



## LA RIABILITAZIONE IN «*ONCOLOGIA*»

*un cenno alla storia...*

# LA MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

## *DISCIPLINA SPECIALISTICA*

➔ **Intervento Riabilitativo** *specifico e modulato*

sui pazienti affetti da disabilità

nei diversi « *ambiti patologici* ».....-->>



# LA MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

DISCIPLINA SPECIALISTICA

« *TRASVERSALE* »



- *Ortopedico*
- *Neurologico*
- *Reumatologico*
- *Cardio-circolatorio*
- *Respiratorio*
- *Otorino-laringoiatrico*
- *Dermatologico*
- *Urologico*
- *Ginecologico*
- *Gastro-enterico*
- *aree : - Internistiche*
  - *Chirurgiche , Trapianti,...*
  - *Intensive , ecc.....ecc...*



# LA MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

DISCIPLINA SPECIALISTICA

« *TRASVERSALE* »

....anni '70 .... '80

*ma .... ?*



- .....

- .....

- .....

-.....

-.....

-.....

- *Oncologia ?*

-.....

-.....

-.....

-.....

- .....

- .....ecc....ecc....



# LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

*« tema emergente »*

*un breve cenno alla storia...*

*....anni '80 - '90...*

intervento riabilitativo *sostanzialmente limitato*

al **LINFEDEMA** nella paziente operata

di mastectomia e linfadenectomia per Ca della mammella





# LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

*un breve cenno alla storia...*

*....fine anni '80 - inizio anni '90 ....*

dal *LINFEDEMA* nella paziente operata per Ca della mammella

→ e « *TUTTO IL RESTO* » ..... ?



# LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

*un breve cenno alla storia...*

*....fine anni '80 - inizio anni '90 ....*

→ a «**TUTTE LE COMPLICANZE**»

**causa di disabilità**

**nel Ca della mammella**



# LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

*un breve cenno alla storia...*

*....fine anni '80 - inizio anni '90 ....*

**a → TUTTE LE COMPLICANZE nel Ca della mammella**

**...→ TUTTE le «*FASI*» della MALATTIA**





## LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

*....anni '90...*

**dal LINFEDEMA nella paziente operata di Ca della mammella**



**... → a TUTTE LE COMPLICANZE nel Ca della mammella**

**...→ TUTTE le FASI della MALATTIA**

**...→ TUTTI i «*TIPI di TUMORE*»**

M.P. Schieron-Torino



## LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

*....anni '90...*

dal *LINFEDEMA* nella paziente operata di Ca della mammella



... → **TUTTE LE COMPLICANZE → DISABILITA'** nel Ca della mammella

...→ **TUTTE le FASI della MALATTIA ONCOLOGICA**

...→ **TUTTI i TIPI di TUMORE**

...→ **TUTTE le «ETA'»**



# LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

con l'obiettivo di arrivare a creare ...

→ UNA «*METODOLOGIA*»

DI INTERVENTO RIABILITATIVO

NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

- da: 1) *condividere* in primis nella nostra Struttura Riabilitativa ( *equipe* )
- 2) « *catalogare, sistematizzare, formalizzare* »
- 3) *estendere* agli «specialisti dell'ambito oncologico» nell' AOU



# LA SIMFER E LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA

- ***Sezione di Riabilitazione Oncologica*** ( 2008 Roma - XXXVI Congr. Naz.le SIMFER )  
*Gruppo di lavoro: M.P.Schieroni, S.Sterzi, M. Pinto, F. Coppadoro,  
I. Springhetti, M. Carlone, F. Pessina e F. Gariboldi*
- ***Progetti di Ricerca***
- ***Iniziative scientifiche*** : Congressi, Corsi, Convegni, ....Giornate Simfer 10-18,.....
- ***Collaborazione con le altre Sezioni SIMFER*** : Edema, Dolore, ....
- Partecipazione alla stesura del Documento Ministeriale sulla riabilitazione Oncologia
- **Linee di indirizzo SIMFER « Attività e Partecipazione della Persona  
con Disabilità da Malattia Neoplastica »** Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa,  
MR, Vol.26,Suppl.2 al N. 2-3 2012 ,ago-dic. 2012
- ***Trattato « La Riabilitazione in Oncologia »*** C.G. Edizioni Medico Scientifiche,  
ottobre 2017



## LA RIABILIAZIONE IN ONCOLOGIA

*perché ?*

→ *«tema emergente» e «bisogno crescente» ...*



# ATTUALI SCENARI EPIDEMIOLOGICI IN ONCOLOGIA E LORO RICADUTE

Dati AIOM-AIRTUM , *I numeri del cancro in Italia*

- aumento **INCIDENZA** ( nuove diagnosi di tumore / anno )
- diminuzione **MORTALITA'** / aumento tempi di **SOPRAVVIVENZA**
  - libera da malattia (*Disease Free Survival* )
  - globale ( *Overall Survival* )

aumento numero *survivors ( 5 aa )* e *long-survivors ( > 10 aa )*

→ « *cronicizzazione* » della malattia



## MAGGIORE SOPRAVVIVENZA AL CANCRO

### Progressi:

- **diagnostici** (sempre maggiore precocità delle diagnosi , *screening*, valutazioni genetiche,...)
- **terapeutici** :
  - progressi scientifici
  - trattamenti diversificati e *mirati* :

- **chirurgia**
- **associazioni terapeutiche di farmaci**
- **trattamenti combinati** ( radioterapia, chemioterapia, associazioni terapeutiche,... )
- **alti dosaggi, terapie aggressive**, con supporto di farmaci specifici
- **nuove terapie** ( t. a bersaglio molecolare, genetiche,...)
- utilizzo in **forma adiuvante e neoadiuvante**



