



**Concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 24 posti di
Fisioterapista
Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari – Ruolo Sanitario**

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 19 del D.Lgs. 14/3/2013 n. 33 e s.m.i., si riportano i criteri di valutazione della Commissione e le tracce della prova pratica.

Le tracce sorteggiate durante i due turni della giornata in cui la prova è stata espletata sono le seguenti: n. 4 e n. 1.

Sono pertanto rimaste non estratte le tracce n. 2 e n. 3

Criteri di valutazione:

- due punti (+2) per ogni risposta corretta;
- zero punti (0) per ogni risposta errata, omessa o multipla.

La risposta corretta è evidenziata in colore giallo.



PROVA PRATICA N.1

CASO 1

Il signor Lucio ha 79 anni ed è ospite da un mese presso una Residenza Sanitaria Assistenziale. Dieci anni fa gli è stata diagnosticata la malattia di Parkinson. In passato fumava venti sigarette al giorno e ha smesso intorno ai 60 anni in seguito a diagnosi di BPCO. Attualmente è in trattamento farmacologico per la sintomatologia del Parkinson con dopaminergici e antidepressivi per una lieve depressione.

All'ingresso in struttura sono stati rilevati i seguenti dati:

- Mini Mental State Examination: punteggio pari a 28/30
- Scala di Hoehn & Yahr: 3
- Indice di Barthel modificato: 70/100 con difficoltà nel fare il bagno, usare il wc e nei trasferimenti
- TIS (Trunk Impairment Scale): 17/23 (difficoltà controllo tronco da seduto in dinamica)

Dal punto di vista motorio il paziente mantiene autonomamente la stazione eretta, dove si evidenzia un atteggiamento camptocormico, e ha delle difficoltà nei passaggi posturali. È in grado di deambulare con supervisione e senza ausili, ma si nota instabilità durante la marcia, che avviene a piccoli passi con le ginocchia flesse e con tendenza alla festinazione. Sono stati segnalati degli episodi di freezing durante la marcia.

1) Quale scala NON utilizzerebbe per valutare l'equilibrio e il rischio cadute?

- a) Scala di Tinetti
- b) Berg Balance Scale
- c) Trunk Control Test
- d) MINI BESTest

2) Che cosa si aspetta di osservare nella postura del signor Lucio?

- a) Inclinazione anteriore del tronco uguale o superiore a 45°
- b) Inclinazione anteriore del tronco minore di 20°
- c) Flessione laterale del tronco maggiore di 10°
- d) Flessione anteriore del collo e del capo maggiore di 45° con inclinazione e rotazione del tronco inferiore a 20°

3) Quali tra queste strategie proporrebbe per il superamento della fase di freezing durante la marcia?

- a) Chiedere di scavalcare un ostacolo (ad es. il piede del fisioterapista che lo accompagna)
- b) Chiedere di fissare i propri piedi per controllare il movimento
- c) Dare delle leggere spinte nel tronco posteriore per favorire l'avanzamento
- d) Chiedere di chiudere e aprire gli occhi ripetutamente

In seguito ad un episodio influenzale, Lucio è costretto a letto per una settimana e ciò provoca un aggravamento del quadro respiratorio. Sono presenti abbondanti secrezioni viscosi e giallastre soprattutto al risveglio, il picco di tosse è 280 litri/min. A riposo (a letto) è presente una dispnea pari a 2 della scala di Borg. All'auscultazione si rileva murmure vescicolare ridotto bilateralmente alle basi e crepitii ad alta frequenza. Viene quindi richiesto l'intervento del fisioterapista.

4) In considerazione del quadro clinico del signor Lucio, quali parametri vitali è importante che il fisioterapista monitori durante le sedute di trattamento?

- a) Frequenza respiratoria, frequenza cardiaca e presenza di discinesie
- b) Frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e presenza di riflesso della tosse efficace
- c) Saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e pressione arteriosa
- d) Presenza di dispnea a riposo, pressione arteriosa e frequenza respiratoria

5) Quale strategia fisioterapica attuerebbe con l'obiettivo di mobilizzare le secrezioni per favorire la disostruzione bronchiale nel signor Lucio?

