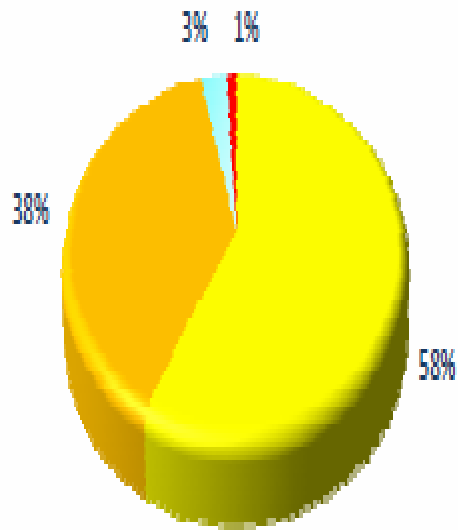


L'ARTROPROTESI D'ANCA

IL RUOLO DEL FISIOTERAPISTA

STATISTICHE PROTESIZZAZIONE



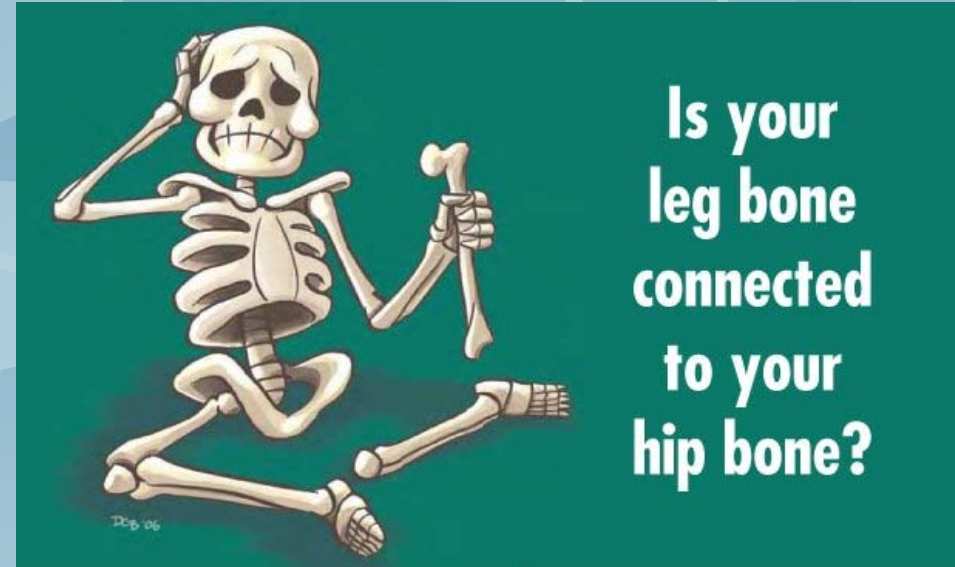
■ Anca ■ Ginocchio ■ Spalla ■ Altre articolazioni (gomito, caviglia, falange, articolazione del piede e dell'alluce)

Suddivisione degli interventi di sostituzione protesica in Italia (SDO, 2010)

- **59.631 sostituzioni totali**
- **23.916 sostituzioni parziali**
- **7.342 revisioni di sostituzione**

SCOPI DELL' INTERVENTO

- RISOLUZIONE DEL DOLORE
- MIGLIORAMENTO FUNZIONALITA'
- MIGLIORAMENTO QUALITA' DI VITA



Is your
leg bone
connected
to your
hip bone?

A cartoon illustration of a skeleton standing and giving a thumbs up gesture. The skeleton is smiling and has its arms raised.

Get connected
with Chelsea Orthopedic Specialists
(734) 475-4028

From total joint replacement to patient education to rehabilitation, we offer comprehensive care in all areas of orthopedic medicine. Our specially trained surgeons and friendly, dedicated staff always take the time to listen to your concerns, answer your questions and help you get back to living your life.

For an appointment or more information, call (734) 475-4028 or visit www.arthodoc.aaos.org/COS.

Greg Carpenter, M.D.
Total Joint Replacement and General Orthopedic Surgery

William Lee, M.D.
Foot and Ankle Surgery and General Orthopedic Surgery

B.J. Page, D.O.
Hand and Wrist Surgery and General Orthopedic Surgery

Mark Pinot, M.D.
Sports Medicine and General Orthopedic Surgery

 Chelsea
Community
Hospital
775 South Main Street
Chelsea, Michigan 48118
(734) 475-4028

PSRST STD
U.S. POSTAGE
PAID
FMC
33069

For bone and joint health,
get connected with the surgeons
at Chelsea Orthopedic Specialists.



