

# **L'Attività Fisica Adattata (AFA) nella Disabilità Cronica**

**Cona, 4 aprile 2018**

**Dott.ssa T. Faccioli**

**Responsabile M.O.Dip Medicina Riabilitativa**

**Case della Salute Copparo-Portomaggiore**

## POSITION PAPER

### LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI CRONICITA' E DISABILITA'

SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (S.I.M.F.E.R.)

Documento approvato da UdP SIMFER il 12.9.2015

“Ci sono nel mondo oltre un miliardo di persone con disabilità...la prevalenza della disabilità è in aumento...a causa dell'incremento globale delle condizioni di malattia cronica...” - Questa citazione dal “*Global Disability action plan 2014-21*” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea il legame fra cronicità e disabilità.

La “CONDIZIONE DI CRONICITA'” è uno stato di alterazione della salute che si protrae nel tempo, usualmente oltre i 12 mesi, dovuta ad una o più situazioni morbose, che di norma comporta limitazioni del funzionamento (disabilità) e necessità di monitoraggio e/o di interventi sanitari prolungati, di tipo continuativo od intermittente. La/le situazioni morbose che conducono ad una condizione di cronicità possono agire in modo sinergico o indipendente nel tempo, essere reversibili o non reversibili, trasmissibili o non trasmissibili, a decorso ingravescente o stazionario o regressivo, e possono presentarsi in tutte le età.

La **PERSONA IN CONDIZIONE DI CRONICITA'/DISABILITA'** (CCD) è caratterizzata da una condizione di **cronicità** che determina persistenti **limitazioni del funzionamento (disabilità)**. Tali limitazioni possono essere stabili, ingravescenti o ad andamento remittente, e necessitano di monitoraggio e/o di interventi riabilitativi protratti nel tempo o permanenti.

- La frequenza della cronicità è strettamente correlata **all'invecchiamento**.
- L'incidenza della cronicità arriva al 75,6% nei soggetti con età compresa tra 65-74aa.
- Tra le malattie croniche più diffuse : **artrosi/artrite 16,4%**.
- Dati ISTAT (2013):in Italia vivono in condizione di **disabilità il 4,8%** della popolazione.
- Banca dati Disabilità (INAIL 2014): in Italia nel 2014 erano presenti 659.331 persone con disabilità, di cui 313.216 con disabilità motoria.

I fattori principali per **dare adeguata risposta al fabbisogno** riabilitativo delle persone in condizioni di Cronicità/Disabilità (CCD) sono:

- ❑ **Visione centrata sulla persona, ed approccio sistemico e globale alle problematiche della persona stessa e della famiglia (o di altre persone significative del suo ambiente di vita);**
- ❑ **Gestione della complessità nelle sue diverse dimensioni;**
- ❑ **Garanzia di accessibilità ai servizi e di continuità delle cure nei diversi setting;**
- ❑ **Utilizzo in modo flessibile di risorse di diversa provenienza (del sistema sanitario, del sistema sociale, della comunità).**

## Riabilitazione:

processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il **miglior livello di vita possibile** sul piano fisico, funzionale, affettivo, emozionale , relazionale, lavorativo e sociale, con la **minor restrizione possibile** delle sue scelte operative, pur nell'ambito delle limitazioni delle sue menomazioni e della quantità e qualità di risorse disponibili

- ▶ In medicina quindi la riabilitazione è un processo primario che ha come scopo la riduzione al minimo possibile delle conseguenze sul piano della funzione prodotte dal danno o dalla menomazione.
- ▶ La presa in carico riabilitativa è indicata fino a quando c'è una **modificabilità** .
- ▶ Nella predisposizione del progetto riabilitativo individuale della persona disabile è essenziale prevedere le **attività necessarie al mantenimento** , **anche mediante interventi con programmi di attività fisico-motoria svolti in gruppo, adattati per specifiche alterazioni croniche dello stato di salute (AFA).**