- a) Battiture toraciche a paziente prono
- b) ACBT (Active Cycle of Breathing Techniques)
- c) Incentivatore di flusso
- d) Incentivatore di volume

CASO 2

La signora Elvira ha 60 anni e vive con il marito in una casa singola su un unico piano. Soffre di ipertensione arteriosa controllata farmacologicamente; negli ultimi cinque anni ha presentato alcuni episodi di lombalgia (agli esami strumentali eseguiti non sono emerse problematiche di origine discale ma solamente delle modeste note artrosiche compatibili con l'età). Un giorno, mentre sale su una sedia per pulire i vetri, la signora Elvira scivola e impatta al suolo con il piede sinistro. Lamenta subito un importante dolore e non riesce a caricare il peso sul piede sinistro. Viene quindi portata al Pronto Soccorso. Dalla radiografia emerge la presenza di una frattura composta del calcagno sinistro. Si applica un apparecchio gessato da portare per 40 giorni, durante i quali la signora dovrà rimanere in scarico. Il gesso viene confezionato con la caviglia in flessione plantare di pochi gradi (le dita sono libere) ed arriva fino al di sotto del ginocchio. A distanza di 40 giorni, dopo aver visionato le radiografie di controllo l'ortopedico provvede alla rimozione del gesso; viene prescritto un ciclo di fisioterapia e data indicazione di carico sfiorante per i primi 15 giorni; a seguire, sarà possibile un carico parziale (50% del peso corporeo) fino al successivo controllo radiografico che è programmato a 2 mesi dal trauma. La signora Elvira viene presa in carico dal fisioterapista. La prima seduta avviene a distanza di tre giorni dalla rimozione del gesso; si concorda una frequenza di tre sedute alla settimana. Alla prima osservazione il fisioterapista rileva la presenza di edema alla caviglia e al piede di sinistra.

1) In quale posizione effettuerebbe la misurazione del PROM in flessione plantare e dorsale della caviglia?

- a) In posizione supina con ginocchio leggermente flessso
- b) In posizione supina con ginocchio esteso
- c) In posizione supina con ginocchio esteso e calcagno fuori dal lettino
- d) Tutte le posizioni sono adatte per effettuare la misurazione articolare

2) Quali tra queste strategie ritiene adatta per la riduzione dell'edema della caviglia della signora Elvira?

- a) Arto inferiore sinistro elevato con cuscino posto longitudinalmente sotto a tutta la coscia con paziente supina
- b) Movimenti della caviglia e delle dita nel range consentito
- c) Bagni di contrasto con due bacinelle con alternanza caldo-freddo per circa 20 minuti terminando con acqua fredda
- d) Tutte le precedenti

3) Quale esercizio di autotrattamento proporrebbe alla paziente nella prima settimana di presa in carico con l'obiettivo di migliorare l'articolazione in flessione dorsale della caviglia sinistra in questa fase del trattamento?

- a) Paziente in piedi: si chiede di effettuare uno squat con la schiena appoggiata alla parete
- b) Effettuare dei cicli di mobilizzazione contro resistenza con la cyclette
- c) Paziente supina: esercizio di mobilizzazione della caviglia con una fascia anelastica tenuta con le mani e posizionata attorno alle teste metatarsali
- d) Paziente seduta: si chiede di alzarsi e sedersi in modo da lavorare sulla flessione dorsale di caviglia

Dopo un mese di presa in carico fisioterapica la signora Elvira presenta un dolore intenso alla caviglia e alla gamba con gonfiore, calore al tatto e cambiamenti del colore della pelle dell'area interessata con una lieve colorazione cianotica.

4) Come si attiverebbe in relazione al quadro clinico descritto?

- a) Inviarei il paziente al medico per un approfondimento diagnostico
- b) Applicherei una elettroterapia antalgica e continuerei con l'esercizio
- c) Farei applicare del ghiaccio per qualche giorno
- d) Darei indicazione di prendere un antidolorifico per poter continuare la fisioterapia

Ormai risolta la problematica della caviglia e ripreso il suo abituale stile di vita, la signora Elvira contatta nuovamente il fisioterapista a causa della riacutizzazione del dolore lombare.

Al colloquio riferisce che questo episodio è simile a quelli avuti già in precedenza e si è presentato in seguito a dei lavori domestici particolarmente pesanti.

Alla valutazione emerge un importante stato contratturale a livello della muscolatura paravertebrale lombare e della regione glutea bilateralmente; non si evidenziano segni di irradiazione né deficit della sensibilità.

5) Quale indicazione ritiene corretta per la signora Elvira in questa fase?