"LA NUOVA NORMALITA' "

(Pipino, Sanguineti 1996)



Situazione funzionale, biomeccanica, strutturale e clinica "vicina" a quella fisiologica

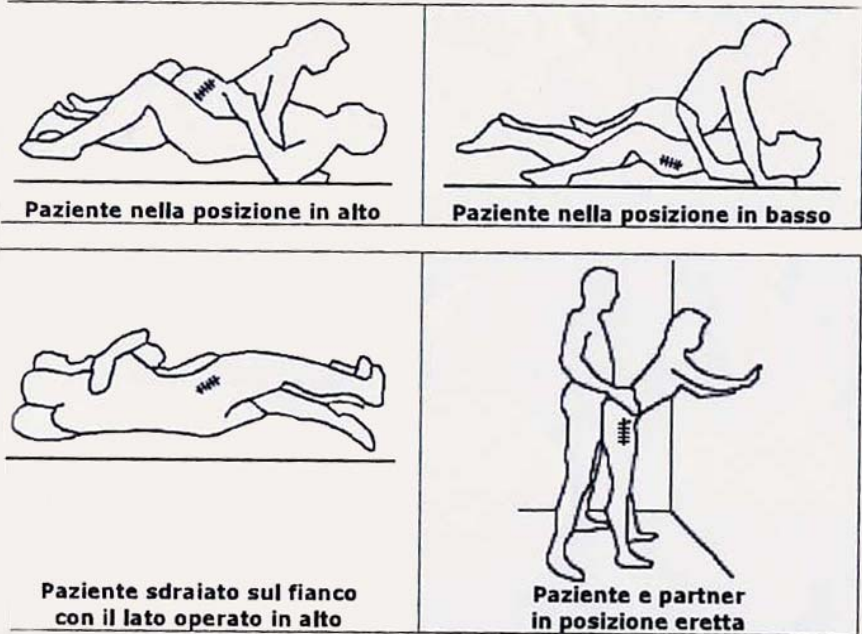
Recupero BADL, IADL

- Deambulazione senza ausili a 2/3 mesi dall'intervento (a 2 anni velocità del passo ridotta del 15/25 % con deficit 8 % lunghezza del passo ; nella fase terminale del passo perdita 7/8 ° ROM con conseguenti compensi)
- Ritorno alla guida e al lavoro stabiliti dal chirurgo (4/6 mesi per tornare alle reazioni preoperatorie nella guida)
- Dopo l'intervento aumenta la partecipazione ad attività ricreative e sportive (consigliati cammino, nuoto, bicicletta, ballo ; evitare corsa, tennis, sport ad alto impatto)

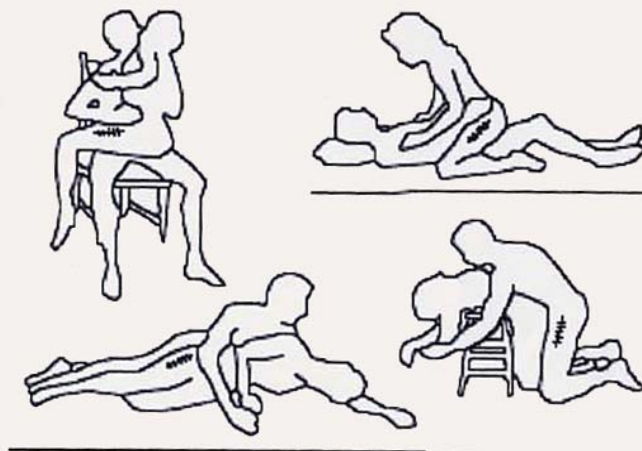
Ripresa attività sessuale

- Ripresa nel 55% dei casi a 1-2 mesi dall'operazione (PTA)
- Esistono libri e opuscoli educativi (Sex after total joint replacement / Whittington,2001)

Posizioni sessuali consentite



Posizioni sessuali da evitare



Protesi elettiva / Protesi su frattura

- 3232 PTA operate tra il 1993 e il 2006
La mortalità a un mese dall'intervento è dello 0,08% in elettiva e dell' 1,15 % dopo frattura (Comba et al., AAOS Annual Meeting 2009)

- Nessun miglioramento degli outcomes maggiori negli ultimi 20 anni con una **mortalità complessiva ad un anno > del 25%** (Vestergaard et al. J Am Geriatr Soc 2007)
- **La frattura di femore sembra agire scompensando le comorbidità preesistenti** e di fatto il principale fattore di rischio per gli outcomes negativi è rappresentato dalla **“fragilità”** del paziente (Pioli et al. Aging Clin Exp Res. 2006)

PROFILO PROFESSIONALE FISIOTERAPISTA

Il fisioterapista è l'operatore sanitario...che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici a varia eziologia, congenita od acquisita.