## - MAGGIORE SOPRAVVIVENZA AL CANCRO

→ con conseguente  
aumento

casi :

- **guarigione**
- **sopravvivenza e lungosopravvivenza** “libera da malattia” / “globale”
- **incidenza di riprese della malattia**, locale e a distanza
- **complicanze**
- **morbilità** ( + nuove neoplasie )
- **comorbilità**

→ **complessità clinica** della patologia oncologica

→ quadri di **disabilità** sempre più *numerosi e “nuovi”*

→ **impatto sulla QoL**



**“ MODELLO *SIMULTANEOUS CARE* ”**  
di presa in carico del malato oncologico

DIAGNOSI	POTENZIALM. GUARIBILE	NON GUARIBILE	TERMINALE
Screening	Terapie antitumorali		Elaborazione del lutto
	Cure di supporto e palliative		
	Riabilitazione		



***“La riabilitazione in oncologia  
va dalla diagnosi a tutto il tempo della vita del paziente “***



Ministero della Salute, **PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE, 2010-2012**

**Nel PAZIENTE ONCOLOGICO**

**l'obiettivo sanitario:**

*“sopravvivenza” alla malattia,*

+ *“migliore qualità di vita possibile”*

*“compatibilmente” con la presenza della malattia ,*  
qualunque sia la sua prognosi e in tutte le sue fasi

→ *“cura” del malato / “persona”*

diventa **più importante** della *“guarigione”* dal tumore

( ASCO, 2017 )

→ **INTERVENTO RIABILITATIVO** sempre più necessario

# INCIDENZA DELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA NELLE **DIVERSE ETA'** DELLA VITA

tende ad **aumentare progressivamente l'età** :  
in **età infantile (0-14 aa.)** quota molto limitata ( 2% ).  
Cresce progressivamente nella popolazione **adulta** (39-69 aa.),  
in particolare nell'età **anziana** ( > 70 aa.),  
dove risulta essere 4 volte > rispetto all'età adulta.

Ne deriva che :

- 1) l' **invecchiamento** della popolazione (indice dell' efficienza del nostro SSN)
- 2) l'aumento della **prevalenza** dei tumori con l'avanzare dell'età
- 3) la contestuale **riduzione della mortalità**

→ hanno favorito e favoriranno in futuro vieppiù  
la **crescita esponenziale**

**della domanda diagnostico-terapeutica e assistenziale**  
rivolta ai malati oncologici,  
ivi compresa quella *riabilitativa*

# IL CONTESTO SANITARIO ATTUALE E LE SUE RICADUTE

## L' INVECCHIAMENTO progressivo della popolazione

( ISTAT “*aspettativa di vita*” media > 82 aa )

L' età anziana  $\leftrightarrow$  patologie “*cronico-degenerative*”

+ patologia neoplastica ( > 70 aa **incidenza cancro 4 v. > all'adulto**)

Anno 2022 : > 400 .000 **nuove diagnosi** ( aumento del 1,4% uomini, 0,7 % donne )

→ > 4.500.000 pz con **diagnosi di tumore**

> 1.300.000 sono pz. “*lungo-sopravvivenenti*” ( > 10 aa.).- ( **20% anziani** )

Nel 2020-21 *lock-down* → ritardo nelle diagnosi e cure e > dei fattori di rischio ( sedentarietà, fumo, ...)

> rischio di mortalità nei pazienti oncologici Covid +



## **LA DISABILITA' DEL PAZIENTE ONCOLOGICO**

è la risultante di una serie di MENOMAZIONI

conseguenti a *problematiche fisiche , funzionali, sociali, psicologiche, spirituali*

→ profonda **ALTERAZIONE** della *QUALITA' della VITA* nel paziente e famiglia

*Modello bio-psico-sociale (ICF)*



## ITER TERAPEUTICO = LAVORO IN *TEAM*

- preciso *inquadramento diagnostico*
- *pianificazione delle cure* integrata e condivisa tra tutti gli specialisti coinvolti  
« in quel momento» nella gestione del pz.

→ **GRUPPO MULTIDISCIPLINARE e INTERPROFESSIONALE SANITARIO** di cure :

- *oncologo ( case-maneger )*
- *chirurgo*
- *anatomo-patologo*
- *radioterapista*
- *fisiatra*
- *ortopedico*
- *specialista in terapia del dolore e cure palliative*
- *dietologo*
- *psico-oncologo*
- + *professioni sanitarie ( IP, Ft, Logop., TO, Assistenti sociali.,....)*
- + *medico di medicina generale*



→ “**GIC**” : *breast-unit – malattie emopoietiche - osteoncologia – capo-collo,.....*

# LAVORO IN TEAM

*modalità multidisciplinare e interprofessionale*



**TEAM**  
**riabilitativo:**

FISIATRA, FISIOTERAPISTA, LOGOPEDISTA,  
TERAPISTA OCCUPAZIONALE,  
INFERMIERE PROFESSIONALE,  
TECNICO ORTOPEDICO  
ASSISTENTE SOCIALE,.....





# INTERVENTI RIABILITATIVI nei diversi tipi di DISABILITA' :

## LA METODOLOGIA RIABILITATIVA

si pone gli stessi *OBIETTIVI*

e si avvale delle stesse *TECNICHE*

e *STRATEGIE*

( *PREVENTIVE, TERAPEUTICHE, ADATTATIVE e COMPENSATORIE* )

*delle altre patologie*





# LA «PRESA IN CARICO» RIABILITATIVA

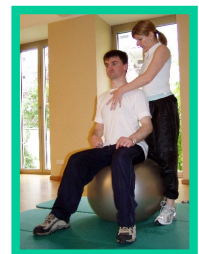
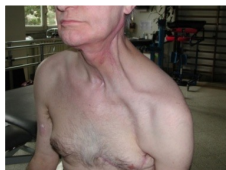
- sorveglianza clinica del pz
- prevenzione delle complicanze (AFA / *preabilitation*)
- intervento riabilitativo *precoce e mirato*

→ Visita fisiatrica con stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) :

- indicazione ai successivi *follow up* riabilitativi (tempi variabili in funz.della clinica,...)
- *counselling* (indicazioni al *self care* - esercizi - stili di vita,...)