- a) Rimanere a riposo fino alla riduzione dei sintomi
- b) Incoraggiare a proseguire le normali attività evitando eccessivi sforzi
- c) Consigliare l'utilizzo di un corsetto
- d) Applicare trazioni e ultrasuoni



PROVA PRATICA N. 2

CASO 1

Il signor Fulvio ha 60 anni, pesa 90 Kg, è alto 1,70 cm. È affetto da cardiopatia ischemica (Infarto Miocardico Acuto nel 2016), ipertensione arteriosa, BPCO, calcolosi biliare e marcata artrosi cervicale e lombare con presenza di osteofitosi. Il 17 giugno il signor Fulvio viene ricoverato in U.O.C. di Medicina per "Pancreatite in colelitiasi". Il 19 giugno manifesta un quadro di severa insufficienza respiratoria ed un importante scompenso glicometabolico; viene trasferito in U.O.C. di Terapia Intensiva per essere ventilato in modalità SIMV (ventilazione forzata intermittente sincronizzata). Il 28 giugno riprende la ventilazione spontanea con ossigenoterapia a 5 l/min ed il 2 luglio ritorna in U.O.C. di Medicina. Esegue Rx del torace che evidenzia un'area disventilatoria postero-laterale basale del polmone sinistro (atelettasia). Il giorno seguente il signor Fulvio viene preso in carico dal fisioterapista.

1) Quale proposta di fisioterapia respiratoria metterebbe in atto per il problema disventilatorio evidenziato?

- a) In posizione laterale destra, richiesta di atti inspiratori profondi (inspirazione ampia – pausa teleinspiratoria – espirazione lenta e prolungata) anche accompagnati dalla mobilizzazione manuale del torace
- b) In posizione laterale sinistra, richiesta di atti inspiratori profondi (inspirazione ampia – pausa teleinspiratoria – espirazione lenta e prolungata) anche accompagnati dalla mobilizzazione manuale del torace
- c) In posizione laterale sinistra, richiesta di atti espiratori profondi (espirazione ampia – pausa tele espiratoria – inspirazione lenta e prolungata) anche accompagnati dalla mobilizzazione manuale del torace
- d) In posizione supina, richiesta di atti inspiratori (inspirazione ampia – pausa teleinspiratoria – espirazione lenta e prolungata) anche accompagnati dalla mobilizzazione manuale del torace

Il decorso clinico e riabilitativo del paziente prosegue in maniera soddisfacente e il signor Fulvio può iniziare un programma di mobilizzazione attiva polidistrettuale e attività su cyclette

2) Quale elemento NON è significativo da considerare per verificare la tolleranza all'attività fisica proposta?

- a) Stabilità della saturazione: SpO₂ > 90% o decremento <4%
- b) Non superamento della percentuale di FC max stabilita
- c) Tolleranza soggettiva allo sforzo
- d) Deficit di forza alla muscolatura degli arti superiori

L'anno successivo, il signor Fulvio, mentre si reca al bar in bicicletta, è investito da un'auto. Nell'incidente riporta un trauma vertebrale; viene stabilizzato sul posto e trasportato in ospedale. Alla TAC della colonna vertebrale risulta una frattura del corpo vertebrale C6 e una lussazione C6-C7. Viene ricoverato in U.O.C. di Terapia Intensiva e messo in ventilazione meccanica. Il giorno successivo viene sottoposto ad intervento di laminectomia C5-C7, vertebroplastica C6 e stabilizzazione con viti e barre C5-C7. Da indicazioni mediche deve indossare collare rigido nelle posture oltre i 30° di flessione del tronco per un periodo di tre mesi. Il 9 maggio inizia lo svezzamento dalla ventilazione meccanica ed il 13 maggio risulta in respiro spontaneo. Il giorno successivo è trasferito presso il reparto di Unità Spinale dell'U.O.C. di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale. Viene valutato dal fisiatra che gli somministra la scala ASIA dalla quale risulta una lesione di livello neurologico C7 Impairment B e preso in carico dal fisioterapista.

3) Quale funzionalità degli arti superiori si aspetta?

- a) Buona funzionalità a livello di spalla, buona funzionalità a livello di gomito, assente la funzionalità a livello di polso, assente la funzionalità delle dita (funzioni di prensione e manipolazione)
- b) Buona funzionalità a livello di spalla, assente la di funzionalità a livello di gomito, assente la funzionalità a livello di polso, assente la funzionalità alle dita (funzioni di prensione e manipolazione)
- c) Buona funzionalità a livello di spalla, buona funzionalità a livello di gomito, buona funzionalità a livello di polso, assenza di reclutamento alle dita (funzioni di prensione e manipolazione), sensibilità presente al di sotto del livello neurologico
- d) Buona funzionalità a livello di spalla, buona funzionalità a livello di gomito, buona funzionalità a livello di polso, assenza di reclutamento alle dita (funzioni di prensione e manipolazione), sensibilità assente al di sotto del livello neurologico

4) Con quale scala specifica valuterebbe il controllo del tronco del signor Fulvio?