Percorso terapeutico riabilitativo

- 1) Valutazione pre-intervento
- 2) Periodo acuzie (1-7 gg.)
- 3) Periodo riabilitativo in
Codice 56 (7-15 gg.)
- 4) Dimissione protetta

Valutazione Pre-intervento

- Conoscere la situazione anatomico-patologica preoperatoria
- Avere informazioni sul quadro della disabilità pregressa e la presenza di eventuali comorbidità
- Stabilire diagnosi e prognosi funzionale, selezionare l'intervento terapeutico e documentare cambiamenti dello stato del paziente
- Instaurare con la persona assistita un rapporto di fiducia indispensabile per un programma di lavoro futuro
- Conoscere le sue ansie e le sue aspettative dandogli una previsione dei tempi di recupero
- Istruire la persona assistita sul programma riabilitativo e sulle indicazioni postoperatorie (brochure informativa)
- Prevedere gli outcomes raggiungibili dalla persona assistita a breve termine e individuare il setting riabilitativo appropriato (codice 56 interno/ ricovero presso altra struttura riabilitativa intensiva)
- Valutare l'esito dell'intervento e garantire appropriatezza e adeguatezza del trattamento

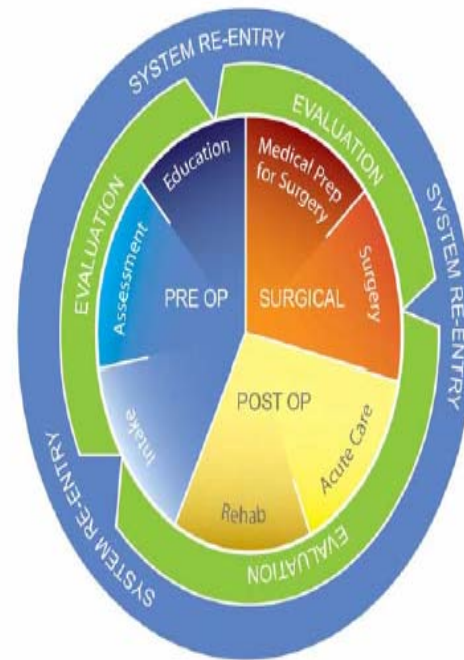
Valutazione Pre-intervento

Multidimensionale

(approccio bio-psico-sociale)

- Livello clinico (menomazione, comorbilità)
- Livello funzionale (BADL, IADL)
- Livello psicologico (tono umore, depressione)
- Livello sociale (condizioni relazionali, situazione abitativa)
- Qualità di vita

Figure 1: National Core Model of Care for Hip and Knee Replacement Surgery



Scale di valutazione

- Livello clinico : Harris Hip Score, Oxford Hip Score, Knee Society Function Score, **Womac, Tinetti**
- Livello funzionale : IADL, BADL, ILOA, FIM, **Barthel**
- Qualità di vita : Sickness Impact Profile, **SF-36, SF-12, HOOS**

Valutazione pre-intervento

VALUTAZIONE RIABILITATIVA PRE-INTERVENTO

NOME e COGNOME :

DATA DI NASCITA :

PATOLOGIA :

TIPO di INTERVENTO :

SITUAZIONE FAMILIARE : vive - coniuge / figli / badante/ solo

ATTIVITA PROFESSIONALE :

VALUTAZIONE ANAMNESTICA

SITUAZIONE COGNITIVA :

- paziente completamente orientato, adeguato, collaborante
- paziente parzialmente disorientato ma collaborante
- paziente disorientato e non collaborante

RANKIN ANAMNESTICA

COMORBILITA	SI	NO
Scompenso		
F.A.		
Ipertensione		
Angina		
BPCO		
Diabete		
Anemia		
Obesità		
Denutrizione		
Decubiti		
Patologie reumatiche		
Valvulopatia		
Sordità lieve grave		
Ipovisus lieve grave		

- 0 assenza totale di sintomi
- 1 nessuna disabilità in presenza di sintomi
- 2 disabilità lieve : autonomo ma incapace di svolgere tutte le attività
- 3 disabilità moderata : necessità di qualche aiuto ma deambulante senza assistenza
- 4 disabilità moderatamente grave : necessità assistenza per deambulare e per propri bisogni
- 5 disabilità grave : costretto a letto con assistenza continua, incontinente

- Anamnesi
- Stato cognitivo
- Valutazione funzionale
- Valutazione articolare
- ADL
- Edema
- Dolore

WOMAC

The WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Index of Osteoarthritis

Overview:

The WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Index is used to assess patients with osteoarthritis of the hip or knee using 24 parameters. It can be used to monitor the course of the disease or to determine the effectiveness of anti-rheumatic medications.

Pain:

- (1) walking
- (2) stair climbing
- (3) nocturnal
- (4) rest
- (5) weight bearing

Stiffness:

- (1) morning stiffness
- (2) stiffness occurring later in the day

Physical function:

- (1) descending stairs
- (2) ascending stairs
- (3) rising from sitting
- (4) standing
- (5) bending to floor
- (6) walking on flat
- (7) getting in or out of car
- (8) going shopping
- (9) putting on socks
- (10) rising from bed
- (11) taking off socks
- (12) lying in bed
- (13) sitting
- (14) sitting

