

13 LUGLIO, ASSEMBLEA DEI SOCI DI ORAS SPA

Gli Azionisti della Società (**Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana che detiene la maggioranza assoluta e Comune di Motta di Livenza**) si riuniscono presso la sede legale della Ulss 2 a Villa Carrisi a Treviso **martedì 13 luglio** alle ore 11.00.



L'Assemblea sociale è stata convocata Consiglio di Amministrazione di ORAS SpA, presieduto dal prof. **Paolo Pauletto**.

All'ordine del giorno il **rendiconto dell'esercizio 2020** che verrà illustrato dall'AD **dr. Francesco Rizzardo** e l'andamento gestionale dell'Ospedale mottense.

OSSERVATORIO URP. I NOSTRI UTENTI CI DICONO ...

Il relazionarsi in modo costruttivo con il nostro pubblico utente, fa parte dei **processi di miglioramento continuo** della nostra attività sanitaria.

Ecco quindi, seguendo il filone dei numeri recenti di *Oras News* altre comunicazioni che ci aiutano a riflettere

- *"Con la presente volevo segnalare che in queste tre occasioni di visita citate, ho sempre avuto **una accoglienza ed una professionalità che ritengo al di sopra** di quanto ho riscontrato nelle mie precedenti visite avute con altri medici, vedendo in loro un rapporto "occasionale ed alquanto freddo" non mettendomi a proprio agio e limitandosi alla sola visita senza esprimere un loro parere. Mi sembra doveroso, invece, mettere in evidenza quanto ho scritto sul **dr. Chraim ed esprimere i miei complimenti. Nella sua analisi si è dimostrato molto attento** e, cosa importante, approfondisce il problema che si presenta."*
- *"Apprezzamento per professionalità, disponibilità ed **atteggiamento positivo del Medico...**"*

- "Apprezzata consapevolezza e **comunicatività dell'infermiera...**"
- "...qualità del personale, apprezzato il **ricambio generazionale...**"
- "**Cortesìa e professionalità uniche del tecnico** che svolgeva l'esame..."
- "Disponibilità e cortesia nell'aiuto a **spostare un appuntamento...**"
- "**Gentilezza di personale di segreteria RX nel risolvere il problema** scarico referti on line stampando direttamente e consegnando il referto..."
- "...ringraziamento ad **Oras per infermieri, OSS, personale ausiliario delle pulizie...**"
- "**A Borgo Cavalli la gentilezza della segreteria...**suggerisco aprire ambulatorio di mammografia anche a Treviso..."
- "**Umanità, disponibilità, delicatezza verso la madre ricoverata** da parte di medici ed infermieri..."
- "Elogio per essermi sentita trattata con **umanità e professionalità dal medico...**"



Proseguiremo ancora. Le Direzioni e i Servizi competenti vengono informati con tempestività di quelle comunicazioni che contengono disfunzioni, comportamenti non corretti o suggeriscono miglioramenti. Anche questo è **miglioramento continuo e qualità del lavoro**.

MANUELA ZOZZOLOTTO, UNA VITA IN OSPEDALE A MOTTA DI LIVENZA

Sabato 26 luglio, all'età di 61 anni (compiuti il 5 giugno) nel nostro ospedale si è spenta **Manuela Zozzolto**, per 38 anni dipendente dell'ospedale stesso con cui si identificava e di cui aveva attraversato la trasformazione dal 2004 in poi.

Ben 38 anni passati nelle nostre corsie, dal ruolo di aiuto infermiera in reparto, poi in cucina e – negli ultimi 18 anni – all'accettazione come impiegata amministrativa e centralinista. **Era uno dei volti che comunicavano all'utenza il nostro carattere accogliente, positivo.**

A febbraio i primi sintomi del tumore che in quattro mesi se l'è portata via. Ha lasciato tracce in tutti quanti l'hanno conosciuta e frequentata di **disponibilità, serietà, dedizione al lavoro, capacità di fare squadra** anche nei momenti di fatica.

In tanti l'hanno accompagnata – anche solo con il pensiero e la preghiera - martedì 29 giugno in **Duomo a San Nicolò a Motta** e poi nel suo ultimo viaggio.

COVID-19. IL CONTESTO ATTUALE...

