

giore intensità". Oltre allo psichiatra e al nutrizionista, che si occupano anche di attività di gruppo psico-educazionali, ci sono infatti gli educatori, i tecnici della riabilitazione psichiatrica e il personale infermieristico, addestrati all'osservazione, attenta ma non invasiva, dei pazienti in sala da pranzo e al controllo del rispetto di regole ambientali molto strette. "Controllare il comportamento delle persone ricoverate è fondamentale, perché gli aspetti critici possono essere molti", osserva il responsabile del reparto. "Ad esempio, una paziente anoressica dominata dall'ossessione della magrezza che continua a camminare per

sti, spuntini e acqua sono forniti esclusivamente da noi". Infine, quando ci sono malattie psichiatriche concomitanti ai disturbi alimentari come depressione, disturbi d'ansia e di personalità, ad esempio personalità borderline, è importante un controllo ambientale rispetto al rischio di farsi del male.

"Occorre controllare che non circolino oggetti appuntiti, di vetro o altri oggetti potenzialmente pericolosi: l'obiettivo è far sì che il paziente percepisca il reparto come un ambiente sicuro". Ovviamente tutti i relativi trattamenti e controlli sono concordati con il paziente ancora prima del rico-

Ingredienti usati nel gruppo "esperienze di cucina"



'bruciare calorie' va fermata con decisione ma anche con discrezione e gentilezza. Altri comportamenti da contenere possono riguardare il momento in cui il paziente si reca in bagno per procurarsi il vomito. Ma il livello di controllo ambientale principale in un reparto come il nostro è sul cibo e sull'alimentazione: nessuno può tenere cibo personale, come cracker o bevande. Pa-

vero, con un contratto terapeutico scritto che chiarisce che non si intende limitare la sua libertà personale, quanto contenere l'emergere dei sintomi invalidanti del disturbo alimentare. "Il paziente acconsente al trattamento e arriva così preparato, informato e motivato per sottoporsi a un percorso di cura che ha tutti i presupposti per essere efficace". ■

ESPERIENZE SENSORIALI

Oltre ad attività di gruppo psico-educazionali, in cui si insegna ai pazienti ad adottare un'alimentazione sana in relazione ai loro bisogni, il Centro per i Disturbi Alimentari propone lezioni di psico-educazione alimentare all'interno di una cucina. L'obiettivo, infatti, non è solo quello di insegnare al paziente ciò che è sano da mangiare, ma di aiutarlo a preparare un pasto: un'esperienza particolarmente utile per chi è affetto da bulimia o obesità con alimentazione incontrollata. "Si tratta di pazienti che spesso arrivano in cucina completamente analfabeti, sia rispetto al linguaggio della sana alimentazione sia, soprattutto, rispetto al linguaggio della comunicazione sensoriale e della relazione con gli altri attraverso il cibo" dice il dottor Erzegovesi. "Al di là del preparare un pasto sano, con questa opportunità i pazienti possono imparare ad avvicinarsi al cibo in maniera multisensoriale, sperimentando gli ingredienti già con la vista, l'olfatto o il tatto, prendendosi il tempo di sviluppare la consapevolezza di ciò che mangiano. L'idea è quella di proporre un'esperienza sensoriale per 'sentire' ciò che si sta per mangiare, invece di prendere semplicemente qualcosa di già pronto e trangugiarlo, iniziando quindi a 'saziarsi' prima ancora di aver masticato o deglutito un boccone. A questo proposito cuciniamo alimenti spesso del tutto sconosciuti ai pazienti come i cereali integrali, le erbe aromatiche, le spezie o i legumi, cercando di conciliare gusto e salute. I pazienti obesi apprezzano molto il fatto di mangiare piatti appetitosi che richiedono più tempo per essere gustati, che saziano molto e che, al contempo, hanno un contenuto calorico molto ridotto".

NE PARLIAMO CON LA DOTTORESSA RESPONSABILE UO DI RIABILITAZIONE

Protesi all'anca dopo l'intervento

Nel 2013 all'Istituto Clinico San Siro sono stati effettuati 1.174 interventi di protesi all'anca e ginocchio mentre i ricoveri riabilitativi sono stati 1.583 di cui 1.446 in seguito a intervento di protesi. Dopo l'operazione la fase più importante è infatti la riabilitazione. Ne parliamo con la dottoressa Cristina Beretta, responsabile dell'U.O. di Riabilitazione dell'Istituto Clinico San Siro, che ci illustra le varie fasi del percorso riabilitativo, i movimenti da evitare e gli accorgimenti da adottare, l'importanza della fisioterapia e l'uso dei farmaci.