TINETTI

ANDATURA

- | | | |
|--|---|-------------|
| 10) <u>Inizio della deambulazione</u> | -una certa esitazione o più tentativi
(immediatamente dopo il via) -nessuna esitazione | 0
1 |
| 11) <u>Lunghezza ed altezza passo:</u> | | |
| Piede dx. | -durante il passo il piede dx non supera il sx.
-il piede dx. supera il sx. | 0
1 |
| | -il piede dx non si alza completamente dal pavimento
-il piede dx. si alza completamente dal pavimento | 0
1 |
| Piede sx. | -durante il passo il piede sx non supera il dx.
-il piede sx. supera il dx. | 0
1 |
| | -il piede sx non si alza completamente dal pavimento
-il piede sx. si alza completamente dal pavimento | 0
1 |
| 12) <u>Simmetria del passo:</u> | -il passo dx. e sx. non sembrano uguali
-il passo dx. e sx. sembrano uguali | 0
1 |
| 13) <u>Continuità del passo</u> | -interrotto o discontinuo
-continuo | 0
1 |
| 14) <u>Traiettoria:</u> | -marcata deviazione
-lieve o modesta deviazione o uso di ausili
-assenza di deviazione o di uso di ausili | 0
1
2 |
| 15) <u>Tronco:</u> | -marcata oscillazione o uso di ausili
-nessuna oscillazione, ma flessione di gambe, ginocchia,
schiena, o allargamento delle braccia durante il cammino
-nessuna oscillazione, flessione o uso di ausili | 0
1
2 |
| 16) <u>Cammino:</u> | -i talloni sono separati
-i talloni quasi si toccano durante il cammino | 0
1 |

PUNTEGGIO ____/12

ERRARE HUMANUM EST

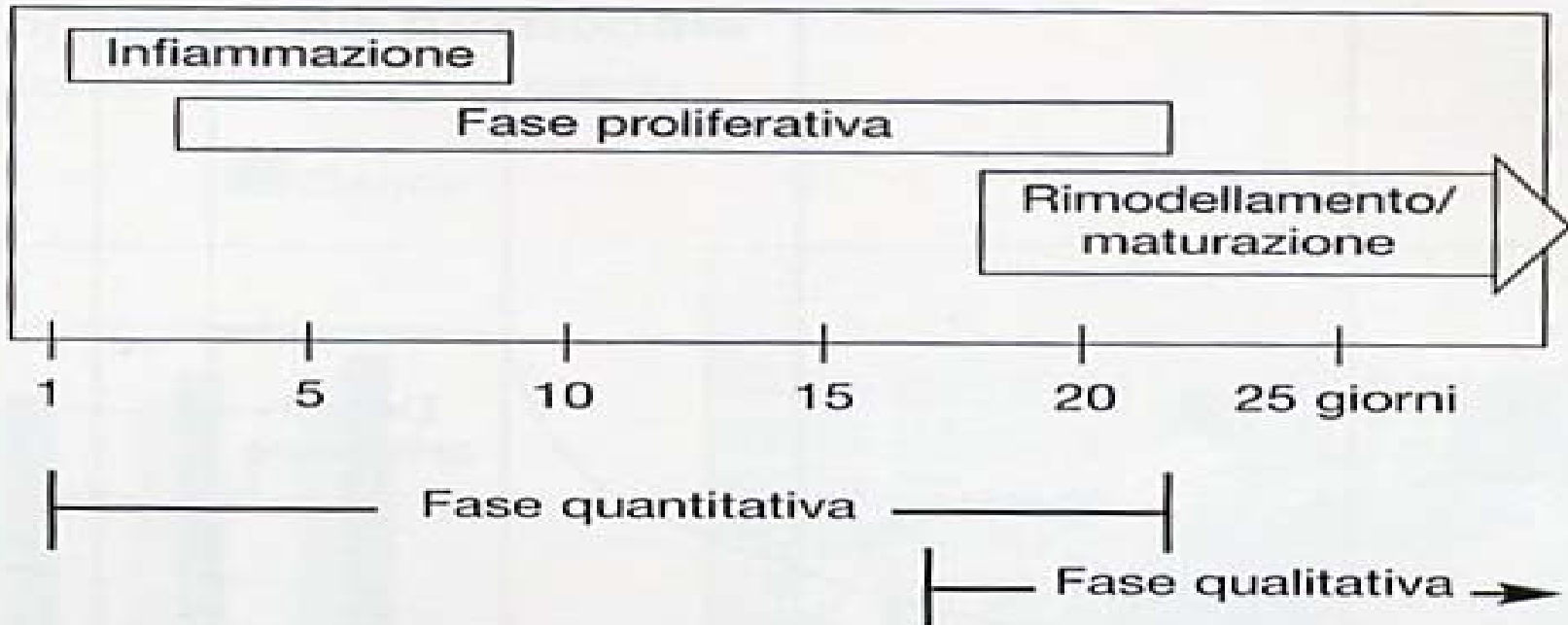


TEMPI DI CICATRIZZAZIONE TESSUTI MOLLI

Fase infiammatoria (1°-7° giorno)

Fase proliferativa (7°-21° giorno)

Fase di maturazione/rimodellamento (dal 21° giorno)



Fase infiammatoria (0-7 gg.)