Venerdì 25 giugno il DG della Ulss 2 dr. **Francesco Benazzi** informa che il **Ca' Foncello è Covid free**. "Emergenza finita, se ci saranno nuovi casi il riferimento sarà **Vittorio Veneto**."

Preoccupa la **variante Delta**. Il presidente **Zaia** indica l'obiettivo di **30mila test** al giorno. Per la Delta si potenzierà il **sequenziamento**, anche se – per ora – la variante inglese resta preponderante. La vaccinazione di massa sta facendo crollare i numeri.

"**Non abbassare la guardia!**" continua a dire con forza Luca Zaia.

CEREBROLESIONI E MIELOLESIONI,

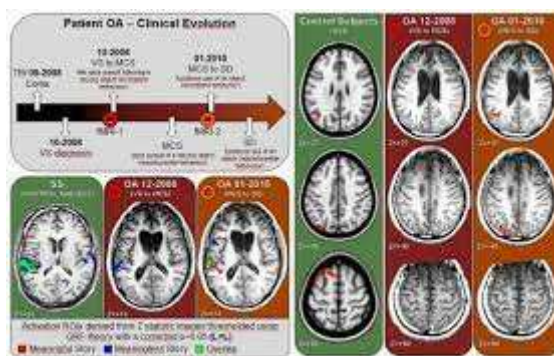
QUANDO TI CAMBIA LA VITA

Un incidente, un ictus, una caduta ... e ti cambia la vita se dopo l'intervento in fase di emergenza urgenza, la diagnosi prevalente dovesse essere di grave cerebrolesione o mielolesione, due realtà che impegnano l'**Ospedale di Motta di Livenza** su una frontiera delicata: come restituire alla vita possibile le persone.

Perché oggi la **sopravvivenza**, grazie alla prontezza dei soccorsi ed alla qualità dell'intervento salvavita, è alta, **ma spesso chi sopravvive deve reinventarsi la vita**.

Grave Cerebrolesione Acquisita

Per Grave cerebrolesione acquisita GCA si intende un **danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura**, tale da determinare, in fase acuta, coma grave di almeno 24 ore e menomazioni sensorimotorie, cognitive o comportamentali, tali da comportare disabilità significativa.



Il Trauma cranio-encefalico TCE è tra le più frequenti cause di GCA. **Gli incidenti stradali** rappresentano la causa più frequente di TCE, seguiti dalle cadute accidentali e dagli incidenti domestici.

Tra le GCA non traumatiche la causa più frequente è l'**emorragia cerebrale** seguita dal danno post anossico. Si può stimare una incidenza complessiva delle GCA di circa 40-100 casi ogni 100.000 abitanti all'anno.

La Lesione Midollare

La lesione midollare o lesione del midollo spinale o "**mielolesione**" è una condizione patologica in cui l'individuo subisce la perdita di una o più funzioni corporee, a causa di un **danno del midollo spinale**.

La lesione midollare consegue a **traumi spinali** che comportano alterazioni di moto, sensibilità, funzioni vegetative e delle possibilità relazionali in rapporto al livello di sofferenza midollare.

Questa colpisce con **maggior frequenza giovani adulti** con prevalenza di localizzazione cervicale rispetto a quello dorso lombare e consegue primariamente a eventi traumatici. Vi sono anche mielolesioni non traumatiche, risultato di una patologia vascolare, tumorale, displasica, flogistica e iatrogena che colpisce il contenuto e/o il contenente rachideo.

Tale condizione può essere provocata da un **evento lesivo** (trauma o malattia) che agisce a livello della colonna vertebrale o direttamente del midollo spinale (posizionato all'interno e protetto dalle vertebre della colonna), e può **portare a perdita o riduzione della forza** alle braccia e/o alle gambe, così come alla disfunzione di organi addominali.



In Italia l'incidenza della lesione midollare è stimata intorno ai 20/25 nuovi casi annui per milione di abitanti; il Ministero della Salute valuta una prevalenza di 60/70 mila persone colpite da mielolesione.