- a) BORG
- b) Barthel
- c) FIM
- d) SitBASCI

5) Quali tra queste affermazioni NON è corretta in riferimento al trasferimento carrozzina-auto del signor Fulvio?

- a) Si avvicina la carrozzina all'auto posizionandosi con un angolo di circa 45°
- b) Il paziente si inclina lateralmente e il caregiver inserisce la tavoletta sotto la coscia in modo che essa sia in appoggio sia nella carrozzina che nel sedile dell'auto
- c) Il paziente flette anteriormente il tronco e sposta la testa in direzione opposta a dove deve spostare il bacino
- d) Una volta che il bacino del paziente si trova sul sedile il paziente facendo forza sugli addominali e sugli erettori spinali si appoggia allo schienale dell'auto.

CASO 2

Il signor Claudio, di 38 anni, è impiegato di banca e ama praticare sport; vive con la moglie e due figli in una villetta a due piani. È destrimane; il suo peso è di 90 Kg e la sua altezza è di 180 cm. In data 15 febbraio, in seguito ad una caduta in moto, riporta trauma facciale e trauma all'arto superiore sinistro. Alla radiografia eseguita in Pronto Soccorso si evidenzia una lussazione anteriore della testa omerale sinistra. Le indicazioni dell'ortopedico sono di mantenere un tutore reggi-braccio per 20 giorni; sono consentiti cauti movimenti attivi in flessione-estensione del gomito e i movimenti della mano. Alla visita di controllo viene rimosso il reggi-braccio e all'esame obiettivo emerge una concomitante probabile lesione del nervo ascellare. Il signor Claudio riferisce un dolore pari a NRS: 3 a riposo. Viene data indicazione di iniziare la fisioterapia in regime di protezione per 6 settimane dal trauma. Il signor Claudio viene preso immediatamente in carico per il trattamento fisioterapico in regime ambulatoriale dove viene accompagnato dalla moglie.

1) Quale impairment NON è coerente sulla base del quadro clinico sopra riportato?

- a) AROM ridotto in abduzione di spalla
- b) Deficit di forza in estensione di spalla
- c) Deficit sensitivo alla mano
- d) Deficit di forza del deltoide

2) Quali movimenti eviterebbe durante il trattamento di mobilizzazione dell'arto superiore sinistro del signor Claudio nella fase iniziale della riabilitazione?

- a) Evitare nella spalla sinistra: l'extrarotazione associata all'abduzione di 90° e l'estensione oltre 0°
- b) Evitare nella spalla sinistra: l'adduzione orizzontale
- c) Evitare nella spalla sinistra: l'abduzione
- d) Evitare nella spalla sinistra: la flessione

3) Quale di questi strumenti ritiene più adatto per valutare le capacità funzionali del signor Claudio?

- a) Scala Tinetti
- b) Scala DASH
- c) Scala Barthel
- d) Scala Roland and Morris Disability Questionnaire

4) Quali di queste strategie di trattamento è possibile applicare nella seconda settimana di trattamento?

- a) Esercizi eccentrici dei muscoli della spalla e della scapola fino ad arrivare progressivamente al massimo carico
- b) Esercizi contro resistenza dei muscoli della cuffia in tutto il range articolare di intra ed extrarotazione
- c) Esercizi di mobilità preferibilmente sul piano scapolare in un ROM protetto
- d) Esercizi pliometrici

5) Il signor Claudio riferisce la presenza di dolore a riposo: secondo la classificazione ICF il dolore è classificabile come:

- a) Una limitazione dell'attività
- b) Una restrizione alla partecipazione
- c) Una menomazione strutturale
- d) Una menomazione funzionale