# Attività Fisica Adattata

Giunta RER marzo 2013: Indirizzi per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'attività fisica adattata (AFA) e dell'esercizio fisico adattato (EFA) previsti dal piano regionale della prevenzione 2010-2012

- Per AFA si intendono programmi di esercizio **non sanitari**
- ▶ **svolti in gruppo**
- appositamente predisposti per cittadini con malattie croniche
- Indirizzati al **mantenimento delle abilità motorie residue**
- finalizzati alla **modificazione dello stile di vita**
- Promozione di attività fisica regolare e non di cura della malattia

**Claudio Macchi • Francesco Benvenuti**

Virginia Nucida - Antonio Taviani

Francesca Cecchi - Anita Paperini - Raffaele Molino Lova

# ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

**Coautori**

M.G. Bertolini - A.A. Conti - S. Garuglieri

F. Giannelli - F. Gigliotti - L. Guarducci

E. Koffi - M. Papucci - P. Polcaro

A. Romanelli - R. Zipoli

*Presentazione a cura di  
Gianfranco Gensini*



Programma AFA in AUSL 11 di Empoli inizia nel 2003  
AFA -Day 12 maggio 2007, Stadio C.Castellani di Empoli

## Piano di indirizzo sulla Riabilitazione (intesa 10/2/2011 GU 50 del 2/3/2011)

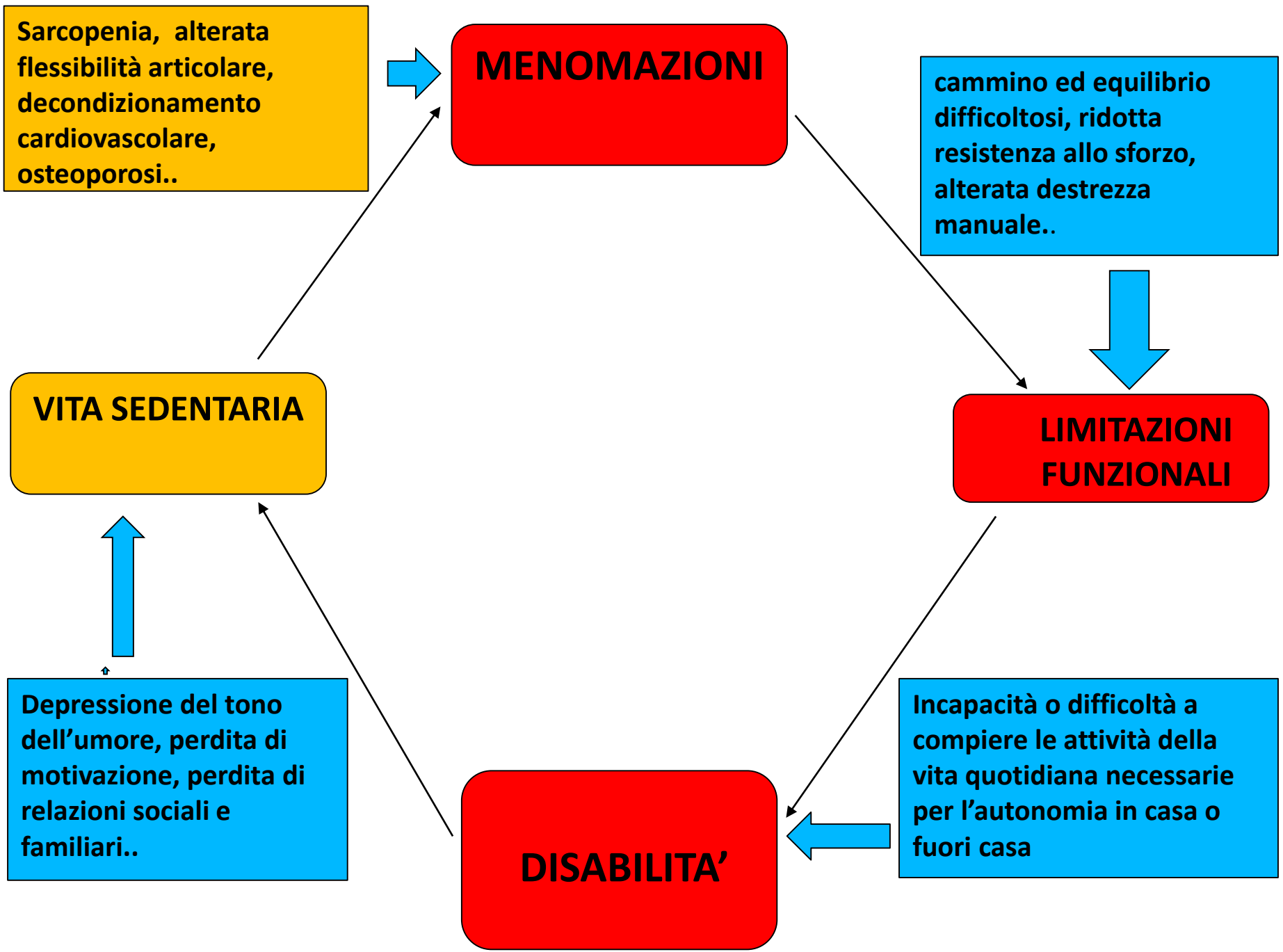
Sottolinea la necessità di avviare questi percorsi di AFA al termine del percorso riabilitativo

