



A.O.S. CROCE E CARLE - CUNEO -

PROGETTO



“L’Attività Fisica Adattata in una popolazione che invecchia e non solo”

OSTEOPOROSI

Come si previene e cura con il movimento

***Fase post-acuta, territoriale:
L’ATTIVITÀ FISICA e
L’ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA)***

Mercoledì 20 Ottobre 2021

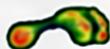
Casa del Fiume



Dr. Paulo Sergio Rachino

Terapista Occupazionale

S.S.D. di R.R.F.



25° ANNO

1995-2020



del LABORATORIO DI BIOMETRIA E POSTUROLOGIA CLINICA DIGITALIZZATA

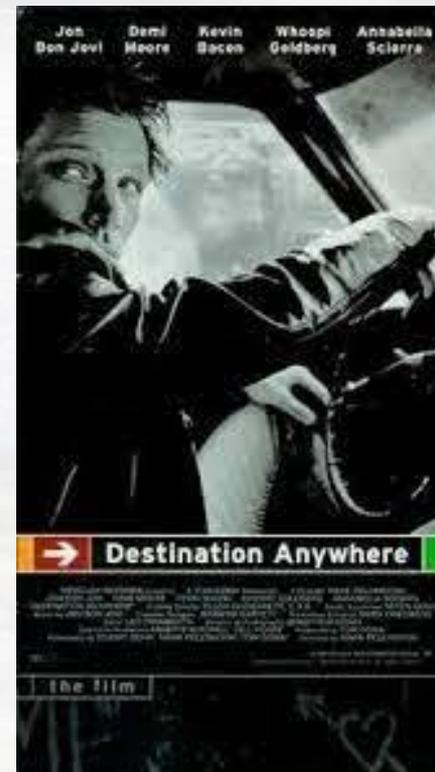
A.S.O. S.Croce e Carle (CN)



(RI)PARTIRE...DA DOVE?

La persona osteoporotica deve sentirsi inserita in un contesto sociale, continuare/riprendere determinate attività (ADL e non) o iniziarne di adattate (AFA).

OVUNQUE!



ATTIVITÀ FISICA



Ogni movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporti un dispendio energetico, incluse le ADL (definizione OMS)

ATTIVITÀ FISICA



Valido strumento per la gestione di patologie già manifeste, con riduzione delle complicanze e/o rallentamento della loro progressione.

ATTIVITÀ FISICA

Per risultare benefica almeno 10 minuti.

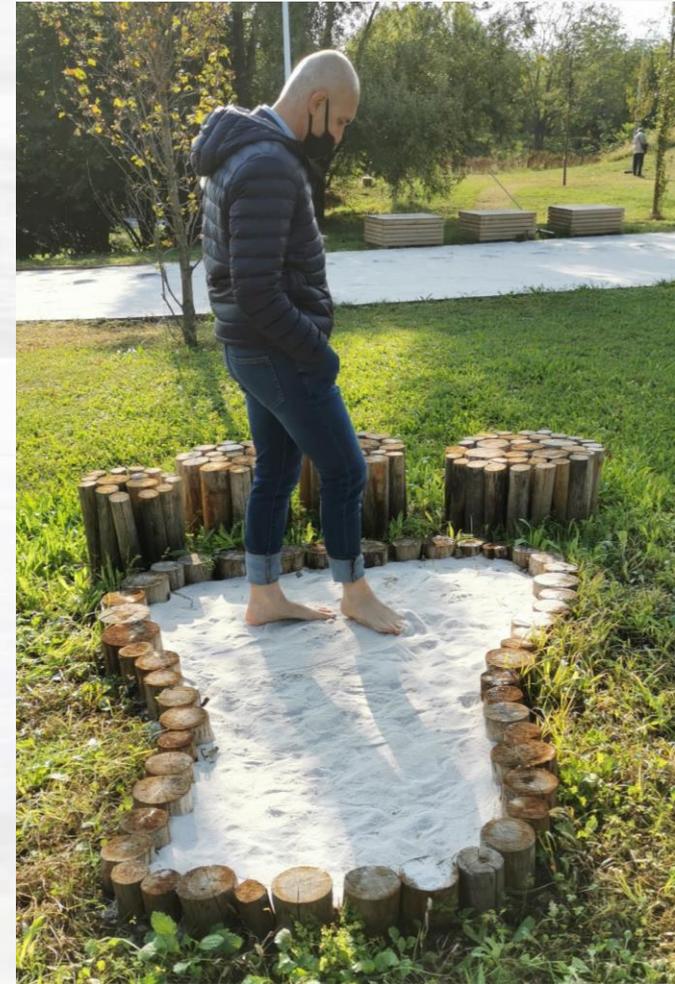
- **per bambini e adolescenti**
60 minuti al giorno attività moderata/vigorosa;
- **per gli adulti (dai 18 anni)**
150 minuti a settimana attività moderata.



ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA)

Attività motoria, *non riabilitativa*
ma di *mantenimento* e
prevenzione, svolta
individualmente o in gruppo.

Condizioni di salute stabili



TIPOLOGIA DEI PROGRAMMI AFA

Programmi Afa ad Alta Funzione

- Sindromi algiche croniche
- NO limitazione capacità motorie di base

Programmi Afa a Bassa Funzione

- Sindromi croniche e/o disabilità stabilizzate
- Limitazione capacità motorie di base



AFA, COME E DOVE



- **MMG;**
- **Medici specialisti;**
- **equipe riabilitativa**

- **Varie sedi, anche non ‘attrezzate’**
- **Non ospedalizzate**

AFA, OBIETTIVI S.M.A.R.T



SPECIFIC

specifici

MEASURABLE

misurabili

ACHIEVABLE

raggiungibili

RELEVANT

rilevanti

TIME-BASED

basati sul tempo

ERGONOMIA-RISCHIO CADUTE

Esiste in realtà una stretta relazione tra *cambiamenti fisici, funzionali e psicologici*, anche in persone che non sono mai cadute.