(controllo del dolore e della reattività)

- Vasodilatazione dei vasi vicini alla lesione con fuoriuscita di essudato infiammatorio che ricopre la ferita con alta concentrazione di fibrinogeno
- I globuli bianchi raggiungono la sede della lesione e iniziano il processo di fagocitosi di batteri e detriti
- Neovascolarizzazione con formazione di capillari molto fragili

(calore, rossore, edema, dolore, compromissione funzionale)

Obiettivi 0-7° giornata

(specifici, misurabili, raggiungibili, realistici, temporizzati)

- Tutelare intervento chirurgico
- Controllare dolore, infiammazione, edema
- Ridurre al minimo gli effetti dell'immobilizzazione
- Recupero R.O.M. (0-90° flessione anca)
- Attivazione controllo neuromuscolare arto operato
- Autonomia nei passaggi posturali
- Impostazione dello schema del passo

Protocollo Riabilitativo

- 1° giornata:
Mobilizzazione attiva arto controlaterale
Mobilizzazione passiva/attiva assistita anca operata
Rieducazione respiratoria
- 2°-3° giornata:
Mobilizzazione passiva/attiva assistita/attiva anca
Decubito assiso in 2° giornata
Concessione carico e deambulazione con girello in 3° giornata
- 4°-7° giornata:
Deambulazione girello ed eventuale passaggio a deambulazione con stampelle
Eventuale training salita e discesa delle scale

Valutazione 7° gg.

VALUTAZIONE RIABILITATIVA 7° gg.

NOME e COGNOME :

DATA DI NASCITA :

PATOLOGIA :

TIPO DI INTERVENTO :

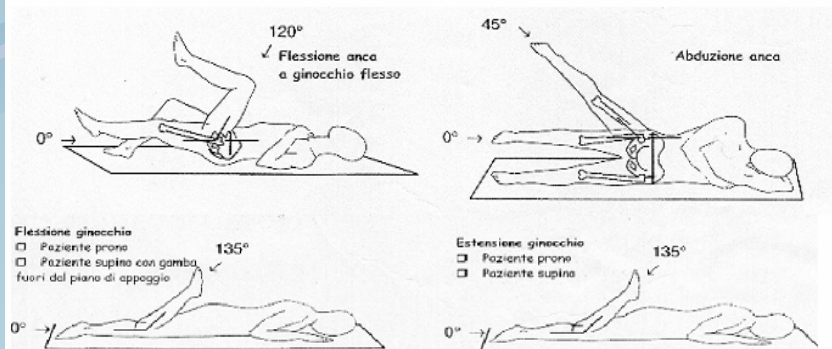
VALUTAZIONE FUNZIONALE

PASSAGGI POSTURALI

- o Dec. Lat. DX si / no Dec. lat. SN si / no
- o Supino - seduto si / no Passaggio ponte si / no
- o Seduto su sedia - stazione eretta :
completa dipendenza
aiuto parziale
autonomo con aiuto AASS
autonomo

- Eventuali dismetrie AAI :
- Tremore :
- Disturbi dell'equilibrio :
- Alterazioni della sensibilità : sup. / prof.

ARTICOLARITA'



- Valutazione funzionale
- Valutazione articolare
- Edema
- Dolore

Verifica risultati
raggiunti e
potenzialità per
inserimento
riabilitativo in Codice
56

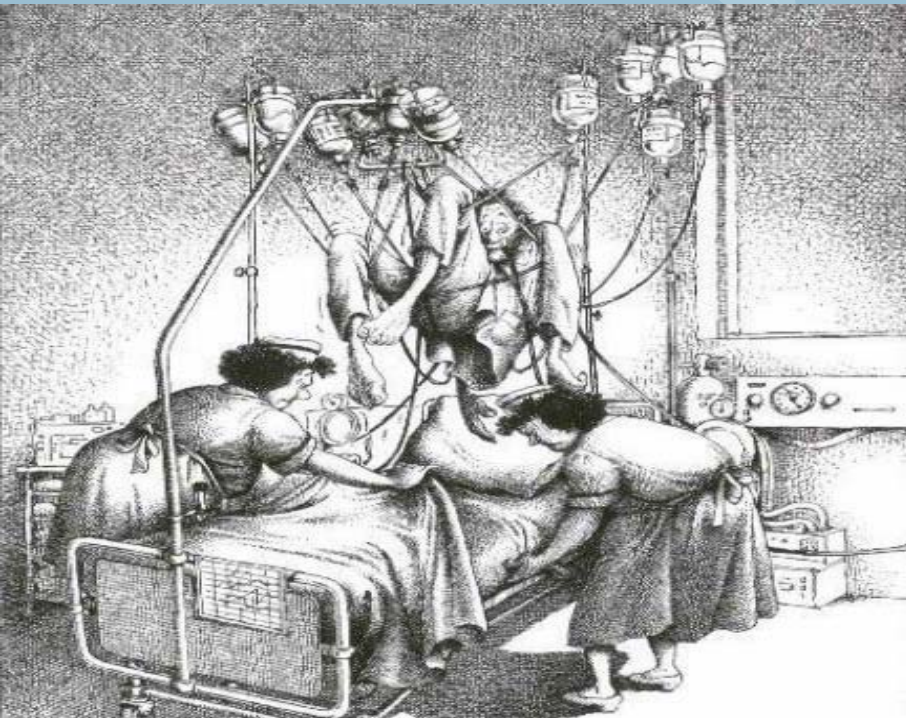
Codice 56

I pazienti ammissibili alla riabilitazione intensiva ospedaliera sono soggetti affetti da disabilità conseguenti a patologie per i quali sussistono condizioni di modificabilità riabilitativa intrinseca in presenza di instabilità clinica, pur non di tipo critico, che richiede un monitoraggio medico e infermieristico sull'arco delle 24 ore, e in cui l'azione riabilitativa utilizza competenze specifiche che garantiscono:

- l'inquadramento e il monitoraggio clinico;
- la presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale;
- l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali mirate alla stesura di un progetto e di un programma riabilitativo personalizzato;
- la messa in atto della progettualità terapeutico-riabilitativa.