***OrasNews** – in questo numero - propone un approfondimento del rapporto tra GCA e ML e la nostra attività elettiva di alta specializzazione riabilitativa con focus sulla riabilitazione intensiva delle GCA e ML.*

*Tale attività fa capo alla U.O. GCA e ML diretta dal dr. **Humberto A. Cerrel Bazo**, operativo da noi dal settembre 2014 e che ha aperto ad un confronto nazionale ed internazionale – in particolare con il Craig Hospital di Denver- le attività della sua UO.*

ORAS, APPRODO RIABILITATIVO PER LE GRAVI CEREBROLESIONI

Quello delle Gravi Cerebrolesioni è uno dei **campi più complessi della riabilitazione** poiché si tratta di **patologie multidimensionali**, che, come tali, richiedono di essere affrontate da un **team multiprofessionale**.



Quando si parla di grave cerebrolesione acquisita (GCA), si intende un danno cerebrale esteso di origine traumatica o comunque di natura tale da determinare una condizione di coma più o meno protratto e conseguenti menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali che danno luogo a disabilità significative.

Le **cause prevalenti** delle gravi cerebrolesioni sono traumi cranio-encefalici, anossie cerebrali (ad esempio a seguito di arresto cardiaco), patologie vascolari-cerebrali causate da eventi quali infarto o emorragia.

Una persona affetta da grave cerebrolesione acquisita necessita di **ricovero ospedaliero** per trattamenti rianimatori o neurochirurgici di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane.

In tutta la fase ospedaliera sono poi necessari **interventi medico-riabilitativi di tipo intensivo**, che possono prolungarsi da alcune settimane ad alcuni mesi. Nella maggior parte dei casi, dopo la fase di ospedalizzazione, permangono sequele che rendono necessari interventi di carattere sanitario e riabilitativo a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, e difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo.

Perché ORAS a Motta di Livenza?

Nell'**Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione - ORAS - a Motta di Livenza**, opera una Unità per la presa in carico di Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Mielolesioni. La struttura ha una forte specializzazione in questo campo, maturata in anni di esperienza.

Il paziente giunge a Motta nella **fase post-acuta (o riabilitativa)**, che va dalla stabilizzazione delle funzioni vitali fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile in funzione delle menomazioni residue. L'UO GCA-ML supporta il paziente nell'ottenimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale possibile in funzione della disabilità.

Così come nella fase acuta immediatamente successiva a un evento traumatico è necessario poter contare su figure ad alta specializzazione, anche nella fase post acuta - quella della riabilitazione - è indispensabile potersi affidare alle cure di **un team di professionisti specializzati** in grado di prendere in carico anche i casi più gravi e complessi.

In ORAS, accanto a una costante supervisione clinica, vengono messi a punto e attuati percorsi riabilitativi completi, personalizzati (grazie all'ascolto del paziente e della sua famiglia) e costantemente monitorati.

Perché la partita che si gioca è importante e il traguardo è il recupero della massima autonomia.

LA RIABILITAZIONE? PROGETTI PERSONALIZZATI

Il **progetto riabilitativo individuale (PRI)** è volto al recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana e lavorative ed all'incremento della partecipazione sociale. Deve soddisfare le esigenze della persona con una particolare enfasi sulle sue aspettative e sulla qualità di vita.

Il progetto riabilitativo è quindi lo **strumento per "progettare l'autonomia"** e viene elaborato dall'equipe interdisciplinare insieme con la persona e la sua famiglia ed ha un responsabile che è il medico competente del caso.

Il progetto potrebbe anche avere **matrice da un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) specifico** ma poi, in riabilitazione, anche questo va declinato tenendo conto della **singolare specificità di ogni persona e di ogni contesto di vita secondo l'approccio ICF** (la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute).

L'elaborazione di un progetto - è la **prassi anche in ORAS a Motta di Livenza** - consta di varie fasi.

- **La valutazione volta a identificare i problemi e le loro cause** (non è una semplice anamnesi o ricognizione dello stato di salute, ma ricerca accurata delle criticità ed opportunità rispetto alla qualità di vita possibile di un utente).
- **La definizione degli obiettivi** (elaborata dall'esito delle valutazioni specialistiche e delle aspettative e esigenze della persona) con la definizione dei tempi previsti per raggiungerli e i rispettivi indicatori di esito (ovvero parametri o scale cliniche che misurano e dimostrano il livello di raggiungimento degli obiettivi).