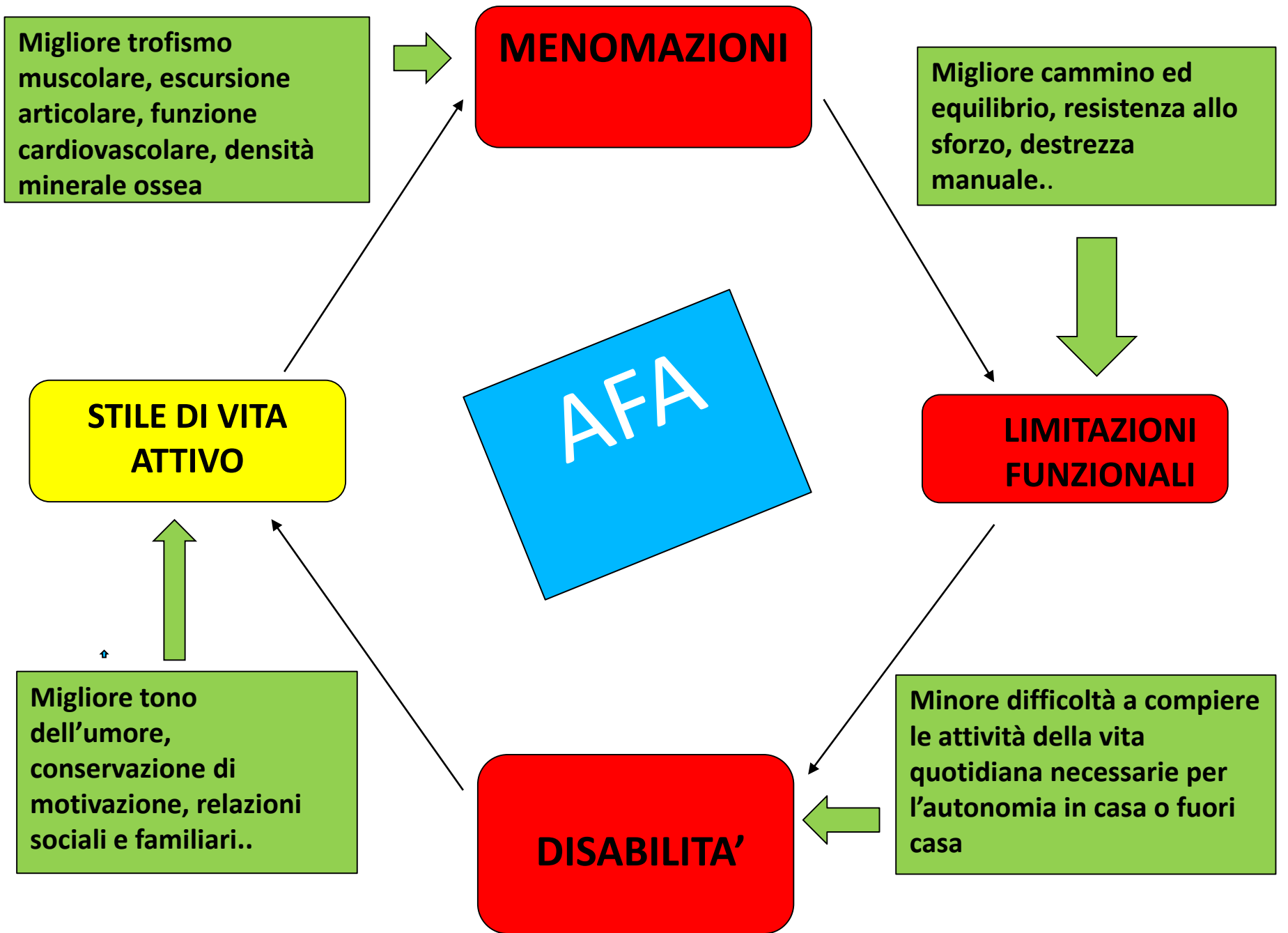
- AFA **non è** attività riabilitativa, interviene nella **fase cronica stabilizzata** della malattia quando il trattamento riabilitativo ha esaurito il suo intervento
- **Viene prescritta dal Medico (MMG o Specialisti)**
- Richiede periodiche valutazioni sanitarie
- Somministrato in **ambiente NON sanitario** da laureati in scienze motorie con la **supervisione** di un **fisioterapista del SSR** per verificare l'adesione ai programmi precedentemente concordati e monitorare l'attività



