIONE

- Necessità' di uno **sfondo concettuale** di riferimento su cui organizzare il nostro intervento specialistico
- Riabilitazione come **presa in carico** non della patologia, ma della **persona** con riduzione dello stato di salute
- Concetto di salute come insieme delle **potenzialità' dell'individuo** nel contesto in cui agisce

INTRODUZIONE

- Dolore e Disabilità

sono i principali motivi di consulto per il **fisioterapista**, in particolare da parte dei pazienti muscoloscheletrici

- Differenti **modalità di accesso** del paziente nei diversi sistemi sanitari nazionali
- In CE prevalente accesso diretto
- IN ITALIA sono presenti **l'accesso diretto** alle prestazioni **private** e **l'accesso** tramite visita **fisiatrica** alle prestazioni **mutualistiche**

DOLORE DURANTE L'ATTIVITÀ



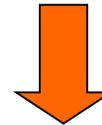
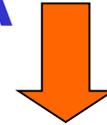
KINESIOFOBIA

PAURA DEL DOLORE DURANTE L'ATTIVITÀ

**EVITAMENTO
ATTIVITÀ**

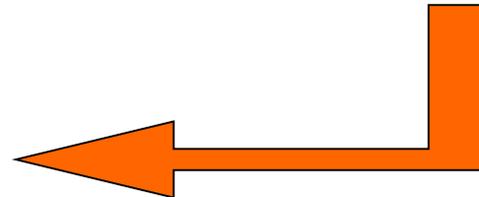


**DETERIORAMENTO CONDIZIONE FISICA:
< FORZA MUSCOLARE**

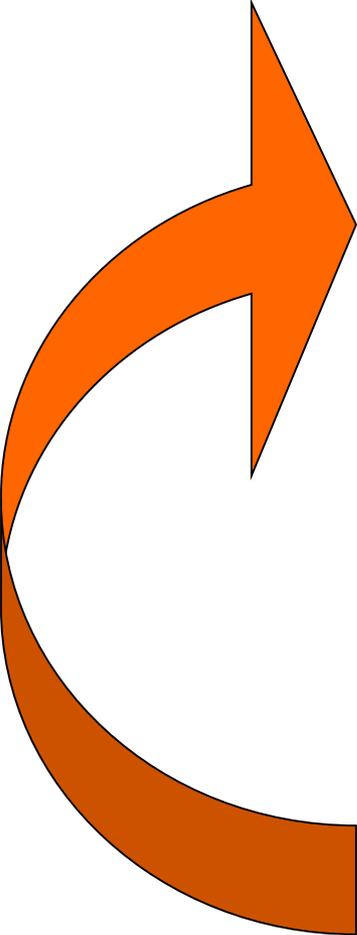


**DISFUNZIONE ARTICOLARE:
< ABILITÀ A SOPPORTARE UN CARICO**

DISABILITÀ



*Dekker J
1993*



DOLORE E DISABILITA'