- TRATTAMENTO RIABILITATIVO con programmi "specifici" per:

- "tipo" di complicanza
- "associazione" di complicanze
- quadri di *empairment*
- fasi della malattia
- contesto sociale e lavorativo
- --→ « *bisogni* » / « *problem solving* »



# LA «PRESA IN CARICO» RIABILITATIVA

COUNSELLING

MOMENTI *EDUCAZIONALI*



*SCHOOL*



+ SUPPORTO DIETOLOGICO

+ SUPPORTO SOCIO-ASSISTENZIALE

+ SUPPORTO PSICO-ONCOLOGICO



*paziente*

*familiari*



## ***PROGRAMMI RIABILITATIVI specifici***

per le diverse componenti *bio-psico-sociali* dell'*empairment*

→ mantimento / recupero della **funzioni compromesse**

*senso-motorie*

*cognitive*

*fonatorie, della deglutizione,*

*cardio-respiratorie,*

*gastro-enteriche , sfinteriche,...*

*nutrizionali*

*psicologiche*

*sessuali*

*+ reinserimento scolastico e socio-lavorativo.*



→ possibile *EVOLUZIONE DELLA MALATTIA ONCOLOGICA* :

1) GUARIGIONE

2) PROGRESSIONE →

- fasi di REMISSIONE → pz. LUNGOSOPRAVVIVENTI → patol. “CRONICA”
- “ “ RIPRESA → alternanza di fasi, anche per anni
- fase AVANZATA
- “ TERMINALE



## IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO e il PRI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

**Variabile** a seconda del tipo di :

- **tipo** di tumore
- **sede** del tumore / sedi di diffusione ( metastasi = MTS)
- **estensione**
- **aggressività**
- **diffusione** → *stadiazione*
- **terapie** cui viene sottoposto il paziente nel tempo
- **complicanze**
- **fase** della malattia
- **età** del patient.
- **comorbidità**
- **condizioni cliniche**
- condizioni **psicologiche**
- **livello culturale, contesto sociale, familiare, ambientale**



## ***Il PERCORSO diagnostico-terapeutico in RIABILITAZIONE ONCOLOGICA***

si connota per la sua ***VARIABILITA' e MUTEVOLEZZA***  
con conseguenti quadri di *empairment* di diversa gravità, *mutevoli* nel tempo



# LA “PRESA IN CARICO RIABILITATIVA”

## OBIETTIVO

lungo tutto il decorso della malattia :

→ identificazione dei pz. “ *con*” disabilità

o “ *a rischio*” di sviluppo di danni funzionali →

- sorveglianza

- prevenzione (AF / *preabilitation* )

- intervento riabilitativo *precoce e mirato*



# OBIETTIVI della RIABILITAZIONE

NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

- **prevenire** le diverse tipologie di disabilità
- **trattare** le disabilità che si presentano, ottimizzando il recupero funzionale
- contribuire a ripristinare un **nuovo “equilibrio psico-fisico”** dopo la diagnosi
- migliorare la **tollerabilità / compliance** alle **diverse terapie** cui viene sottoposto
- contribuire a ridurre le **recidive della malattia e lo sviluppo di nuovi tumori**  
(stili di vita e AFA – intervento riabilitativo )
- garantire la migliore **QoL** possibile, compatibilmente con la **diagnosi**  
e la **presenza della malattia**, le sue **fasi** e le **cure** cui il pz viene sottoposto.





PAZIENTE ONCOLOGICO

## La “PRESA in CARICO” RIABILITATIVA

... *ma* ***QUALI DISABILITA' ?***



## Complicanze variabili per :

- 2 gruppi:

**“ comuni a tutti i tipi di neoplasie ”** : per cause : - **iatrogene**  
- **evolutive**  
in tutte le fasi della malattia



## LE COMPLICANZE DI INTERESSE RIABILITATIVO

“ **ORGANO – SPECIFICHE** “

**sec.Schieroni e coll., 1998**

### TUMORE DELLA MAMMELLA

- ☐ Problemi di cicatrizzazione
- ☐ Algia di spalla
- ☐ Limitazione articolare della spalla
- ☐ Turbe posturali
- ☐ Paralisi del plesso brachiale
- ☐ Paralisi del n. intercostobrachiale
- ☐ Paralisi del n. toracico lungo
- ☐ Deficit respiratori
- ☐ Edema arto superiore
- ☐ Linfedema arto superiore
- ☐ Complicanze infettive del linfedema
- ☐ Linfangiti/Linfosclosi
- ☐ Fibrosi e retrazioni muscolare
- ☐ Esiti di chirurgia ricostruttiva
- ☐ Altro...

### TUMORI DELL'APPARATO DIGERENTE

- ☐ Incontinenza rettale
- ☐ Paralisi del plesso lombare
- ☐ Paralisi nervo otturatorio
- ☐ Paralisi nervo femorale
- ☐ Edemi arti inferiori
- ☐ Linfedemi arti inferiori
- ☐ Linfangiti
- ☐ Complicanze infettive del linfedema
- ☐ Disturbi nutrizionali
- ☐ Disturbi della deglutizione
- ☐ Disturbi respiratori
- ☐ Lesioni del SNP

### TUMORE DEL POLMONE - PLEURA

- ☐ Algia di spalla
- ☐ Limitazione funzionale di spalla
- ☐ Deficit respiratorio
- ☐ Paralisi del plesso brachiale
- ☐ Turbe posturali
- ☐ Altro...

