

CASO CLINICO: FRATTURA FEMORE

R.E.

Paziente donna di anni 82, ipertensione arteriosa e cardiopatia ipertensiva, nel 2014 carcinoma mammella dx trattato chirurgicamente e successivamente con radioterapia e con terapia ormonale. Nel 2024 frattura di femore dx in grave osteoporosi; da allora graduale decadimento psico-fisico con cadute a terra ripetute. Nel settembre 2025 frattura di femore sin dopo caduta accidentale; eseguito intervento chirurgico di impianto di endoprotesi (cementata), complicatosi con infezione della ferita e concomitante TVP dell'arto. Comparsa di lieve declino cognitivo con episodi di delirium durante il ricovero ospedaliero. Precedentemente alla frattura la signora camminava per tragitti medi con deambulatore e supervisione.

Valutazione fisioterapica: Paziente allettata da circa 2 mesi a seguito di intervento di endoprotesi anca sin (con complicazioni). Parzialmente orientata e collaborante (ancora presenti saltuari episodi di delirium), presenta arto inferiore sinistro ancora edematoso prossimalmente, limitata sia dal dolore che dalla rigidità la mobilità passiva dell'anca (in flessione 45°, in abduzione 30°), ipotrofica la muscolatura (impossibili movimenti attivi di anca e ginocchio). Possibile debole mobilità attiva di arto inferiore destro e arti superiori. Dipendente nei passaggi posturali a letto, riesce a mantenere la postura seduta sul letto per pochi secondi (avverte dolore all'anca sinistra e non riesce a fletterla sufficientemente), con parziale controllo del tronco.

INTERVENTI DEL FISIOTERAPISTA: OBIETTIVI E MODALITA' RIABILITATIVE

CASO CLINICO: PARKINSON

B.O.

Paziente uomo, 83 anni, vasculopatia cerebrale, Parkinson da circa 10 anni con decadimento cognitivo di grado moderato e saltuarie alterazioni comportamentali (irritabilità, oppositività e allucinazioni visive) negli ultimi mesi. In anamnesi remota interventi di artroprotesi ginocchio dx e sin, BPCO, iperplasia prostatica benigna, poliartrrosi. Episodi di ipofonia, lieve disartria e saltuaria disfagia per i liquidi, rallentamento psicomotorio, difficoltà nella marcia

(ripetute cadute nell'ultimo anno con esiti contusivi). In trattamento con Levodopa con parziale beneficio sui deficit motori.

Valutazione fisioterapica: Paziente a tratti collaborante, talvolta oppositivo. Presenta lieve ipertono bilaterale alla mobilizzazione passiva, buona la mobilità attiva globale, indipendente in gran parte delle ADL che richiedono l'uso degli arti superiori (lieve tremore delle mani a riposo), indipendente anche se bradicinetico nei passaggi posturali a letto. Raggiunge autonomamente la statica con appoggio agli AASS e riesce a percorrere tragitti medi camminando senza ausili, mantenendo una postura lievemente camptocormica e in assenza di svincolo dei cingoli. Presenta deficit di equilibrio in statica e movimento (Tinetti 16/28), bradicinesia della marcia con piedi poco sollevati (marcia festinante) e difficoltà nei cambi di direzione (freezing).

INTERVENTI DEL FISIOTERAPISTA: OBIETTIVI E MODALITA' RIABILITATIVE

CASO CLINICO: PREVENZIONE CADUTE

B.E.

Uomo di 78 anni, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertiroidismo, vasculopatia cerebrale cronica con deterioramento cognitivo lieve, ipertensione arteriosa. Insufficienza renale cronica. Esiti di pregresse fratture da caduta (caviglia sinistra e polso bilaterale circa 2 anni fa). Grave ipoacusia bilaterale nonostante la protesizzazione, ipovisus, tabagismo.

Valutazione fisioterapica: paziente indipendente nei passaggi posturali e trasferimenti. Globalmente la motilità attiva e passiva sono conservate, anche se presenta una notevole riduzione dell'escursione articolare della caviglia sinistra soprattutto nei movimenti di flessione-estensione. E' in grado di camminare autonomamente con equilibrio appena sufficiente (Scala Tinetti 20/28), cerca spesso appoggio al corrimano durante la deambulazione (alto rischio caduta secondo scala Morse). Dopo breve tragitto mostra affaticamento respiratorio (dispnea). Lo schema deambulatorio risulta alterato: per limitazione articolare della caviglia sinistra e dolenzia in appoggio (scala VAS 3) risultano ridotti il tempo di appoggio sul piede sinistro e la lunghezza del passo destro durante il ciclo del cammino. Esce spesso dal proprio reparto per fumare con abbigliamento da camera (vestaglia e ciabatte), aumentando il rischio caduta.

INTERVENTI DEL FISIOTERAPISTA: OBIETTIVI E MODALITA' RIABILITATIVE

ALTAVITA - ISTITUZIONI RIUNITE DI ASSISTENZA - I.R.A.

già Istituto di Riposo per Anziani - IRA

- Piazzale Mazzini 14 • 35137 PADOVA • tel. 0498241511
- www.altavita.org
- segreteria generale@altavita.org
- pec: altavita@legalmail.it
- Partita Iva: 00558060281