La complessità delle situazioni
richiede strumenti che organizzino

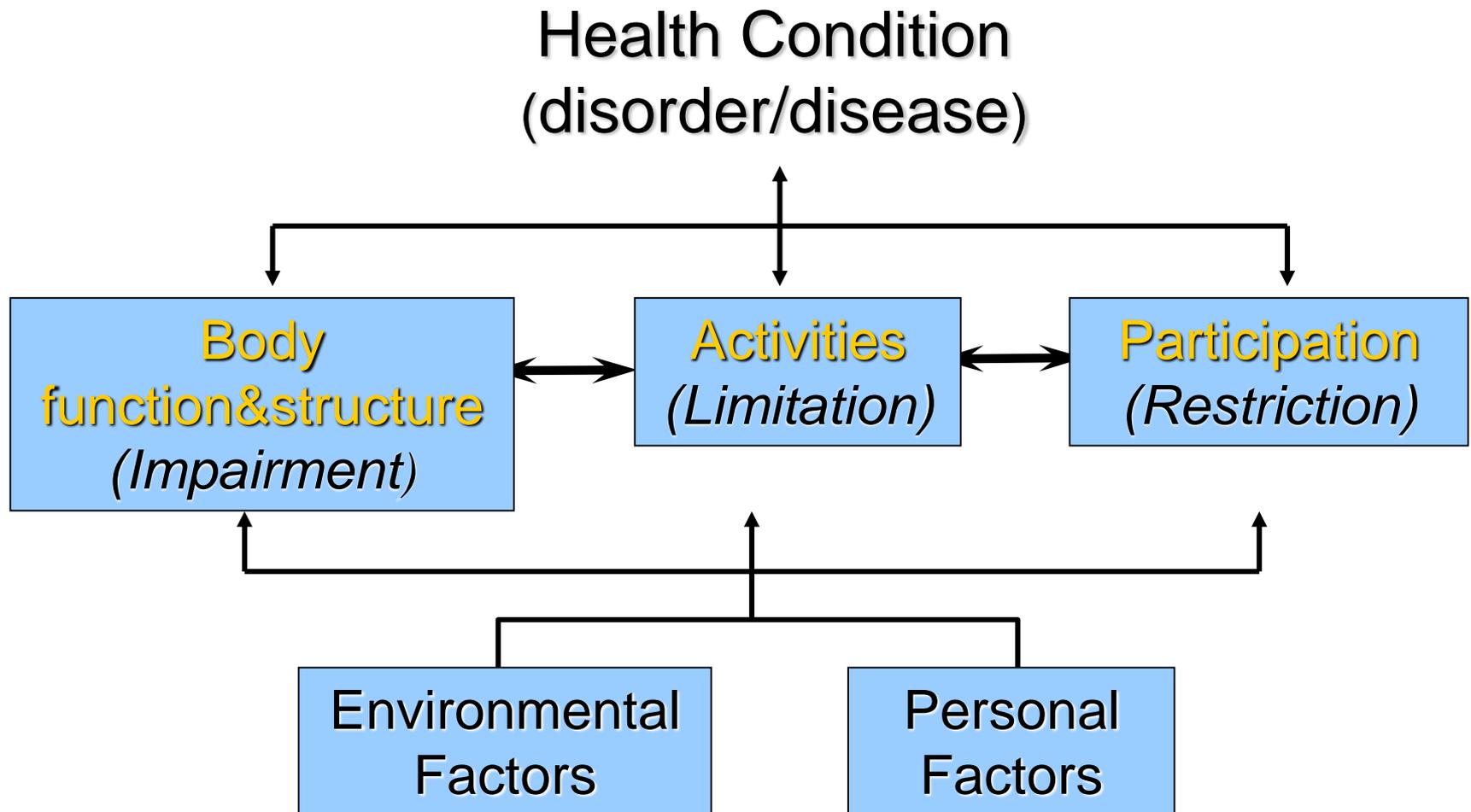
- il ragionamento clinico
- la valutazione
- il progetto terapeutico
- l'esecuzione tecnica