### TUMORI CUTANEI

- ☐ Deficit di nervi cranici e periferici
- ☐ Linfedemi
- ☐ Complicanze infettive del linfedema e linfangiti/linfosclerosi
- ☐ Edemi
- ☐ Dolore loco-regionale
- ☐ Limitazione articolare nella sede dell'intervento
- ☐ Emiplegie e paraplegie da MTS SNC e/o ossee
- ☐ Altro...

### TUMORI URO-GINECOLOGICI

- ☐ Incontinenza urinaria
- ☐ Paralisi del plesso lombare
- ☐ Paralisi nervo otturatorio
- ☐ Paralisi nervo femorale
- ☐ Edemi arti inferiori
- ☐ Linfedemi arti inferiori
- ☐ Alterazioni della sensibilità
- ☐ Dolore neuropatico
- ☐ Lesioni del SNP
- ☐ Lesioni del SNC
- ☐ Altro....



## Gruppo 1 : LE COMPLICANZE DI INTERESSE RIABILITATIVO

“ **ORGANO – SPECIFICHE** “

**sec.Schieroni e coll., 1998**

### TUMORE DELL'ANGOLO PONTO-CEREBELLARE

- ☐ Disturbi della fonazione
- ☐ Disturbi della deglutizione
- ☐ Disturbi nutrizionali
- ☐ Paralisi del n. faciale
- ☐ Paralisi n. accessorio spinale
- ☐ Paralisi altri nervi
- ☐ Edemi del volto
- ☐ Linfedemi del volto
- ☐ Problemi di cicatrizzazione
- ☐ Fibrosi e retrazioni del collo
- ☐ Dolore loco-regionale
- ☐ Algia di spalla
- ☐ Limitazione funzionale di spalla
- ☐ Limitazione funzionale del rachide cervicale
- ☐ Persistenza di S. vestibolare centrale o periferica
- ☐ S. cerebellare omolaterale
- ☐ Problemi di circolazione liquorale
- ☐ Anastomosi VII-XII con deficit dell'ipoglosso
- ☐ Altro....

#### TUMORI SNC

- ☐ Emiparesi/Emiplegia
- ☐ Tetraparesi/Tetraplegia
- ☐ Paraparesi/Paraplegia
- ☐ Monoparesi
- ☐ Afasia
- ☐ Turbe della deglutizione
- ☐ Alterazione della sensibilità
- ☐ Dolore
- ☐ S. Atassiche ed instabilità nella marcia
- ☐ Altro....

### TUMORE DEL DISTRETTO CERVICO-CEFALICO

- ☐ Disturbi della fonazione
- ☐ Disturbi della deglutizione
- ☐ Disturbi nutrizionali
- ☐ Paralisi del n. faciale
- ☐ Paralisi n. accessorio spinale
- ☐ Paralisi altri nervi
- ☐ Edemi del volto
- ☐ Linfedemi del volto
- ☐ Problemi di cicatrizzazione
- ☐ Fibrosi e retrazioni del collo
- ☐ Algia di spalla
- ☐ Limitazione funzionale di spalla
- ☐ Limitazione funzionale del rachide cervicale
- ☐ Altro....

### TUMORI OSSEI PRIMITIVI, SECONDARI E MIELOMA

- ☐ Problemi di cicatrizzazione
- ☐ Limitazioni articolari
- ☐ Fibrosi e retrazioni
- ☐ Turbe posturali
- ☐ Dolore loco-regionale
- ☐ Amputazione
- ☐ Paralisi periferica
- ☐ Paraplegia
- ☐ Tetraplegia
- ☐ Incontinenza urinaria
- ☐ Esiti di stabilizzazione chirurgica
- ☐ Edemi
- ☐ Linfedemi
- ☐ Linfangiti
- ☐ Complicanze infettive del linfedema
- ☐ Altro...

### TUMORI EMATOLOGICI (NON MIELOMA)

- ☐ Lesioni del SNC
- ☐ Disturbi respiratori
- ☐ Dolore
- ☐ Astenia
- ☐ Altro...



*“Classificazione delle complicanze cliniche di interesse riabilitativo causa di disabilità nel paziente affetto da patologia oncologica” sec. Schieronì e coll., **1998***

- Gruppo 2 : *“Le complicanze comuni a tutti i tipi di neoplasie”*  
per cause iatrogene e/o evolutive

Le più frequenti :

- disabilità conseguenti alla **chemioterapia, ormonoterapia, terapie oncologiche.....**
- disabilità conseguenti alla **radioterapia**
- disabilità conseguenti alle **terapie di supporto e palliative**
- ***fatigue***
- **dolore**
- **sindrome ipocinetica**
- **malnutrizione e la cachessia**
- **osteoporosi**
- **sindromi paraneoplastiche**
- **metastasi** (ossee, polmonari , sistema nervoso centrale, ....)
- **turbe cognitive, della memoria, dell'attenzione**
- **turbe psichiche**
- ....