- **La scelta del "setting"** (luogo dove effettuare la riabilitazione che può essere in regime di ricovero, ambulatoriale o domiciliare). La scelta del "setting" riabilitativo dipende da vari fattori: grado di disabilità del paziente; condizioni cliniche; disponibilità logistiche (possibilità di trasporto o ad esempio impegni di lavoro); necessità di assistenza infermieristica continua; necessità di attrezzature; valutazione dei vantaggi e degli svantaggi di ogni setting.

- **La definizione dei programmi riabilitativi** che comprende: la definizione degli interventi; l'individuazione degli operatori; definizione delle modalità e tempi di erogazione; definizione delle misure di esito per valutare l'efficacia dei programmi.

Durante l'attuazione del PRI deve essere previsto un **monitoraggio per potere modificare e adattare il progetto** ad eventuali cambiamenti e nuove esigenze della persona. La verifica finale permette di valutare il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia del PRI.

DAL PIANO PERSONALIZZATO AL PROGRAMMA RIABILITATIVO

Se il Piano riabilitativo individuale definisce la cornice operativa del team professionale sul caso del paziente, il **programma riabilitativo ne diventa l'attuazione pratica**.

In **ORAS** – Ospedale Riabilitativo a Motta di Livenza – in attuazione alle Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998, il programma definisce:

- *le modalità di presa in carico del paziente, le aree di intervento specifiche, gli obiettivi immediati e/o a breve termine aggiornandoli nel tempo; definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni, le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito; individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno; costituisce un elemento di verifica del PRI.*



I programmi riabilitativi coprono le seguenti aree:

- **Raggiungimento e mantenimento della stabilità internistica.** Per iniziare la riabilitazione prima possibile.
- **Percorsi riabilitativi tecnologicamente assistiti.** Dall'esoscheletro alla realtà virtuale.
- **Recupero delle abilità di vita quotidiana.** Lavarsi, vestirsi, mangiare in autonomia....
- **Rieducazione delle menomazioni respiratorie.** Dallo svezzamento del ventilatore, alla gestione delle broncopatie croniche.
- **Rieducazione delle menomazioni senso-motorie.** Recupero della capacità motoria e della capacità di comprendere l'ambiente circostante.
- **Rieducazione dei disturbi di deglutizione.** Valutazione e trattamento della disfagia.
- **Rieducazione dei disturbi della competenza comunicativa.** Recupero del linguaggio e della capacità di comprendere, interagire, leggere e scrivere.

- **Coinvolgimento dei familiari.** L'importanza del caregiver.
- **Percorsi ludico-creativi.** Attività riabilitative più complesse in contesti coinvolgenti.
- **Gestione del dolore.** Un beneficio concreto per la qualità della vita.
- **Percorsi per la diagnosi e il trattamento della spasticità.** Valutazione del cammino, tossina botulinica, pompa al baclofen, ortesi e chirurgia funzionale.
- **Prescrizione, fornitura e istruzione per uso degli ausili.** La ricerca personalizzata delle soluzioni migliori.
- **Reinserimento sociale e lavorativo.** Percorsi per un ritorno ad una partecipazione sociale attiva.
- **Rieducazione delle menomazioni vescico-sfinteriche.** Gestione dell'incontinenza e rieducazione intestinale.
- **Ritorno alla guida.** In autonomia e sicurezza.
- **Supporto psicologico al paziente.** Parte integrante del percorso riabilitativo.

DAL PROGRAMMA, PERCORSI E VALUTAZIONI DI PROCESSO ED ESITO

Decliniamo – dalla precedente enunciazione per titoli – i **percorsi che coinvolgono l'equipe multiprofessionale** che opera attorno al singolo utente.

Ogni professionista è competente per la sua qualifica di un segmento di processo, ma solo un **intervento di team unitario** consente di dare risposte armoniche a criticità che hanno spesso **origine multifattoriale**.

Un aspetto importante poi lo riveste il **sistema di valutazione di processo e di esito** che è coordinato dal medico competente del caso.