MEDIANTE UN LINGUAGGIO COMUNE

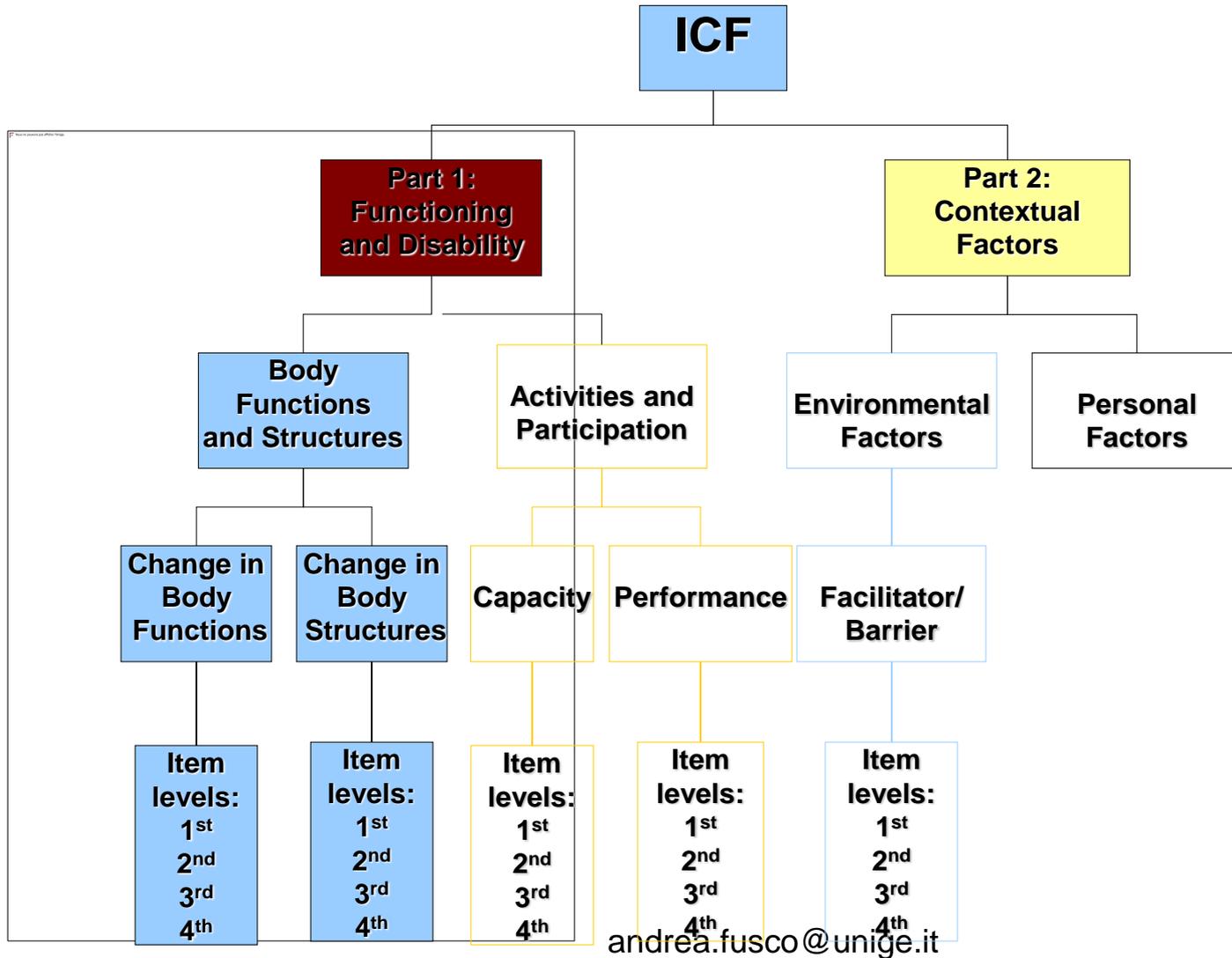
RIFERIMENTI CULTURALI E STRUMENTI OPERATIVI

- **I.C.F.** Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute
- **P.H.P.** Profilo Prognostico di Salute
- **M.L.C.M.** Modello Multidimensionale di Carico e Capacità di Carico

INTERAZIONE TRA LE COMPONENTI ICF 2001



STRUTTURA



Classificazione

Parti

Componenti

**Costrutti/
Qualificatori**

**Domini e
categorie a
differenti livelli**

PERCHE' E' IMPORTANTE CONOSCERE L'I.C.F.

- Permette una comunicazione universale.
- Facilita gli studi sulla salute e sulla disabilità.
- Facilita e rende necessaria la valutazione dell'outcome.
- Permette la comparazione di differenti interventi.
- Supporta le politiche assistenziali.
- Fornisce un telaio culturale in cui si possono integrare altri modelli applicativi di pertinenza delle singole figure professionali.