## Linee di indirizzo “La Riabilitazione della persona con disabilità da malattia neoplastica” 2012



definizione dei “**percorsi riabilitativi**” per i diversi tipi/gruppi di tumore  
nelle 5 FASI cliniche della malattia

sec. classificazione dell’ *American Cancer Society* (2001) :

- Fase 1 = pre-trattamento
- » 2 = dei trattamenti
- « 3 = degli esiti
- « 4 = di riprese
- « 5 = terminale



- Disabilità presentate
- Metodologie di valutazione
- Programmi riabilitativi
- *Setting* terapeutici
- Limitazioni all’ attività /  
Restrizioni alla partecipazione (ICF)

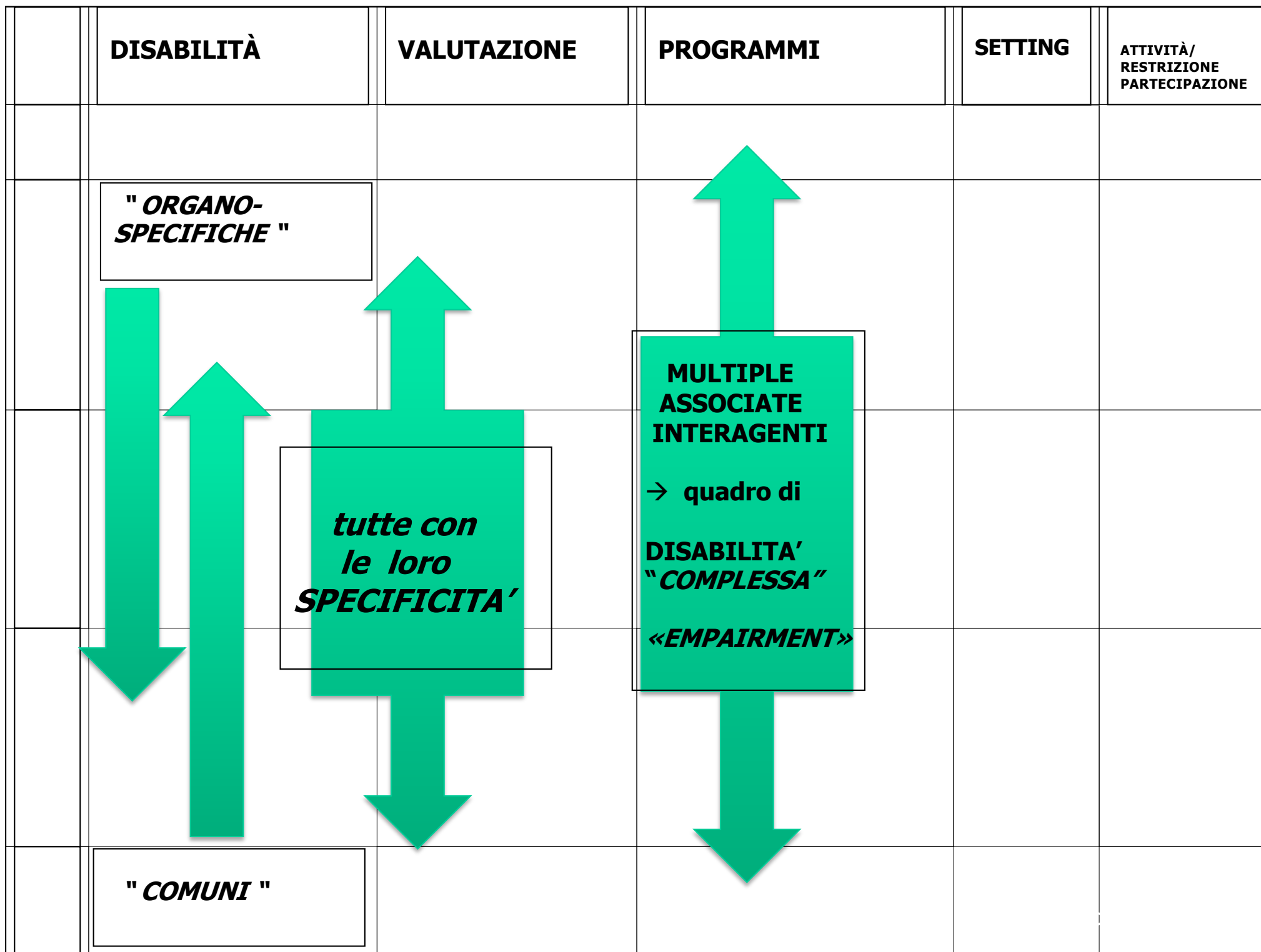
	DISABILITÀ	VALUTAZIONE	PROGRAMMI RIABILITATIVI	SETTING	LIMITAZIONE ATTIVITÀ/ RESTRIZIONE PARTECIPAZIONE
I	PRE TRATTAMENTO				
II	DI TRATTAMENTO				
II I	DEGLI ESITI				
IV	DI RIPRESA				
V	TERMINALE				