Ci illustri il paziente tipo.

"L'avanzamento delle tecniche chirurgiche ha modificato negli ultimi anni l'età e la tipologia dei pazienti che accedono alla chirurgia protesica: l'età media si è abbassata anche alla fascia 40-60 che accedono ad esempio a protesi d'anca di rivestimento per coxartrosi nella maggior parte dei casi postraumatica o a protesi monocompartimentale ginocchio, pur permanendo prevalente la fascia di pazienti ultrasettantenni che vengono sottoposti a impianto di protesi totale".

Spesso sono anziani, quali sono le criticità?

"Le criticità sono legate alla comorbilità, cioè alla patologie preesistenti che rendono il recupero a volte più complesso dal punto della gestione clinica oltre che riabilitativa, al reinserimento familiare/sociale post intervento in una situazione di maggior fra-

SA CRISTINA BERETTA, SPECIALISTA IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE E AIUTO
IONE DELL'ISTITUTO CLINICO SAN SIRO

nca e ginocchio: tutte le fasi intervento per una perfetta guarigione

gilità fisico/psicologica (spesso sono pazienti che vivono soli)”.

Qual è il percorso riabilitativo?

“Per i pazienti operati all'interno della Nostra struttura il percorso riabilitativo inizia già nella prima giornata post-intervento in reparto di ortopedia con esercizi di mobilizzazione passiva, esercizi di rinforzo muscolare isometrico e progressiva verticalizzazione. Il passaggio in reparto di riabilitazione avviene nella terza giornata post-intervento. Per i pazienti che accedono provenienti da altre strutture il trasferimento in riabilitazione avviene di solito nella quarta-quinta giornata. La durata e la tipologia del trattamento Fkt vengono individualizzate in base alle necessità del paziente. Il trattamento in regime di ricovero può durare da una a tre settimane, e può essere poi proseguito in altra forma: macroattività ambulatoriale complessa (Mac), che è una forma di trattamento intensivo quotidiano della durata di 90 minuti con terapeuta dedicato e che può essere considerata alternativa al ricovero, o ambulatoriale vero e proprio, di solito per consolidare i risultati acquisiti durante il ricovero in cui il paziente accede al trattamento per 30 minuti/die con cadenza bisettimanale”.



Cristina Beretta

il miglioramento delle tecniche operatorie sta rendendo sempre più stabili e sicuri gli impianti protesici, pertanto molti chirurghi non ritengono più necessaria l'indicazione a tali cautele”.

È sempre necessario fare della fisioterapia dopo l'intervento?

“La fisioterapia è un passaggio obbligatorio e fondamentale per la buona riuscita dell'intervento chirurgico. Non serve solo a permettere il completo recupero funzionale dell'articolazione operata, ma anche e soprattutto a correggere gli atteggiamenti viziati che si erano instaurati come forma di compenso del deficit funzionale preintervento. Nella pratica il paziente operato di protesi d'anca o ginocchio può, se non adeguatamente corretto e rieducato, continuare ad esempio a zoppiare nonostante l'intervento chirurgico sia perfettamente riuscito”.

È utile un trattamento farmacologico da associare alla riabilitazione? Se sì, quale? E in quali casi si considera utile?

“Oltre alla normale terapia di prevenzione tromboembolica con eparina a basso peso

molecolare o nuovi anticoagulanti, durante tutto il periodo post chirurgico in ortopedia e poi durante la riabilitazione è importante utilizzare farmaci che permettano il controllo della sintomatologia dolorosa, per permettere una adeguata partecipazione del paziente al trattamento riabilitativo al fine di ottenere un completo recupero funzionale. Possono poi essere associati farmaci antiedemigeni per ridurre l'edema postchirurgico dell'arto operato. In caso di protesi d'anca è raccomandato l'assunzione di specifici Fans (indometacina-Cox2selettivi) al fine di prevenire la formazione di calcificazioni periprotetische”.