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

- E' il risultato descrittivo della **raccolta critica dei dati anamnestici e dell'esame clinico**
 - ≠ differenti aree concetto I.C.F.
- Permette la formazione di una **ipotesi prognostica** riguardo
 - al decorso del disturbo di salute
 - al nostro intervento terapeutico
- Permette di strutturare un
 - **progetto terapeutico** adeguato ≠ differenti aree
 - decidere le **misure di outcome** più indicate

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

- Costruito su ICF
- Impairments Anatomici, Fisici e Mentali
- Disabilità
- Problemi di partecipazione
- Fattori Personali
- Fattori Esterni

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

- Costruito su un modello BPS in cui l'individuo è visto come un sistema integrato delle dimensioni somatica, psicosociale e sociale
- L'interazione tra le tre dimensioni ha grande importanza
- I fattori prognostici sono pertinenti alle diverse dimensioni

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

MENOMAZIONI - impairments

- Alterazioni del ROM
- Alterazioni della coordinazione
- Instabilità
- Dolore
- Alterazioni dell'equilibrio
- Ansia
- Depressione

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

LIMITAZIONE DELLE ATTIVITA'- disabilities

- Alterazione dei movimenti elementari
- Alterazione della Locomozione
- Igiene Personale
- House keeping
- Gestualità di lavoro
- Gestualità sportive o ricreative
- Difficoltà di comunicazione

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

LIMITAZIONI ALLA PARTECIPAZIONE- participation

- Cura /igiene personale
- Locomozione
- Relazioni Sociali
- House keeping
- Lavoro
- Sports e attività di svago

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

FATTORI ESTERNI

- Ambiente Sociale
- Ambiente Fisico
- Relazioni Familiari
- Amicizie

P.H.P.

Profilo Prognostico di Salute

FATTORI PERSONALI

- Età
- Sesso
- Educazione
- Patologie
- Visione della vita
- Coping-style

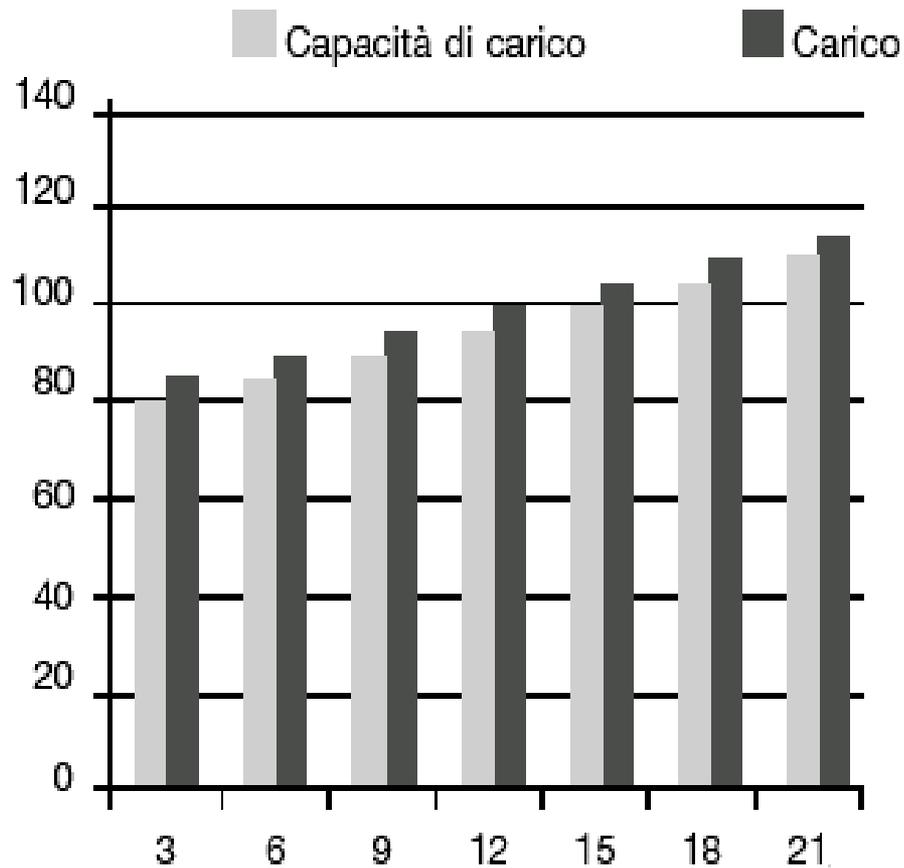
Il modello multidimensionale di carico/capacità di carico (MMCC)