TABELLE dei PERCORSI RIABILITATIVI

	<b>DISABILITÀ conseguenti</b>	<b>VALUTAZIONE</b>	<b>PROGRAMMI RIABILITATIVI</b>	<b>SETTING</b>	<b>LIMITAZIONE ATTIVITÀ/ RESTRIZIONE PARTECIPAZIONE</b>
<b>I</b>	nessuna	Barthel, EORTC, ECOG, SF 12	Interventi educazionali	Reparto per acuti, DH per acuti	Ruolo familiare, sociale, lavorativo
<b>II</b>	Dolore, Fatigue Riduzione ROM spalla e rachide cervicodorsale Deficit muscolari Ipomobilità Alterazioni posturali Neuropatie Edema/linfedema dell'arto superiore Retrazioni cicatriziali Insufficienza respiratoria	Prove funzionalità respiratoria Borg, 6MWT,VAS, Brief Pain Inventory, Goniometria, Test manuale di forza e sensibilità Stadi azione e misurazioni centimetrica Barthel, ECOG, EORTC, SF12	Terapia farmacologica Terapia fisica Esercizi respiratori Drenaggio Esercizi per recupero ROM e della forza muscolare Rieducazione posturale Esercizi ricondizionanti massaggio di scollamento Linfodrenaggio Prescrizione protesi elastocompressione Ausili	DH, Ambulatorio	Routine quotidiana, ruolo familiare, sociale, lavorativo cura di sé, ADL,IADL,
<b>TABELLE dei PERCORSI RIABILITATIVI nei diversi TIPI di TUMORE</b>					
<b>II I</b>	Fatigue Riduzione ROM spalla e rachide cervicodorsale Deficit muscolari Ipomobilità Alterazioni posturali Neuropatie Edema/linfedema dell'arto superiore Retrazioni cicatriziali Complicanze infettive del linfedema Osteoporosi Insufficienza respiratoria	Borg, 6MWT,VAS, Brief Pain Inventory, Goniometria, Test manuale di forza e sensibilità, Brief Fatigue Inventory Stadi azione e misurazioni centimetrica Barthel, ECOG, EORTC, SF12	Terapia fisica Esercizi respiratori Drenaggio Esercizi per recupero ROM e della forza muscolare Rieducazione posturale		sociale, lavorativo ADL,IADL,
<b>IV</b>	Dolore Fatigue linfedema Ipomobilità Neuropatie Radicolopatie/plessopatie Emiplegia/paraplegia Disturbi sensitivi Alterazioni posturali Disfunzioni urinarie e sessuali Deficit sfinteriali Insufficienza respiratoria/dispnea	Prove funzionalità respiratoria Borg, 6MWT,VAS, Brief Pain Inventory, Goniometria, Test manuale di forza e sensibilità, Brief Fatigue Inventory Stadi azione e misurazioni centimetrica, FuglMeyer SCIM valutazione logopedica valutazione urologica, training vescicale Barthel, ECOG, EORTC, SF12			Routine quotidiana, ruolo familiare, sociale, lavorativo
<b>V</b>	Insufficienza respiratoria/dispnea Dolore Grave ipomobilità Fatigue	VAS, Brief Pain Inventory Brief Fatigue Inventory Barthel/ECOG	terapia farmacologica Esercizi respiratori, drenaggio, tecniche di rilassamento, , massoterapia, trasferimenti, mobilizzazione, cambi posturali, prevenzione danni secondari, interventi educazionali	Hospice, DH, domicilio	Routine quotidiana, ruolo familiare, sociale, lavorativo cura di sé, ADL,IADL



	DISABILITÀ	VALUTAZIONE	PROGRAMMI	SETTING	ATTIVITÀ/ RESTRIZIONE PARTECIPAZIONE
	<div>" <i>ORGANO-SPECIFICHE</i> "</div>				
	<div><div></div><div></div><div><div><div><i>tutte con le loro SPECIFICITA'</i></div></div></div></div>				
	<div>" <i>COMUNI</i> "</div>				



	DISABILITÀ	VALUTAZIONE	PROGRAMMI RIABILITATIVI	SETTING	LIMITAZIONE ATTIVITÀ/ RESTRIZIONE PARTECIPAZIONE
I	" <i>ORGANO-SPECIFICHE</i> "				
II					
II	I	→ <i>"PRECISO" INQUADRAMENTO EZIO-PATOGENETICO</i> → <i>TRATTAMENTI RIABILITATIVI "SPECIFICI"</i>			
I					
IV					
V	" <i>COMUNI</i> "				



# TOSSICITA' IATROGENE

- **App. cardio-circolatorio** ( antracicline, ciclofosfamide, taxani, fluorouracile, *target therapies*,...) :  
ipertensione, scompensi cardiocircolatori, turbe del ritmo, coronaropatie e patologie tromboemboliche e vascolari in genere ( *stroke*, TIA, stenosi carotidee e della succlavia, ecc.)

**e vascolare periferico**

- **App. polmonare** : polmoniti interstiziali ( Drug-induced Interstitial Lung Disease – DILD ), turbe respiratorie

- **Sistema nervoso** ( platino, taxani, alcaloidi della vinca,... TCT ,... ):

**Sistema Nervoso Centrale (SNC), SN Autonomo e SN Periferico :**  
encefalopatie, alterazioni cerebellari, meningiti,  
turbe cognitive, della memoria e dell'attenzione (*chemo fog e chemo brain*);  
**neuropatie periferiche (Chemiotherapy-Induced Peripheral Neuropathy, CIPN )**

- **App. muscolare** : **miopatie** da radioterapia , ipovitaminosi D, corticosteroidi

- **App. osseo** : **osteopenia, osteomalacia, algodistrofie, osteonecrosi** ( da chemioterapia, radioterapia )

*Artro-mialgie* : chemioterapia e ormonoterapia



## TOSSICITA' IATROGENE

- “ **gastro-enterico** → malassorbimento, defedamento
- “ **tegumentario** → dermatiti, necrosi tissutali, infezioni ( unghie,...), dolore , disestesie, alterazione della propriocezione, stazione eretta e cammino; radiodermiti e fibrosi tissutali da radioterapia
- « **ematopoietico**: anemia con affaticabilità, rischio emorragico, immunodepressione
- “ **reno-vescicale** → insufficienza renale, compromissione *outcome* funzionale
- “ **epato-biliare** → astenia, affaticabilità
- “ **endocrinologico** → ipofisi, pancreas, tiroide, paratiroidi, gonadi  
→ **turbe della crescita, della sessualità , della fertilità,....**