Codice 56

- Indirizzo riabilitativo e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multiprofessionali intensi (orientativamente 3 ore al giorno)



CODICE 56 O.E.I.

- 4 posti letto nell'ambito del reparto di Ortopedia e Traumatologia
- Periodo di degenza breve (7-15 gg.)
- Destinato a pz. in protesizzazione elettiva anca e ginocchio selezionati per criterio di accesso

Criteri accesso percorso riabilitativo O.E.I.

- Stato cognitivo adeguato e collaborante
- Comorbilità a basso/medio peso
- Rankin 2/3 (condizioni di autonomia funzionale premorbosa)
- Presenza di caregiver
- Assenza barriere architettoniche domicilio

Outcomes 7° -15° giornata

- Esecuzione passaggi posturali in autonomia
- Deambulazione autonoma con stampelle (almeno 30 m.)
- Salita e discesa delle scale (almeno 10 scalini)
- Recupero graduale A.D.L.
- Capacità di eseguire esercizi in autotrattamento e buona conoscenza delle restrizioni postoperatorie

Obiettivi e strategie

PROGRAMMA FISIOTERAPICO 7-14 gg.

OBIETTIVI

- Prevenzione/ riduzione dell'edema
- Contenimento del dolore
- Migliorare la qualità della deambulazione
- Raggiungimento della autonomia nella deambulazione con canadesi (30 metri)
- Recupero salita e discesa delle scale (10 scalini)
- Recupero ROM articolare
- Aumento della forza e della resistenza muscolare
- Apprendimento all'uso di ortesi
- Capacità di eseguire esercizi in autotrattamento
- Migliorare la qualità delle ADL
- Acquisizione informazioni situazione socio-ambientale post-dimissione

STRATEGIE OPERATIVE

- Prevenzione delle limitazioni articolari e/o miglioramento di quelle esistenti
- Mobilizzazione passiva ed attiva assistita
- Recupero dei movimenti selettivi
- Correzione dei compensi
- Rinforzo muscolare ed adattamento alla resistenza
- Massaggio decontratturante
- Drenaggio linfatico
- Training passaggi posturali
- Esercizi per l'equilibrio
- Esercizi corretto spostamento di carico
- Esercizi correzione schema del passo
- Allenamento alla deambulazione
- Training all'uso delle scale
- Esercizi propriocettivi per il miglioramento della coordinazione
- Individuazione dell'ausilio idoneo al raggiungimento degli obiettivi prefissati
- Training del paziente all'uso di ortesi
- Elettroterapia
- Ultrasuonoterapia

Fase di proliferazione (3-21 gg.) (ricondizionamento generale)

- I fibroblasti iniziano a sintetizzare tessuto cicatriziale collagenico a livello della sutura (Reed et al., 1996)
- Tra i nuovi filamenti di collagene si sviluppano legami intramolecolari e intermolecolari deboli (riparazione e inizio riorganizzazione tissutale)

Recupero ADL

- Un approccio multidisciplinare riabilitativo postoperatorio permette un miglioramento degli outcomes a breve termine, non tanto dal punto di vista del R.O.M. o della forza, ma principalmente delle capacità funzionali e delle autonomie del paziente (Hagsten, 2004/ Morri et al.,2011)
- Il recupero precoce delle ADL in ambiente ospedaliero migliora il grado di autonomia nel rientro a domicilio; evita inoltre che la persona assuma un atteggiamento di passività e si prefiguri la fine di una vita indipendente (Hagsten,2006)

DIMISSIONE PROTETTA

- Segnalazione ad ambulatori di Fisioterapia di competenza territoriali o A.D.I. in caso di:
 - Presenza di edema massivo
 - Dolore (VAS > 4)
 - Cicatrice disestesica ed infiammata
 - Recupero R.O.M. insufficiente
 - Recupero forza muscolare insufficiente
 - Presenza di compensi durante la deambulazione
 - Supervisione necessaria schema del passo
- Autogestione domiciliare (indicazione e consegna brochure con esercizi in autosomministrazione)

Dimissione

SCHEDA RIABILITATIVA DI DIMISSIONE

Nome - Cognome : Data di nascita :
Patologia :
Tipo di intervento : Data :
Carico concesso :

Valutazione Funzionale Finale

Obiettivi preposti : (vedi Programma Riabilitativo Personalizzato allegato)