Il modello rapporta
la capacità di **adattamento** alle

- **richieste dell'ambiente** =CARICO
- **le strutture connesse con il problema** in esame
e =CAPACITA' DI CARICO LOCALE
- **la funzionalità dell'organismo nella sua totalità** =CAPACITA' DI CARICO GENERALE

Progressione funzionale

Carico e capacità di carico



MMCC

ricadute cliniche

- visione dinamica del processo
- continua integrazione ed adattamento (adattabilità) dell'organismo
- in funzione delle richieste interne o esterne che giungono all'individuo

MMCC

ricadute cliniche

lo **squilibrio** può derivare da:

- carico esterno maggiorato es. un trauma
- diminuzione della caricabilità es. un periodo d'immobilizzazione

La diminuzione della caricabilità tessutale / organica
può derivare da:

- un disordine locale
- da fattori personali relativi all'individuo

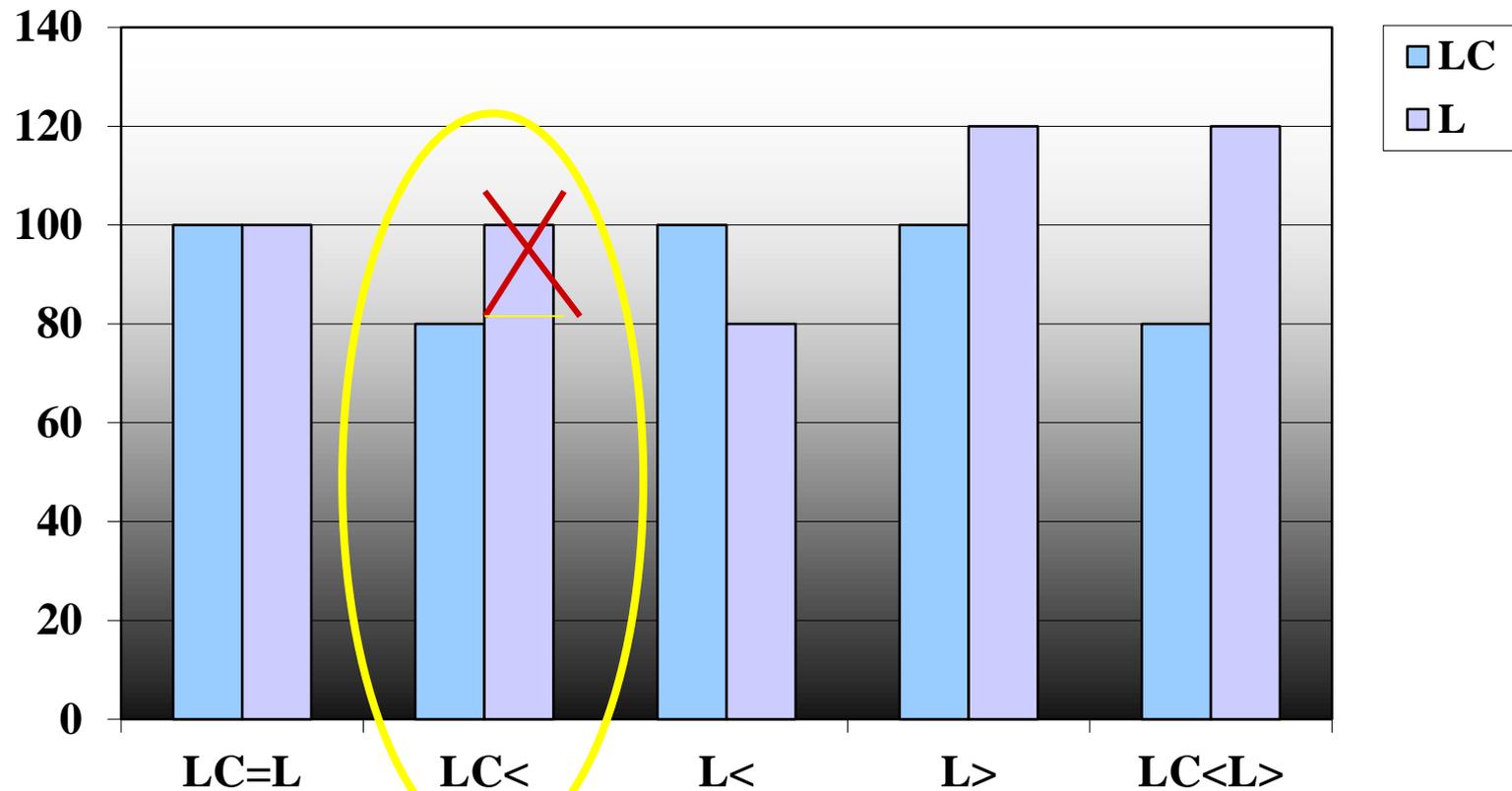
Processo di guarigione

- 0 - 4 gg - Infiammazione acuta e formazione della cicatrice
 - Un carico eccessivo o improvviso determina elongazione della cicatrice, carichi leggeri e prolungati lesionano le membrane cellulari, con migrazione delle cellule
- 2 gg - 6 sett - Riparazione e rigenerazione
 - Immobilizzazione determina tessuto scarsamente organizzato, la mobilizzazione eccessiva lesiona il tessuto
- 3 sett – 12 mesi - Rimodellamento e maturazione
 - Trasformazione da tessuto cellulare a tessuto connettivo ricco di collagene con incremento della capacità tensile