## TOSSICITA' IATROGENE ed INSITE ALLA MALATTIA/ EVOLUTIVE

- ***Cancer Related Fatigue***



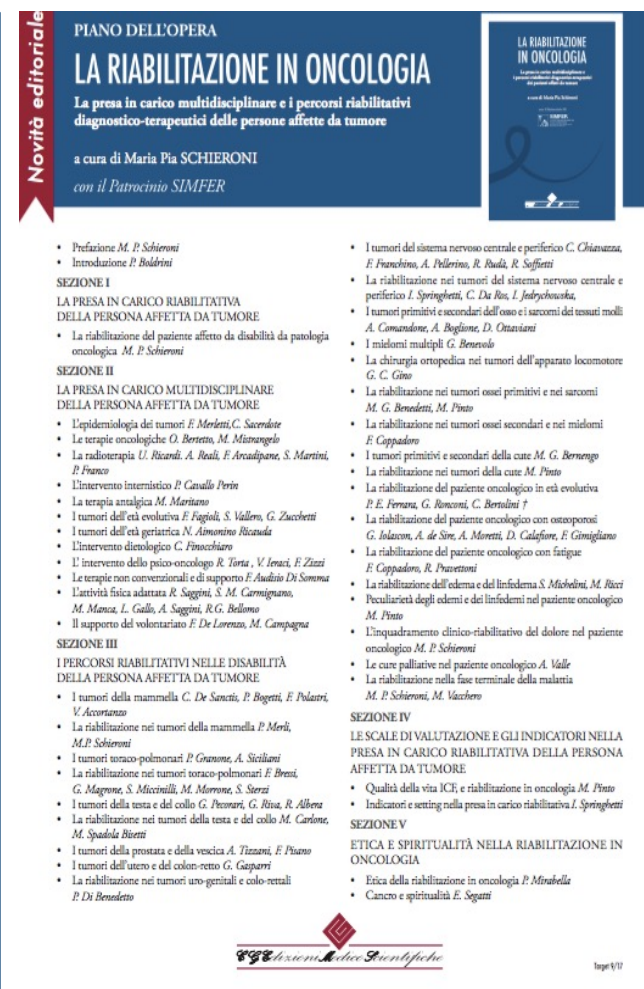
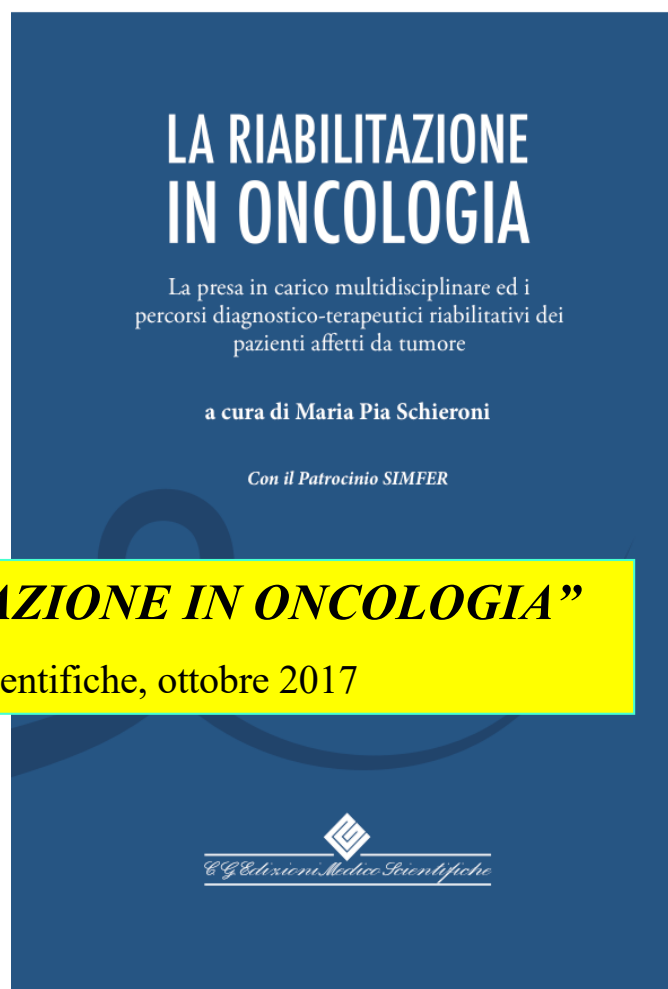
# Obiettivo : **CREARE / DIFFONDERE / UNIFORMARE** **la METODOLOGIA RIABILITATIVA IN ONCOLOGIA**



Linee di indirizzo

## **“Attività e Partecipazione della Persona con Disabilità da Malattia Neoplastica”**

Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, MR, Vol.26,Suppl.2 al N. 2-3 2012 ,ago-dic. 2012



## TRATTATO **“LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA”**

C.G. Edizioni Medico Scientifiche, ottobre 2017



# **INFLUENZA dell' ETA'**

## **sulla DISABILITA' dei PAZIENTI ONCOLOGICI**

### **ETA' EVOLUTIVA :**

**incidenza minore (2%)**

Leucemie (35%), SNC (20%), Linfomi (12%), Neuroblastomi (12%), Sarcomi tess.molli (7 %), Ossei (6,4 %)

Grandi progressi terapeutici, mortalità in diminuzione

**tasso di guarigione elevato 20-95 %, 75 % di *survivors* a 5 aa .**

**Grande impatto sullo sviluppo psico-fisico, *empairment* maggiori rispetto all' adulto, maggiori ricadute familiari, socio-economiche ed ambientali .**

Ancora insufficiente attenzione alla QdV, presa in carico riabilitativa del bambino/famiglia

(Bisogni : *trattamenti riabilitativi specifici + assistenza socio-sanitaria / reinserimento : frequenza scolastica, apprendimento, capacità ludico-sportive , inserimento lavorativo*) .



## INFLUENZA dell'ETA' sulla DISABILITA' dei PAZIENTI ONCOLOGICI

### ETA' GERIATRICA:

n°pazienti elevato ( oltre i 70 aa l' incidenza dei tumori risulta 4 v. maggiore che nell'adulto)

La **sopravvivenza è minore** a causa del maggiore ritardo diagnostico, terapie oncologiche meno aggressive, presenza di comorbidità , ridotte *performance* generali e motorie.