# Protocolli PROGETTO AFA (Attività Fisica Adattata)

- ***AFA è prescritta dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dallo Specialista.***
- ***La somministrazione degli esercizi previsti dai protocolli avviene da parte di **Laureati Magistrali in Scienze Motorie** opportunamente formati, con la **supervisione di un Fisioterapista**, al di fuori dell'ambito di intervento del SSR, in strutture **NON SANITARIE** riconosciute come **"Palestre che promuovono salute per l'Attività Motoria Adattata"*****





# DOCUMENTI SIMFER

Le attività territoriali alla luce del Piano di Indirizzo della Riabilitazione. (2011)

- ▶ Da un'AFA svolta con **regolarità** potranno derivare: miglioramento del cammino, della resistenza allo sforzo, minori difficoltà a compiere le attività della vita quotidiana necessarie per l'autonomia in ambito domestico e fuori casa;
- ▶ essa, inoltre, favorisce ed incentiva la **socializzazione**, migliorando il tono dell'umore, la motivazione, le relazioni sociali e familiari

# Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018: obiettivi, strategie e valori di riferimento

## Codice progetto e nome 4.1 - Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità

Descrizione Promozione e prescrizione sanitaria (se necessaria) dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o mista

Gruppo beneficiario prioritario **Popolazione disabile** di ogni età

Setting identificato per l'azione Comunità, in particolare società sportive, **palestre etiche/sicure**, centri residenziali, scuole, servizi sanitari dedicati

Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)

Disabili e loro famiglie; caregiver in generale; insegnanti; allenatori e società sportive; operatori dei servizi sociosanitari

Prove di efficacia Letteratura scientifica Wilson PE. Phys Med Rehabil Clin, 2002 Groff DG, Lundberg NR, Zabriskie RB. Disabil Rehabil, 2009 Verschuren O, Ketelaar M, Takken T, Helders PJ, Gorter JW. Am J Phys Med Rehabil, 2008

Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per il progetto

La realizzazione di questi interventi richiede la collaborazione del sistema socio-sanitario con il mondo della scuola, il mondo dello sport, l'associazionismo, rete palestre etiche e sicure, CIP, Enti Locali, INAIL

# Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018: obiettivi, strategie e valori di riferimento

- **Codice progetto e nome 6.7 - Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche**
- Descrizione Attivazione di percorsi attraverso i quali i soggetti affetti da MCNT o portatori di fattori di rischio sport/esercizio fisico sensibili, possono essere avviati in sicurezza verso un'attività fisica/sportiva congrua alle proprie condizioni fisiche/psicologiche ed in grado migliorare il livello di salute o, se non possibile altro, **di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo**. I programmi di prescrizione dell'esercizio fisico si intersecano e sostengono necessariamente anche i programmi di promozione dell'attività fisica e, in generale, di stili di vita sani. Due attività, in realtà non così separate: **Attività Fisica Adattata (AFA) è indicata per patologie stabilizzate neuromuscolari e articolari con l'obiettivo di evitare medicalizzazioni inappropriate, migliorare lo stile di vita del soggetto raggiungendo attraverso una attivazione-riattivazione neuromuscolare e metabolica, un miglioramento delle condizioni di salute del soggetto**; Esercizio Fisico Adattato (EFA) è rivolto a portatori di patologie cardiovascolari e metaboliche dove l'esercizio prescritto e somministrato funziona/deve funzionare come un vero e proprio farmaco, impattando positivamente sulla funzione cardiorespiratoria e metabolica del soggetto.

# Protocolli PROGETTO AFA (Attività Fisica Adattata)

- Il **Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018** nell'ambito del **progetto 6.7** prevede ***l'implementazione e la piena funzionalità*** in tutte le AUSL della Regione Emilia Romagna dei corsi di Attività Fisica Adattata (AFA), rivolti a persone con patologie croniche di tipo OSTEOARTICOLARE e NEURODEGENERATIVO in condizioni di stabilità che possono beneficiare degli effetti di una ginnastica preventiva e di mantenimento

# Protocolli PROGETTO AFA (Attività Fisica Adattata)

- ▶ Attualmente attivati :
  - ❑ Protocollo ARTROSI
  - ▶ ( cervico-lombare, coxartrosi, gonartrosi..)
  - ❑ Protocollo M Parkinson



# L'attività fisica adattata (AFA) come strumento di prevenzione e trattamento delle malattie croniche

Revisione delle Linee Guida Regionali per la prescrizione di attività fisica adattata  
(Dicembre 2017)

# CRITERI GENERALI

|  |   |
|--|---|
| Attività fisica prescritta                 | Attività Fisica lieve (MET 3-4)   |
| Obiettivi                                  | Mantenimento articolare e funzionalità dei segmenti coinvolti   |
| Controindicazioni assolute                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Alterazioni cognitive, sensoriali, psichiatriche tali da rendere impossibile la comprensione esecuzione degli esercizi</li><li>• Incapacità di collaborazione ed integrazione con il gruppo</li><li>• Incapacità di deambulazione autonoma</li><li>• Condizioni cardiologiche, pneumologiche e sistemiche che non consentono un'attività fisica lieve (MET 3-4)</li></ul> |
| Scala di valutazione di esito pre/post AFA | VAS   |

# Arruolamento persone con LOMBALGIA CRONICA

|   |   |
|---|---|
| Invio diretto da parte dei MMG                                | Personne con lombalgia cronica (=dolore e/o limitazione funzionale a livello lombare con una durata superiore a 3 mesi nell'arco dell'anno)   |
| Invio da parte dei MMG a valutazione specialistica Fisiatrice | <ul style="list-style-type: none"><li>• Osteoporosi del rachide</li><li>• Spondilolisi/listesi radiologicamente documentata</li><li>• Scoliosi</li><li>• Esiti di intervento del rachide</li><li>• Impianto di artroprotesi articolare</li><li>• Ernia del Disco radiologicamente documentata</li></ul> |
| Criteri di esclusione specifici                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Radicolopatia in atto</li><li>• Fratture vertebrali nei 6 mesi precedenti</li><li>• Sindrome della cauda/clausicatio neurologica</li><li>• Altre condizioni che il MMG ritenga possano controindicare una attività fisica lieve (MET 3-4)</li></ul>             |