Obiettivi raggiunti :

Passaggi posturali : Supino - seduto a letto con assistenza / autonomamente
Supino - seduto su sedia con assistenza / autonomamente
Alzarsi dalla sedia con assistenza / con aiuto arti sup. / senza aiuto arti sup.
Cammino : Non possibile
Possibile con girello Schema del passo : sim metrico / asim metrico
Con due canadesi Schema del passo : sim metrico / asim metrico
Scale : Supervisione : Necessaria Non necessaria
Non possibile
Con canadese e operatore / con canadese e corrimano / con due canadesi
Supervisione : Necessaria Non necessaria

Visual Analogic Scale (dolore) : ingresso..... (1-10) dimissione..... (1-10)

ROM Articolare : Anca Flessione..... / Est. Ginocchio Flessione..... / Est.
Tibio-tarsica Fless..... / Est.....

Strategie operative adottate (vedi allegato)

Grado di collaborazione : scarso medio buono

Eventuali problemi aperti

Grado di modificabilità della disabilità : basso medio elevato

Presidi consigliati : letto ort. / carrozzina / deambulatore / girello / bastoni canadesi

Indicazioni per i pazienti ed i familiari..

Note.....

Firma Fisioterapista

QUESTIONARIO di SODDISFAZIONE

Gentile Signora/e,

il presente questionario ha lo scopo di raccogliere le Sue impressioni e giudizi al fine di migliorare la qualità del nostro servizio di riabilitazione.

Se lo ritiene opportuno potrà aggiungere eventuali osservazioni o suggerimenti.

- 1) Accoglienza ed informazioni sul Servizio di Riabilitazione (chiarezza e completezza sulla fisioterapia, notizie sugli obiettivi del trattamento,...)

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONO OTTIMO

- 2) Assistenza fisioterapica (trattamento ricevuto, impegno ,disponibilità,.....)

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONO OTTIMO

- 3) Soddisfazione rispetto agli obiettivi programmati di recupero

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONO OTTIMO

- 4) Soddisfazione rispetto al servizio complessivamente ricevuto

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONO OTTIMO

Suggerimenti/Osservazioni/Lamentele

.....
.....
.....
.....
.....

Grazie per la collaborazione

La nostra esperienza...

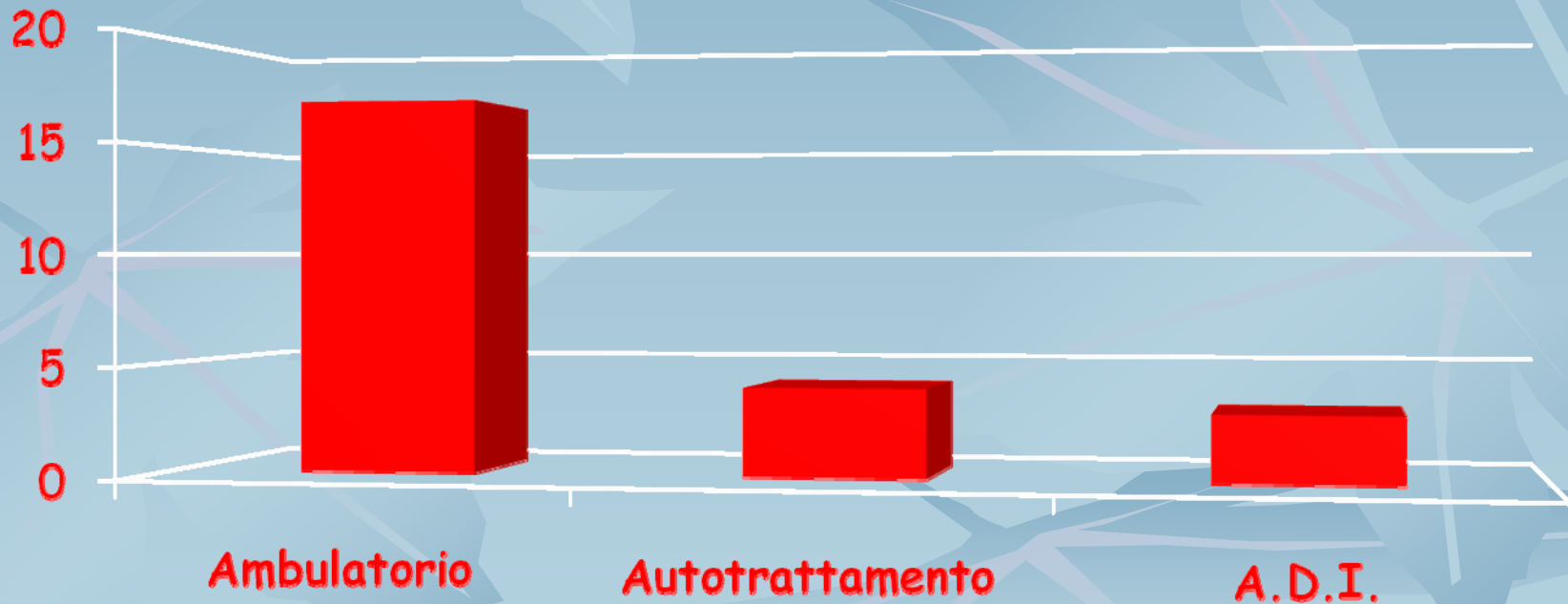
- 24 pazienti trattati in 9 mesi (8 maschi e 16 femmine)
con età media di 64.8 anni (24-83)