- **Raggiungimento e mantenimento della stabilità internistica.**

Con stabilità internistica si intende il **raggiungimento di un equilibrio nutrizionale, metabolico, cardiocircolatorio e respiratorio, nonché il controllo delle infezioni e di altre condizioni che possono verificarsi in conseguenza dell'evento traumatico** (quali epilessia, disordini vegetativi, lesioni cutanee da pressione) e che possono essere ancora presenti, o manifestarsi per la prima volta, nella fase post-acuta.

La mitigazione e progressiva risoluzione di tali problematiche è obiettivo preliminare e urgente, così da poter avviare il **programma di riabilitazione** e alzare il paziente dal letto il più presto possibile. In questa fase l'intervento è soprattutto di tipo medico-internistico, coadiuvato dalla fisioterapia respiratoria e dalle azioni necessarie a poter mettere il paziente dapprima seduto sul letto e quindi in carrozzina, così che possa intraprendere le attività riabilitative.

- **Percorsi riabilitativi tecnologicamente assistiti**

Robotica. Nuove strumentazioni ad alto contenuto tecnologico si stanno sempre più affermando in ambito sanitario. L'uso di robot per la terapia motoria assistita nella riabilitazione di pazienti con danni al sistema nervoso ha attraversato negli ultimi 25 anni uno sviluppo tale da essere ora la principale novità dell'attuale scenario della medicina riabilitativa.



La **ricerca clinica** dimostra che i soggetti con lesione del sistema nervoso centrale (ad esempio dopo un ictus) hanno un grande potenziale di recupero se seguono una riabilitazione ripetitiva, frequente, intensa e orientata al recupero funzionale.

Per ottenere questi risultati è molto utile il ricorso ai robot, proprio perché consentono al paziente di effettuare un allenamento ripetitivo grazie ad esercizi divertenti e motivanti, nonché una valutazione oggettiva del progresso raggiunto.

Realtà virtuale. La realtà virtuale è una delle più recenti tecnologie a disposizione della riabilitazione. Consiste nel creare ambienti di simulazione nei quali il paziente, con diversi livelli di immersività, può in un gioco d'azione proiettare se stesso e muoversi nello spazio virtuale eseguendo dei compiti.

Analisi del movimento. Valutazione strumentale del cammino, oltre che dell'assetto posturale e della morfologia della colonna vertebrale. Dalla Gait Analysis, alla valutazione della postura e della morfologia del rachide, alla baropodografia elettronica.

- **Recupero delle abilità di vita quotidiana.**

Menomazioni della sfera cognitiva, senso-motoria, emotiva e comportamentale possono **causare difficoltà** nell'eseguire attività della vita quotidiana prima naturali, quali **lavarsi, cucinare, mangiare**. In questi casi, la riabilitazione include la rieducazione alle abilità di vita quotidiana nella quale sono attivamente coinvolti i terapisti occupazionali, personale infermieristico e OSS.



Nella fase iniziale, insieme al paziente e alla famiglia, vengono valutati e definiti gli obiettivi personali, che non sono mai uguali da un paziente all'altro. Si parte comunque dal recupero delle attività di base quali vestirsi, badare all'igiene personale, prepararsi i pasti, applicare autonomamente protesi e ausili, imparare a usarli.

- **Rieducazione delle menomazioni respiratorie.**

La rieducazione delle menomazioni respiratorie interviene nel caso di **disabilità di origine neurologica** (gravi cerebrolesioni, stroke, ecc.) quando la respirazione è gravemente compromessa o nel caso di patologie specifiche come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

Quando una persona esce dalla rianimazione può necessitare ancora per respirare del respiratore e mantenere **la cannula tracheostomica** (in genere posizionata in fase acuta per collegare il paziente a un ventilatore artificiale e mantenere la pervietà delle vie aeree e permettere l'aspirazione delle secrezioni).

La presenza di cannula induce un importante disagio per il paziente: **ostacola la fonazione, aumenta la probabilità di infezioni, riduce il normale movimento d'innalzamento della laringe**, complicando ulteriormente la dinamica della deglutizione, in genere già compromessa dalla lesione cerebrale, riduce la fisiologica espansione degli spazi alveolari e di conseguenza l'efficacia degli scambi gassosi.