# Arruolamento persone con COXOARTROSI

|   |  |
|---|--|
| Invio diretto da parte dei MMG/SPECIALISTA                    | Quadri artrosici con dolore compatibile  |
| Invio da parte dei MMG a valutazione specialistica Fisiatrice | <ul style="list-style-type: none"><li>• Esiti chirurgici al di sotto di almeno 6 mesi dall'intervento</li><li>• Artroprotesi o esiti di frattura dell'anca sotto i sei mesi</li></ul>  |
| Criteri di esclusione specifici                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Necrosi della testa del femore</li><li>• Dolore acuto (con o senza versamento) o edema</li><li>• Segni di flogosi in atto</li><li>• Altre condizioni che il MMG ritenga possano controindicare una attività fisica lieve (MET 3-4)</li></ul> |

# Note per AFA ARTROSI

Artrosi patologia multidistrettuale:

- ✓ programmi proposti **NON** saranno per singolo distretto articolare (rachide, anca, ginocchio, ecc)
- ✓ saranno effettuati programmi globali dove verranno accorpati protocolli di esercizi relativi a più articolazioni

Obiettivi specifici sono

- Miglioramento del trofismo muscolare
- Della flessibilità
- Prevenzione della perdita di massa ossea
- Condizionamento cardio-vascolare

# Note per AFA ARTROSI

Obiettivo dell'**AFA Artrosi** :

- Proporre un'attività fisica **complessiva**
- Assicurare un **mantenimento** delle performance
- Assicurare un benessere generale da mantenere **nel tempo**
- Stabilizzazione dei risultati ottenuti nel percorso sanitario

## POSITION PAPER

### LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI CRONICITA' E DISABILITA' SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (S.I.M.F.E.R.)

Documento approvato da UdP SIMFER il 12.9.2015

- ▶ **La Malattia di Parkinson (PD)** è una patologia neurodegenerativa cronica e progressiva del sistema nervoso centrale, tipicamente caratterizzata dalla presenza di sintomi motori cardinali quali bradicinesia, rigidità e tremore (1). A questi, nell'evoluzione del quadro sindromico, si associa anche l'instabilità posturale.
- ▶ Oggi in Italia si calcolano circa 230.000 persone colpite da PD (60% uomini, 40% donne), di cui circa il 5% con un'età inferiore ai 50 anni e il 70% superiore ai 65 anni. **Si prevede che per il 2030, vista la tendenza all'invecchiamento della popolazione, il numero dei casi sarà raddoppiato.**
- ▶ Si può facilmente immaginare l'impatto economico che nel prossimo futuro, le Malattie Extrapiramidali avranno sul S.S.N. Per questo si rende necessario un precoce iter diagnostico, **il costante monitoraggio dell'evoluzione della disabilità e la presa in carico riabilitativa coerente con lo stadio della malattia.** In altri termini si rende necessaria la pianificazione di specifici ed integrati percorsi clinico-terapeutici ospedalieri e territoriali.