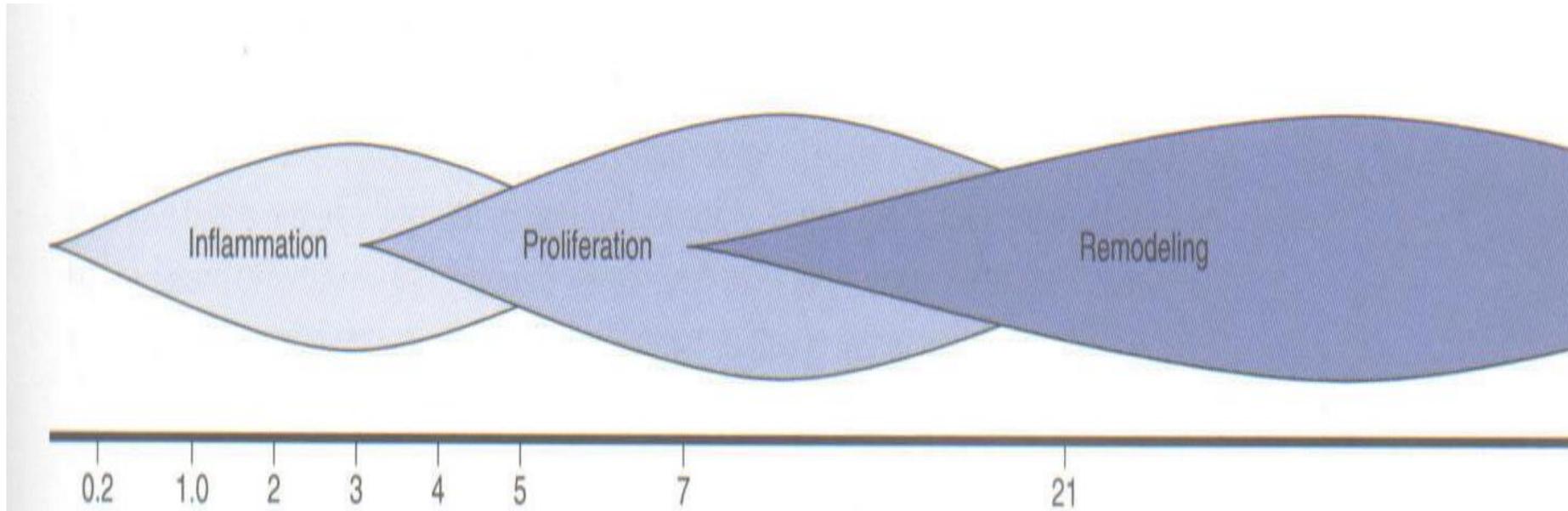
MMCC

adattamento e processo di guarigione

Healing process / adaptation



Processo di guarigione



PROCESSO DI GUARIGIONE e MMCC

individuare possibili anomalie= anamnesi e valutazione

- la storia del sistema muscoloscheletrico del pz.
- la sua condizione globale

- la capacità d'adattamento è tessuto- specifica,
 - Es.il tessuto cartilagineo ha un *turnover* diverso dal tessuto muscolare
- In caso di insuccesso diagnostico e terapeutico domandarsi se si sono rispettati C e CC

PROCESSO DI GUARIGIONE E P.H.P.*

•ACQUISIZIONE DI INFORMAZIONI DALL'ANAMNESI

- Informazioni personali
- Informazioni sul decorso
- Informazioni riguardanti i rapporti tra le diverse aree
- Status praesens

•ACQUISIZIONE DI INFORMAZIONI DALL'ESAME FISICO

- Valutazione della menomazione
- Valutazione della disabilita'

***P.H.P. = PROGNOSTIC HEALTH PROFILE**

ANAMNESI

- **INFORMAZIONI PERSONALI**
 - Dati demografici
 - Co-morbilità
 - Dati di riferimento
 - Aspettative del paziente

ANAMNESI

- INFORMAZIONI SUL DECORSO
 - Inventario dei disturbi
 - Andamento nel tempo
 - Andamento delle menomazioni, del livello delle attività e della partecipazione.
 - Risultati di esami clinici
 - Risultati di precedenti trattamenti
 - **Coping strategies**

ANAMNESI

- INFORMAZIONI RIGUARDANTI I
RAPPORTI TRA LE DIVERSE AREE

menomazioni <> disabilità

menomazioni-disabilità <> partecipazione

ANAMNESI

STATUS PRAESENS

- Disturbi attuali
- Attuale livello di attività e di partecipazione
- Valutazione del rapporto tra carico e capacità di carico
- Valutazione delle capacità locali e generali di adattamento (reazione al carico)
- Valutazione delle attuali coping strategies
- Uso di farmaci

ANAMNESI

la richiesta d'aiuto

- Spesso è il **dolore**, ma a volte è la **ripresa dello sport** o del **lavoro**, anche se **non esplicitata**
- **Elaborare le richieste** del paziente per impostare un trattamento **adeguato**
- **Fornire informazioni prognostiche adeguate**

DALL'ANAMNESI ALL'ESAME CLINICO

- Analisi ed integrazione dei dati in un quadro clinico diacronico
- Interpretazione dei dati in senso prognostico
- Costruzione delle ipotesi diagnostiche
- Costruzione degli obiettivi e delle strategie di valutazione