I trattamenti riabilitativi sono efficaci da subito o bisogna intervenire con ulteriori sedute?

“È sempre consigliabile (soprattutto nel caso di protesi di ginocchio) far seguire al trattamento in regime di ricovero una fase successiva di trattamento ambulatoriale in modo da stabilizzare e non vanificare i risultati acquisiti durante il ricovero. Uno scarso recupero funzionale a lungo termine in pazienti usciti dalla riabilitazione in buone condizioni è quasi sempre dovuto ad una mancanza di continuità di trattamento, per cui il paziente, soprattutto se anziano, rientrato al domicilio dopo un periodo di riabilitazione intensiva, e sospende qualsiasi forma di attività. È inutile comprare una Ferrari per tenerla nel box...” ■

Quali sono i movimenti da evitare e gli accorgimenti da adottare?

“I pazienti operati di protesi di ginocchio non esistono particolari cautele da adottare o movimenti da evitare. Nel caso invece di impianti di protesi totale d'anca il paziente dovrà evitare movimenti di intrarotazione e flessione forzata (in caso di accesso chirurgico posterolaterale) o iperestensione (nel caso di accesso chirurgico anteriore). Il paziente viene pertanto invitato a non utilizzare sedute troppo basse (suggerito al domicilio l'ausilio di alza Wc) ed utilizzare un cuscino in mezzo alle gambe in decubito laterale per un periodo di circa 3 mesi dall'intervento. Bisogna però precisare che



INTERVISTA AL DOTTOR CRISTIANO FUSI, RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA DEL PRESIDIO DI MONZA DEGLI ISTITUTI CLINICI ZUCCHI

Traumi e legamenti da sport, l'importanza del fisiatra

Gli Istituti Clinici Zucchi da diversi anni offrono un servizio completo relativo alle problematiche legate alla pratica dell'attività sportiva, agonistica o amatoriale, grazie alla presenza di personale altamente qualificato e competente che, potendo disporre di attrezzature di alta tecnologia, garantisce un elevato livello di assistenza in termini di tempi di recupero, qualità del servizio e risparmio economico.

Tendiniti, distorsioni, traumatismi, dolori articolari, sono patologie che possono manifestarsi

con la ripresa dell'attività sportiva amatoriale e frequentemente, in assenza di evidenti traumi, l'atteggiamento comune è quello di attendere che la sintomatologia passi con il riposo o con l'applicazione di ghiaccio locale. Ma spesso i sintomi dovessero persistono e per ridurre i tempi di recupero è necessario giungere ad una diagnosi corretta e tempestiva per cure mirate ed appropriate. Ne parliamo con il dottor Cristiano Fusi, responsabile del servizio di Riabilitazione Specialistica del Presidio di Monza degli Istituti Clinici Zucchi e medico sociale settore giovanile A.c. Milan, con la sua équipe, garantisce la corretta gestione del percorso riabilitativo.

Per la traumatologia dello sport, presso gli Istituti Clinici Zucchi, collaborano da anni il dottor Bruno Violante (già consulente ortopedico della Società Sportiva Calcio Napoli) e la sua équipe, e il dottor Daniele Casalini (per anni medico sociale del settore giovanile del F.C Internazionale e poi consulente ortopedico del Manchester City), il personale medico è stato inoltre arricchito con l'arrivo del dottor Claudio Manzini (consulente ortopedico di diverse società calcistiche della Brianza) e della sua équipe.

Quanto è importante una diagnosi appropriata?

“È fondamentale perché è l'inizio di un percorso che a volte può essere lungo e tortuoso, invece con una diagnosi precisa

e sicura l'intervento è immediato. Tante volte il non perdere tempo fa guadagnare sicuramente salute, tempo e comporta di conseguenza anche un risparmio dal punto di vista economico”.

Ci racconti l'iter.

“Spesso con la bella stagione ci si vede qualche chilo in più, si esce a fare un po' di sport con la famosa corsetta, oppure un trauma. All'inizio si tende ad autogestirlo, poi quando non passa ci si rivolge al proprio medico curante, che in genere prescrive un antiinfiammatorio. Quando non sono più sufficienti, si indirizza verso lo specialista. La tappa vincente è sicuramente andare da quello specifico, purtroppo tante volte si viene inviati da uno specialista ortopedico, che può essere in grado di fare diagnosi e non si discute, ma poi bisogna prescrivere le terapie e si finisce finalmente dal fisiatra”.