Appena possibile, il progetto riabilitativo prevede un **programma di svezzamento in sicurezza della cannula**, che deve essere rimossa al più presto garantendo lo stato di salute del paziente. Tale scelta viene presa dall'equipe riabilitativa considerando vantaggi e svantaggi; deve essere una decisione presa con coerenza e con la consapevolezza dei rischi connessi allo svezzamento.

In caso di broncopatie croniche, obiettivo principale dei programmi di riabilitazione - supportati da pneumologi e fisioterapisti specializzati nelle patologie respiratorie - **è di riportare i pazienti al più alto livello possibile della loro capacità funzionale, aumentandone l'autonomia**. Tale obiettivo viene raggiunto aiutandoli a diventare fisicamente più attivi e a conoscere meglio la propria condizione fisica, nonché usando correttamente la terapia farmacologica.

- **Rieducazione delle menomazioni senso-motorie.**

Nel caso di **problematiche di origine neurologica**, in presenza di stabilità internistica e recuperate le funzioni vitali di base, o quando la patologia o il trauma iniziale sono solo di natura ortopedica (intervento di protesi d'anca o di ginocchio, fratture, ecc.) l'intervento si rivolge a un'accurata valutazione delle menomazioni funzionali, di fondamentale importanza per elaborare il progetto riabilitativo finalizzato al recupero della capacità motoria e della capacità di comprendere l'ambiente che ci circonda.

I programmi, condotti dai **fisioterapisti**, prevedono interventi diversi: da esercizi di mobilizzazione, di coordinazione, di equilibrio fino al rinforzo muscolare e al training per un cammino il più possibile autonomo e sicuro, da interventi finalizzati alla

riduzione del dolore e della spasticità fino all'addestramento nei trasferimenti in casa e fuori casa.



Nel caso di persone con esiti di lesioni neurologiche in questo ambito sono attivati anche percorsi di **valutazione oculistica e riabilitazione ortottica**.

Le palestre, ma anche le strutture nella loro interezza, nei loro aspetti riconducibili all'ambiente domestico o lavorativo nel quale le persone torneranno a vivere (scale, corridoi, sale da pranzo, spazi esterni) sono lo spazio nel quale si svolgono queste attività.

L'acqua. Nel progetto riabilitativo l'esercizio in acqua o **idrochinesiterapia** ha una grande importanza ed è complementare a quello neuromotorio e neuropsicologico, perchè costituisce una reale possibilità di ottimizzare le potenzialità motorie residue e garantisce un'esperienza di tipo globale, che può essere fonte di benessere.

Coinvolge la sfera intellettuale, psicologica, sensoriale e motoria con modalità nuove, avvolgenti, che favoriscono l'ascolto del proprio corpo e una migliore percezione dello schema corporeo, dell'equilibrio e inoltre facilitano il movimento.



La riabilitazione in acqua è indicata per i pazienti che non possono sovraccaricare le articolazioni o hanno difficoltà di controllo motorio, per i quali sono necessarie una deambulazione terapeutica e nuove stimolazioni.

- **Rieducazione dei disturbi della deglutizione.**

Ictus, Parkinson, traumi cranici e altre patologie che comportano danni al sistema nervoso hanno un riflesso anche sulla capacità di deglutizione (**disfagia**).

In questi casi, a una valutazione funzionale del fisiatra e alle indagini strumentali, segue l'elaborazione di un programma di rieducazione specifico che viene poi eseguito dal **logopedista**.

Anche qui, è previsto l'intervento e **la collaborazione di molteplici soggetti**: oltre a quelli citati, anche il fisioterapista, l'infermiere, il dietista e, non ultimi, i familiari.

Il programma prevede innanzitutto una **valutazione del deficit funzionale** e uno screening per la determinazione del **rischio di aspirazione** (cibo che può finire in trachea), condotti mediante indagine clinica e strumentale.



La valutazione funzionale della disfagia prevede un **controllo della respirazione** (secrezioni bronchiali), della postura, della voce e del linguaggio, della gestione della saliva, dei residui orali e/o faringei.

Vengono poi condotte prove della **funzionalità deglutitoria** con saliva, acqua e sostanze semisolide.

La riabilitazione prevede **l'attuazione di tecniche rieducative** (come forza, resistenza e coordinazione di bocca e viso, lingua e mandibola, mobilizzazione e stretching dei muscoli dell'osso ioide e del collo), metodiche di compenso (come l'adozione di posture che facilitino la deglutizione) e provvedimenti adattativi riguardanti ad esempio la dieta.