→ **disabilità rilevanti + comorbidità** → **invalidità grave**

+ fattori sociali che impattano fortemente sui bisogni sanitari e di assistenza.

→ approccio **“multidisciplinare trasversale”**

( oncologico, geriatrico e riabilitativo + MMG ),

→ trattare il paziente nella sua **“complessità”**,  
a partire dal suo **stato “funzionale”**  
e di **“fragilità”**.

→ concordare / integrare insieme il *programma terapeutico, riabilitativo ed assistenziale*.





## I PAZIENTI “LUNGO-SOPRAVVIVENTI”

Dai dati emerge che sono  
in aumento esponenziale i pz con «diagnosi di tumore»  
e di questi i “lungo-sopravvivenenti”,  
( con una rilevante la % di anziani )

- ✓ presentano **stati di malattia anche molto diversi fra loro** (pz. potenzialmente guariti, con malattia contenuta, lungosopravvivenenti con poche fasi di ripresa evolutiva,..)
- ✓ da questa eterogeneità nascono **i nuovi impairments**  
(esiti funzionali prevedibili di terapie consolidate, esiti delle nuove terapie, etc)



## IN SINTESI E' INDISPENSABILE RICORDARE CHE ....

Caratteristica della ***presa in carico riabilitativa*** del paziente oncologico

deve essere la “***FLESSIBILITA'***” con una *revisione continua*  
del Progetto Riabilitativo Individuale

in quanto **la malattia neoplastica puo' cronicizzarsi nel tempo, avere una lenta evolutività ,  
delle *pousses* o diventare improvvisamente gravemente evolutiva**  
e non deve essere considerata in una visione *estemporanea e singola*  
dell' *empairment* presentato dal pz. in « **quel** » momento dal paziente.

→ il *modificarsi dello stato clinico* del paziente

**impone la *revisione costante degli obiettivi e dei percorsi/programmi  
diagnostico-terapeutici riabilitativi***



**E' INDISPENSABILE RICORDARE CHE ....**

,

•

La **fase avanzata e terminale ( Fase IV e V ) della malattia** non può rappresentare  
un *neglect* per il mondo della riabilitazione  
( in quanto il «**progetto di recupero**» è da considerarsi «*perdente*» in tempi brevi )

perché l'obiettivo della **migliore Q di V possibile**,  
*compatibilmente con lo stato di malattia*,  
è perseguibile *fino agli ultimi giorni di vita* .



## 1.- Gli aspetti metodologici

- La **Multidisciplinarietà** del percorso e delle competenze: l'**oncologo** rimane il principale **case manager** lungo il percorso di malattia, competente ad indirizzare il paziente verso i percorsi riabilitativi
- La **Formazione**: va implementata.  
Vanno garantiti moduli oncologici e riabilitativi nelle scuole di specializzazione in Medicina Riabilitativa e in Oncologia, come pure nei CdL dei Fisioterapisti.
- **Misure di qualità e indicatori specifici di funzione** nell'inquadramento del pz. sia per la malattia che per la disabilità (un pz. potrebbe essere in fase IV di malattia e in buone condizioni funzionali, ma in fase I di un altro tumore con gravi disabilità).

## 2.- I sistemi di classificazione

- introduzione di **misure di qualità dei servizi/prestazioni** erogate dalle strutture ( per es. fornitura di *multi-terapie* nella stessa sede: es. *RT + CHT + Riabilitazione* )

## 3.- La tracciabilità

- **monitoraggio delle condizioni** del pz. attraverso i sistemi sanitari nel « **percorso** » **intra ed extraospedaliero**, servizi ambulatoriali, domiciliari e in hospice, ed eventuali **registri**.



### 4.- La tariffazione e il controllo

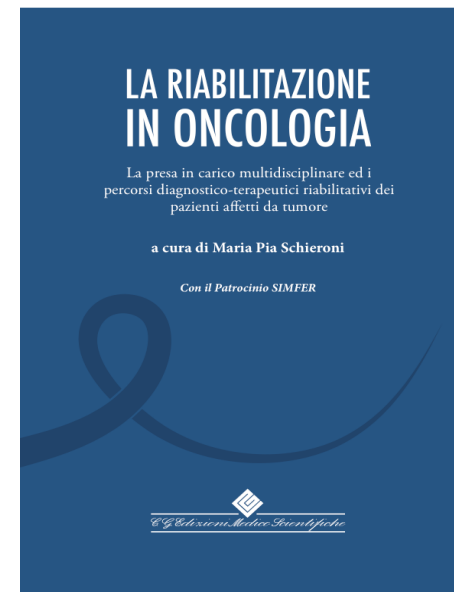
la coesistenza di Strutture Oncologiche e Riabilitative nelle stessi Ospedali o almeno la loro fruibilità *“in rete”*.

La tariffazione non più a **prestazioni**, bensì a **progetti di cura** complessi, comprensivi di *interventi integrati*, in base al tipo, gravità e prognosi dell'*impairment* ( oncologici + riabilitativi + psicologici + ..... )

5.- **I problemi di sostenibilità** del sistema sanitario in campo oncologico, soprattutto nelle cronicizzazioni.

Come provvedere? :

- a) responsabilizzare dei pz, specie in fase di cronicizzazione ( *counselling e self-care* )
- b) implementazione della **prevenzione primaria** ( *stili di vita – AF* ), **secondaria** ( *screening....* ) e **terziaria** ( che confina con l'ambito terapeutico e quindi anche riabilitativo )  
in campo intra ed extra-sanitario
- c) definizione precisa dei confini fra **AF / AFA / AFAD**



*grazie per la vostra attenzione*