Dunque non si arriva subito.

“Spesso si fa un giro lunghissimo, nel frattempo il paziente è demoralizzato, ha dolore, e si arriva finalmente al fisiatra. Purtroppo pochi sanno cosa è il fisiatra, perché spesso ancora oggi col mal di schiena si va dall'ortopedico. Ma quando non c'è frattura cosa si fa? Una cultura in Italia ancora limitata. Alcuni passaggi inutili, tempi lunghi, alla fine si spendono dei soldi prima di arrivare alla persona giusta”.

Vantate attrezzature di alta tecnologia.

“Sicuramente abbiamo Alter G un tapis roulant che funziona senza forza di gravità, in realtà non viene tolta, ma grazie a una imbragatura che fa ermeticamente tutto l'impianto dal bacino del paziente in giù, e all'intero di questa sacca che c'è per far sì che non esce l'aria c'è una spinta di aria che fa sollevare il paziente, in grado di caricare fino all'ottanta per cento del proprio peso corporeo, per tutte quelle patologie dove c'è necessità di un carico parziale, come ad esempio in una frattura, la gente sta ferma in un letto, questo permette di recuperare subito movimento... come se fosse in acqua...”

Quali sono le patologie ricorrenti?

“Nello sport sono legate a traumi contusivi distorsivi, che le persone si mettono a correre e fanno sport e incappano in dolori che normalmente non sarebbero venuti fuori”.

I tempi di recupero invece?

“Dipendono dalla corretta diagnosi precoce e dalla gravità che uno si è procurato. Una distorsione di primo grado ha dei tempi di recupero differenti da distorsioni di terzo grado”.

Tantissimi sportivi e soprattutto calciatori si rivolgono a voi.

“Sono tanti, e preferisco l'anonimato. Posso citare Maicon mandato dal Manchester City, perché è stato lui stesso poi a pubblicare delle foto scattate qui.. Si è trovato bene, è venuto da noi a recuperare dopo dei legamenti ha usato proprio l'Alter G”. ■



Cristiano Fusi



Intervento psicologico nei contesti riabilitativi: tra il corpo e la mente

DI MARINA FOSSATI E FEDERICA SPADAFORA (*)

Due persone, stessa età, due vite apparentemente simili. Un ricovero, lo stesso motivo: una frattura, un identico ictus. Stessa equipe, stesse procedure, stessa evoluzione clinico internistica: ma se per uno l'esito è un successo, per l'altro il recupero sembra essere una difficoltà senza fine. Perché?

Fondamentale è non intervenire solo sulla menomazione, ma considerare l'individuo nella sua globalità: una stessa lesione o problematica fisica può essere vissuta in modo molto diverso, secondo le molteplici variabili che caratterizzano la complessità dell'essere umano.

Nel percorso riabilitativo non si riabilita solo un arto, ma si riabilita una persona, nella sua vita, nel suo contesto sociale, nel suo ambiente: tutte queste sfaccettature sono degne di considerazione, se si vuol ottenere un risultato importante non solo in senso clinico, ma anche in termini di percezione di efficacia da parte dell'utenza. Capire quali siano le variabili correlate ed intervenire sulla loro gestione significa perciò segnare un importante passo nel processo motivazionale, di adattamento e reinserimento sociale.

Negli anni 80, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiva disabilità la sensazione soggettiva di essere in svantaggio a seguito di una menomazione; handicap è il termine che descriveva tale svantaggio vissuto in termini sociali e ambientali. Una persona con menomazione organica o funzionale percepiva conseguenze definite, classificate all'interno dell'ICDIDH (International classification of impairment, disabilities and handicap), ritenuto necessario anche per stabilirne i costi sociali e sanitari.

Tuttavia, l'handicap può anche essere diretta conseguenza di una menomazione, senza la mediazione dello stato di disabilità, ed una menomazione può essere base di disabilità percepite differenti tra loro.