- **Convolgimento dei familiari.**

La disabilità è un evento traumatico, che colpisce sostanzialmente non solo il benessere emotivo del paziente, ma anche quello dell'**intero nucleo familiare**. E' infatti nota e documentata la presenza di **stress psicologico rilevante** nel 50% dei caregiver (generalmente appunto membri della famiglia).

Eppure **la famiglia è una risorsa vitale** per il paziente e come tale deve essere supportata e coinvolta secondo un programma specifico.



Essa necessita di **divenire "competente"**, affinché un progetto riabilitativo di struttura possa divenire anche un progetto riabilitativo specifico di quel nucleo familiare e possano così anche essere attivate le future risorse di ciascun membro.

Il coinvolgimento di un caregiver riguarda l'aspetto affettivo-emotivo, oltre a quello sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale.

I caregiver vengono attivamente **coinvolti nei processi decisionali** e nel percorso riabilitativo fin dalle prime fasi del ricovero, con momenti strutturati di ascolto/confronto, supporto psicologico, educazione e addestramento.

- **Percorsi ludico-creativi.**

Esistono molte esperienze positive in questo settore e riteniamo che siano un valido strumento terapeutico impiegabile per **facilitare la piena restituzione dei pazienti** al loro ambiente naturale di vita.



Arteterapia, musicoterapia, laboratori di teatro, cucina...: sono alcune delle attività ludico-creative utilizzate per favorire il recupero, grazie allo stimolo cognitivo e motorio che comportano. Tali attività sono condotte in collaborazione con terapisti occupazionali, infermieri ed OSS e caregiver.

- **Gestione del dolore.**

Una buona percezione della qualità della vita e l'adesione positiva a un percorso di cura richiedono di **ridurre al massimo la condizione di disagio che il dolore comporta.**

L'idea sviluppata in questi anni è che esiste una molteplicità di strumenti terapeutici in grado di ridurre o annullare il dolore.

In quest'ottica, trattare la sofferenza per diminuirne il livello, valutando le situazioni caso per caso, diventa **un dovere etico e clinico** da quale non si può prescindere. Dal 2010, esiste anche una legge (la n.38), che garantisce l'accesso alle cure palliative.

- **Percorsi per la diagnosi ed il trattamento della spasticità.**

A seguito di una lesione al sistema nervoso centrale, è possibile che si manifesti una qualche **forma di spasticità**, ovvero un eccesso di attività muscolare sregolata con conseguenti dolorose contrazioni.

Ci sono diversi strumenti terapeutici utilizzabili per affrontare questa problematica.

- **Prescrizione, fornitura e istruzione per uso ausili.**

La prescrizione degli ausili è sempre **personalizzata** e tiene conto del contesto di vita (livello di recupero cognitivo e nucleo familiare) e dell'ambiente (presenza o meno di barriere architettoniche, attività svolta, ecc.) ai quali ritornerà il paziente.

In ORAS si identificano gli strumenti migliori per il **raggiungimento della migliore autonomia possibile e si effettua l'addestramento** di pazienti e familiari all'utilizzo degli ausili prescritti.

Il Servizio sociale è in grado di svolgere azioni di supporto per l'espletamento di pratiche connesse.

Se poi **il rientro a casa pone ulteriori problemi pratici**, l'equipe riabilitativa – anche con il supporto del **Disability Manager** - potrà supportare il paziente e la sua famiglia per la valutazione di:

- **adattamenti presso il proprio domicilio** (ingresso, porte, bagno) per consentire una migliore qualità di vita;
- **utilizzo di eventuali sussidi informatici e domotici;**
- **acquisto di articoli utili** al proseguimento del percorso riabilitativo.
- **Reinserimento sociale e lavorativo.**

Il rientro a domicilio dopo ricovero riabilitativo è il **primo passo per un ritorno ad una attiva partecipazione sociale.**

Può però rappresentare, per il paziente e per i suoi familiari, **una criticità** dal punto di vista sia funzionale che psicologico. Vivere in maniera autonoma dopo una sopraggiunta disabilità o affrontare da soli la gestione quotidiana del proprio caro, possono talvolta indurre alla rinuncia del rientro a casa e alla conseguente istituzionalizzazione presso strutture di lungodegenza e Rsa, una scelta non sempre necessaria.