OUTCOMES RAGGIUNTI

- | | |
|---|--------|
| 1) Compiere passaggi posturali in autonomia | 23 pz. |
| 2) Deambulare con stampelle per almeno 30 m. | 22pz. |
| 3) Effettuare salita/discesa scale (10 scalini) | 23 pz. |
| 4) Eseguire esercizi in autotrattamento | 22 pz. |
| 5) Raggiungimento articolari stabilità | 24 pz. |

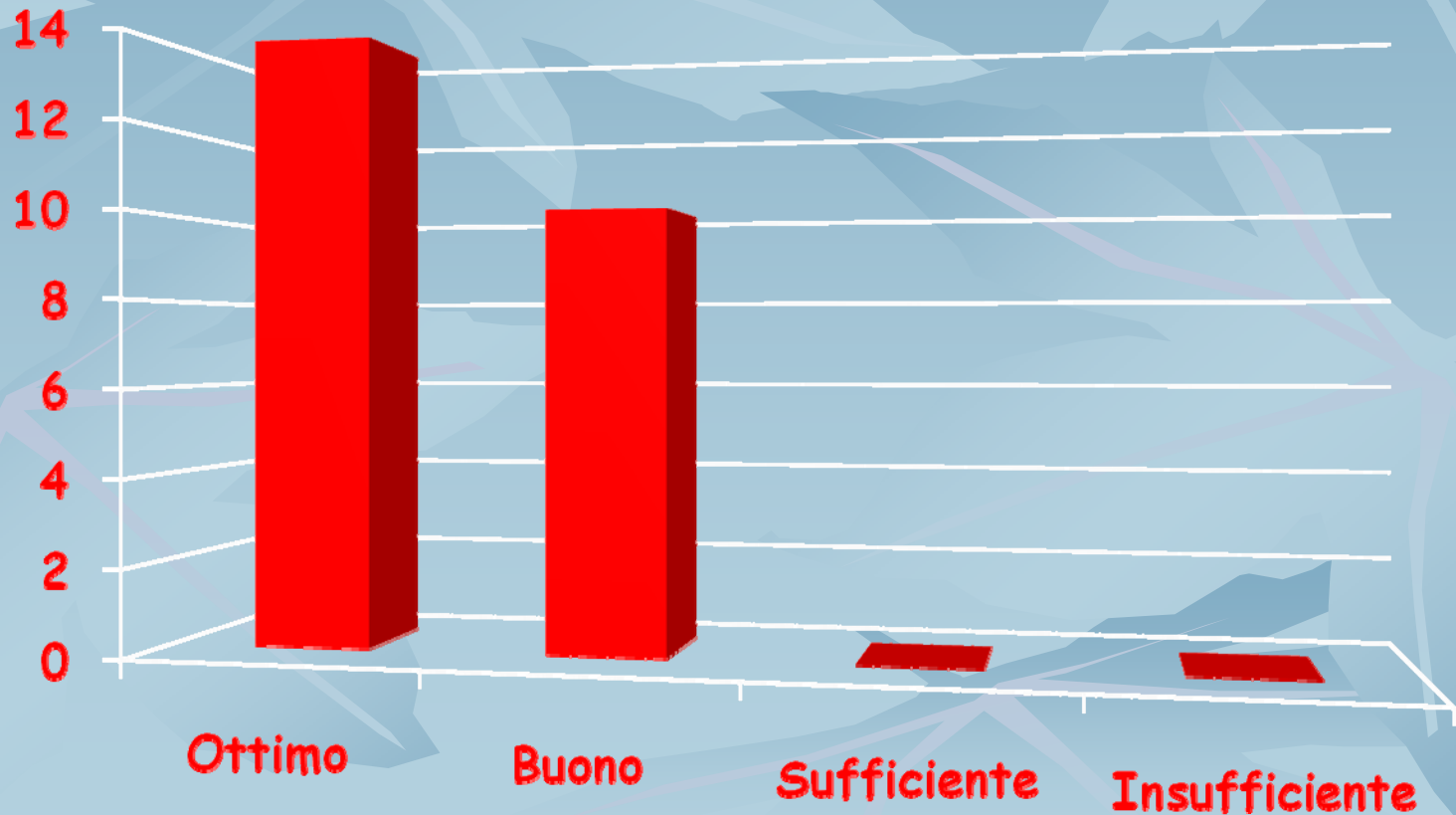
Percorso riabilitativo post-dimissione

- 17 paz.in ambulatorio (6 O.E.I. Castelletto),
4 in autotrattamento, 3 A.D.I.



Questionario soddisfazione

- 14 ottimo, 10 buono, 0 sufficiente, 0 insufficiente



Grazie