1. Sicurezza ambientale



2. Educazione su comportamenti rischiosi

3. Base di allenamento



APPROCCIO COMPORTAMENTALE

Gioca un ruolo importante perché può dipendere dalle attitudini, dalle convinzioni, dal disagio psicologico o dal comportamento 'da malato' del paziente.



**Proprio qui
è fondamentale
intervenire!**

VALUTAZIONE STRUMENTALE

del RISCHIO di CADUTA

Studio della postura e dell'equilibrio.



LABORATORIO di BIOMETRIA e POSTUROLOGIA
CLINICA DIGITALIZZATA

Direttore: Prof. Schiffer R.

Responsabile Tecnico: Dr. Rachino P.S.

STABILOMETRIA in stazione eretta

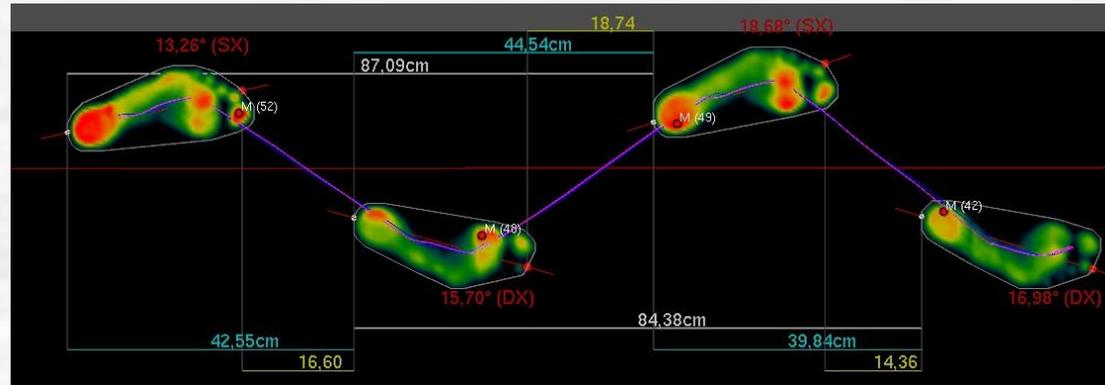


Stabilometria SES (30'' OA/OC)
Disequilibri

Posturale (51.2 sec)
Atteggiamento posturale

BAROPODOMETRIA *Statico-Dinamica*

Camminare a piedi nudi o con scarpe e ausili per 1 minuto



- **SNC** (ictus, SM, M. di Parkinson ecc.),
- **SNP** (polineuropatie),
- Base metabolica genetica o acquisita (DM)
- Ortopediche età evolutiva/adulta

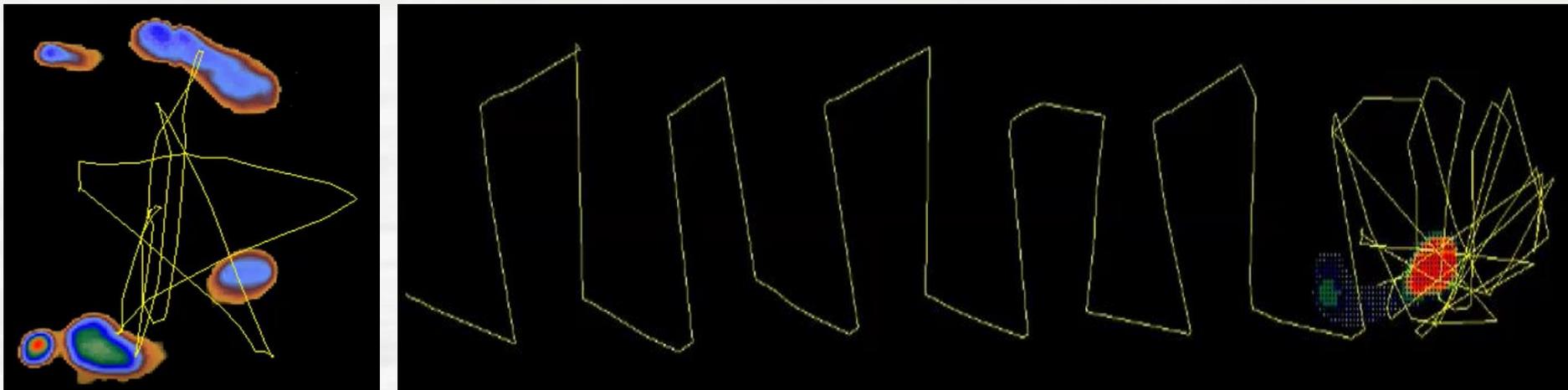
TREADMILL Baropodografico

*Camminare/correre a velocità variabile a piedi nudi
o con scarpe e ausili per 10 secondi*



Disturbi del movimento di varia origine e patologie del piede.

TURN-TEST 180° digitalizzato



Registrazione e conteggio dei passi (podogrammi)
necessari per ruotare di 180°.

**Più di 4 passi sono associati ad
un rischio crescente di caduta**

CUNEO



*Parco
Multisensoriale*

GRAZIE