Un'attenta valutazione di supporto parte sempre dalla conoscenza delle **caratteristiche dell'abitazione del paziente**, per poter proporre una soluzione che tenga conto delle specifiche esigenze in termini di funzionalità, costi e possibili rimborsi da parte del sistema del welfare.

Vengono poi presi in considerazione gli ausili che consentono il proseguimento del percorso riabilitativo a domicilio in un'ottica di prevenzione.

Laddove possibile viene valutata anche **la ripresa della guida di un'autovettura**, per la quale esistono diverse soluzioni nonché agevolazioni burocratiche, che possono consentire di abbattere i costi di acquisto dell'auto e degli adattamenti necessari, fino a un terzo della spesa.

Per quanto riguarda poi il rientro al lavoro al termine della fase riabilitativa, è necessario formalizzare e strutturare il più possibile questo processo già a partire dalla fase di riabilitazione ospedaliera, cercando così di colmare il gap generalmente presente tra dimissione e avvio del percorso di reinserimento.

- **Rieducazione delle menomazioni vescico-sfinteriche.**

Il complesso vescico-sfintero perineale è sotto il controllo di più centri nervosi localizzati in varie sedi del sistema nervoso centrale.

Lesioni cerebro-vascolari quali ad esempio ictus, traumi cerebrali, malattie degenerative come il morbo di Parkinson, demenza senile, sclerosi, lesioni midollari comportano **l'annullamento di questo controllo** e la conseguente necessità di rieducazione delle relative funzioni fisiologiche.

L'incontinenza urinaria di origine neurologica è espressione di una disfunzione vescico-sfinterica complessa che **va considerata nella sua totalità, vedendo la riabilitazione vescicale** (svezzamento e quindi abbandono di catetere e pannolone) **come parte integrante della riabilitazione.**

La rieducazione intestinale è strettamente legata ai progressi fisioterapici che il paziente raggiunge, quali ad esempio il raggiungimento della stazione eretta in autonomia o con supporto di ausilli e strumenti tecnologici.

- **Ritorno alla guida.**

La ripresa della guida di un autoveicolo è un **passaggio importante per il ritorno all'autonomia della persona** anche in funzione del recupero delle relazioni sociali e lavorative.

I programmi per il ritorno alla guida comprendono:

- la valutazione delle capacità residue del paziente,
- l'attivazione di percorsi riabilitativi mirati,
- la definizione degli adattamenti necessari all'autoveicolo,
- la simulazione di guida con automezzi adattati.



- **Supporto psicologico al paziente.**

Il supporto psicologico si rivolge a coloro che vivono **situazioni di disagio di tipo primario o reattive ad una patologia** (ad es. neurologica, cardiologica o motoria), propria o di un proprio congiunto, e che influiscono sul benessere psicofisico della persona.

L'intervento psicologico mira anche alla prevenzione del disagio psichico, proponendo la **messa in atto di azioni e percorsi volti a evitare l'esordio di una problematica psichica**, ma anche l'esacerbazione di un sintomo già presente.

Dopo un'indagine diagnostica, finalizzata alla definizione del problema tramite il colloquio clinico e la somministrazione di test psicodiagnostici, i pazienti sono guidati verso un **percorso individualizzato di cura**, in cui sono proposte attività terapeutiche, volte alla ri-attivazione delle proprie risorse, alla stimolazione al cambiamento e al potenziamento delle strategie per far fronte agli avvertimenti negativi.

Lo stress è infatti legato all'insorgenza di diverse patologie, anche di tipo organico, ed in particolar modo di tipo cardiovascolare.

Apprendere a ridurre lo stress, prendere consapevolezza delle proprie modalità disfunzionali di approccio alla realtà, permette quindi di **migliorare il benessere** soggettivamente percepito, ma anche di **ridurre il rischio** di insorgenza delle patologie stress-correlate.



ORASnews - Anno 9° - n.13 - 10 luglio 2021

foglio interno di comunicazione - mail: orasnews@ospedalemotta.it