Tale consapevolezza ha trovato conferma alla fine del secolo scorso, quando l'OMS ha commissionato a un gruppo di esperti di riformulare la classificazione tenendo conto di questi concetti. Il risultato è l'International Classification of Functioning (ICF) o Classificazione dello stato di salute, che definisce lo stato di salute delle persone piuttosto che le limitazioni: il concetto di di-

sabilità cambia ed identifica le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale. La classificazione segue un approccio bio-psico-sociale in cui non considera solo i fattori biomedici e patologici, ma considera anche l'interazione sociale. Ogni fattore influisce in modo circolare con gli altri ed i fattori ambientali e personali sono considerati ugualmente importanti dei fattori organici.

Negli ultimi anni il concetto di riabilitazione si articola quindi intorno alla necessità fondamentale di considerare tutti gli aspetti dell'individuo: per rispondere a ciò, il gruppo di lavoro che si occupa di riabilitazione è divenuto un team coordinato e integrato di figure professionali differenti, in cui la persona disabile e la sua famiglia non sono più solo oggetto della riabilitazione ma vengono integrati come parti attive.

L'intervento psicologico è una premessa fondamentale per creare un legame tra momento diagnostico, progettazione, intervento e verifica. Lo psicologo infatti, è presente in tutto il percorso, partendo dalla motivazione al recupero, all'implementazione di strategie, alla creazione di interventi di compensazione.

La figura dello psicologo funge da mediatore e punto di raccordo tra le diverse parti, poiché con la sua formazione tocca tutti i livelli previsti dai sistemi di classificazione citati precedentemente: l'aspetto organico cerebrale, la valutazione e l'intervento delle funzioni mentali globali e specifiche, di attività e di apprendimento, la valutazione e l'intervento sulla partecipazione ed il contesto. Assume ancor più rilevanza in ambito neurologico, dove gli esiti possono essere determinanti e complessi, all'interno di tutto il panorama delle gravi cerebrolesioni acquisite fino alla gravissima disabilità di un Disturbo della Coscienza.

Ripristinando una funzione, agendo sulla sfera cognitiva e neuropsicologica, tramite

valutazioni standardizzate, lo psicologo fotografa l'interazione tra le componenti compromesse e quelle residue in una visione olistica della persona e approfondisce le interdipendenze tra individuo, ambiente e tematiche psicologiche a esse collegate (dinamiche familiari, sessualità, rappresentazione del corpo, impatti della disabilità nei diversi contesti...). Amnesia, afasia, aprassia... Il punto di partenza non è quello 'che manca o che non c'è più', bensì 'quello che si è e quello che si ha': la necessità di focalizzarsi non solo sul recupero in senso stretto, ma riadattare l'individuo all'ambiente, attraverso strategie di compensazione, e riadattare l'ambiente alla disabilità, quasi possa essere egli stesso "protesico".

La persona va accompagnata nella differente rappresentazione di sé e percezione del proprio corpo inserendo i cambiamenti nel continuum della propria storia di vita attraverso l'attribuzione di un senso. Partendo dal lavoro riabilitativo sul corpo che la persona compie, con diversi professionisti, lo psicologo indaga le emozioni, le percezioni, le relazioni, aspetti cognitivi e i vissuti (che significato ha per me questa disabilità quali emozioni sento? Come mi relaziono con gli altri? Come percepisco il mio corpo? Quali sono i miei bisogni?) per facilitare il processo di conoscenza di sé, dei propri bisogni e limiti.

Parallelamente, l'intervento psicologico è rivolto anche alla famiglia che ha bisogno di capire cosa stia accadendo e cosa possa fare, cosa susciti in lei quella specifica situazione e come possa intervenire per viverla al meglio: in tutti i livelli, ridimensionando la paura con spiegazioni semplici, e, soprattutto verso situazioni estreme quali lo stato vegetativo, gestendo la sensazione di impotenza con la collaborazione. La famiglia è supportata ed aiutata a comprendere il cambiamento del suo sistema, dei ruoli, delle dinamiche per ripristinare e riabilitare, anche in questo senso, l'equilibrio, le relazioni: la giusta mediazione tra autonomia e accudimento, che caratterizza, in modo sano, ogni rapporto significativo. ■

(*) *Psicologe*

Associazione Samudra Insieme Onlus