Il modello proposto dalle **Linee Guida Olandesi del 2009** suddivide obiettivi e priorità assistenziali, riabilitative e sociali in funzione della disabilità, valutata secondo la scala Hoehn and Yahr

- ▶ **Stadio 0:** nessun segno di malattia
- ▶ **Stadio 1:** malattia unilaterale
- ▶ **Stadio 1,5:** coinvolgimento unilaterale più assiale
- ▶ **Stadio 2:** malattia bilaterale senza compromissione dell'equilibrio
- ▶ **Stadio 2,5:** malattia bilaterale lieve con recupero al test di spinta
- ▶ **Stadio 3:** malattia bilaterale da lieve a moderata, presenza di instabilità posturale , fisicamente indipendente
- ▶ **Stadio 4:** grave disabilità, ancora in grado di camminare o sedersi senza assistenza
- ▶ **Stadio 5:** costretto alla sedia a rotelle o a letto se non aiutato

**1) Fase precoce (Hoehn e Yahr da 1 a 2,5):** - Corretta informazione sulla malattia e definizione dei percorsi terapeutico-assistenziali con relativi riferimenti sia personali che logistici; - **Prevenzione dell'inattività (attività aerobica, mantenere capacità funzionali e cardiorespiratorie, attenzione alle attività lavorative, del tempo libero e alla partecipazione alla vita sociale)**; - Prevenire e “contenere” la eventuale “paura di cadere”; - Supporto psicologico sia verso la persona e i familiari.

**2) Fase Intermedia (Hoehn e Yahr da 2 a 4):** quanto previsto nella fase precoce, più un'attività riabilitativa specifica (definita mediante PRI) e finalizzata alle esigenze della persona: - Mantenimento ADL; - Valutazione di eventuali ausili e modificazioni ambientali; - Controllo posturale; Prevenzione delle cadute (analisi personale e ambientale del rischio di caduta, vitamina D, controllo massa ossea, modalità rieducative per propriocezione ed equilibrio); - Quadro cognitivo; - Disturbi del linguaggio e della deglutizione; - Piano dietetico; - Valutazione delle disautonomie; - Controllo del dolore e delle alterazioni posturali dell'apparato locomotore; - Valutazione delle comorbidità.

**3) Fase avanzata (Hoehn e Yahr da 4 a 5),** oltre quanto previsto ed eseguibile nella fase intermedia, un piano assistenziale che preveda: - Controllo delle funzioni vitali; - Gestione delle gravi complicanze (PEG, Ventilatori a Pressione Positiva....); - Fornitura di ausili e presidi domiciliari idonei alla grave disabilità; - Prevenzione delle retrazioni mio-tendinee e delle lesioni da pressione; - Addestramento alla gestione domiciliare e idoneo supporto per i familiari o care giver.



# Arruolamento persone con MORBO di PARKINSON

Attività fisica prescritta

Attività fisica lieve (MET 3-4)

Obiettivi dell'AFA prescritta

Mantenimento delle abilità funzionali

Criteri di esclusione specifici

- Punteggio scala di Hoehn & Yahr  $\geq 4$
- Parkinsonismi
- Turbe dell'equilibrio
- Ipotensione ortostatica
- Altre eventuali controindicazioni a una attività fisica lieve (MET 3-4)

Controindicazioni assolute

- Alterazioni cognitive, sensoriali, psichiatriche tali da rendere impossibile la comprensione dell'esecuzione degli esercizi
- Incapacità di collaborazione e integrazione con il gruppo
- Incapacità di deambulazione autonoma
- Condizioni cardiologiche, pneumologiche e sistemiche che non consentano un'attività fisica lieve (MET 3-4)

Scale di valutazione di esito pre/post AFA

SF12

# Utente tipo

1. Persona adulta/anziana, con patologia artrosica mono o poliarticolare cronica , a rischio di aggravamento per stile di vita sedentario
2. Persona con patologia neuromuscolare (es Parkinson) in fase iniziale, quando non sia ancora indicata una presa in carico riabilitativa con progetto/programma individuale, per il mantenimento delle capacità funzionali , cardiorespiratorie, e uno stile di vita attivo
3. Paziente con problematiche osteoarticolari o neuromuscolari al termine di un percorso riabilitativo individuale, per il mantenimento delle abilità motorie acquisite e uno stile di vita attivo

***Grazie per  
l'attenzione***