PROVA PRATICA N. 3

CASO 1

Maria è una signora di 50 anni. In anamnesi patologica remota emerge che sei anni fa aveva avuto un episodio di diplopia, con concomitante astenia generalizzata a tutto il corpo. L'episodio era stato gestito in regime di ricovero ospedaliero presso il reparto di Neurologia. Durante tale ricovero la signora era stata trattata farmacologicamente e tutti i sintomi erano regrediti. Non aveva residuo di disabilità. Tre anni fa Maria aveva avuto un episodio simile, gestito egualmente in regime di ricovero ospedaliero. A seguito di tale episodio ha residuo un deficit di reclutamento muscolare generalizzato agli AAIL e in particolare al tibiale anteriore di destra, la marcia risulta instabile. Recentemente, 5 giorni fa, la signora Maria ha avuto un nuovo episodio caratterizzato da diplopia, instabilità marcata della marcia, debolezza e sensazione di fatica generalizzata. Alla RMN è emerso un coinvolgimento encefalico, non midollare. Nuovamente ricoverata in ospedale con diagnosi di sclerosi multipla, è stata presa in carico dal fisioterapista del reparto di Neurologia. Dalla valutazione fisioterapica emerge quanto segue: la paziente è orientata nel tempo e nello spazio, collaborante e compliant. Dichiara di sentirsi molto stanca e di aver talvolta timore di camminare. La diplopia è in graduale regressione. Al *Trunk Control Test* il punteggio è di 100/100, mentre il punteggio alla *Trunk Impairment Scale* non è completo, in particolare negli item che indagano la coordinazione del tronco. Agli arti superiori non si evidenziano deficit di reclutamento muscolare, mentre ad entrambi gli arti inferiori si registra un deficit muscolare generalizzato (MRC: 4-), all'arto inferiore destro il tibiale anteriore presenta un punteggio MRC 2. E' presente un deficit della sensibilità propriocettiva in tutte le direzioni di movimento della tibio-tarsica destra. Non sono presenti altri *impairment*. Alla paziente è stata somministrata la *Berg Balance Scale*, ottenendo un punteggio di 39 / 56. In particolare, nei primi 5 item ha raggiunto il punteggio massimo, mentre nei restanti 9 il punteggio è risultato maggiormente deficitario.

1) Il punteggio di 100/100 al Trunk Control Test significa clinicamente che:

- a) La signora è in grado di: girarsi da supina verso entrambi i decubiti laterali in autonomia; passare dalla posizione in decubito laterale alla posizione seduta in autonomia; rimanere seduta per 30 secondi in autonomia con l'appoggio dei piedi
- b) La signora è in grado di: girarsi da supina verso entrambi i decubiti laterali in autonomia; passare dalla posizione supina alla posizione seduta in autonomia; rimanere seduta per 30 secondi in autonomia senza l'appoggio dei piedi
- c) La signora è in grado di: girarsi da supina verso entrambi i decubiti laterali in autonomia; passare dalla posizione supina alla posizione seduta in autonomia; passare dalla posizione seduta alla posizione eretta e mantenerla per 30 secondi in autonomia
- d) La signora è in grado di: girarsi da supina verso entrambi i decubiti laterali in autonomia; passare in autonomia dalla posizione supina alla posizione seduta in long sitting; passare dalla posizione seduta alla posizione eretta e mantenerla per 30 secondi in autonomia

2) Indichi se assegnerebbe o meno alla signora Maria un ausilio per deambulare in reparto e in ambiente domestico:

- a) No, non è necessario
- b) Sì, un deambulatore
- c) Sì, una stampella dalla parte dell'arto inferiore destro
- d) Sì, un tripode dalla parte dell'arto inferiore destro

3) In che posizione il fisioterapista ha fatto mettere la signora Maria per valutare il muscolo tibiale anteriore e assegnare il punteggio MRC di 2?

- a) Posizione eretta in appoggio monopodalico
- b) Posizione prona
- c) Posizione sul fianco
- d) Stazione eretta bipodalica

4) Quali fasi del passo si aspetta siano alterate durante il cammino della signora Maria?

- a) Nel momento del contatto del tallone sinistro al suolo e durante la fase di oscillazione
- b) Nel momento del contatto del tallone destro al suolo e durante la fase di oscillazione
- c) Durante il doppio appoggio e la fase di oscillazione
- d) Durante il carico monopodalico a destra e la fase di oscillazione

5) Quale delle seguenti strategie è più indicata per prevenire la caduta e migliorare la sicurezza del passo in questa fase?

- a) Esercizi di rinforzo in flessione plantare
- b) Elettroterapia di stimolazione del gastrocnemio
- c) Esercizi di mobilizzazione passiva della tibio-tarsica
- d) Utilizzo di un'ortesi posteriore piede – caviglia

CASO 2

La signora Matilde, 64 anni, è un ex-insegnante di scuola elementare in pensione da tre anni. Abita al primo piano di un condominio, senza ascensore e senza corrimano nelle scale. Da anni soffre di artrosi all'anca destra, che nell'ultimo anno ha provocato un forte dolore (NRS 8), presente di giorno e di notte, che ha notevolmente influenzato la capacità di deambulazione. E' stata sottoposta ad un intervento programmato di artroprotesi non cementata all'anca destra effettuato con approccio tradizionale in accesso antero-laterale. L'ortopedico ha concesso un carico del 30% per i primi 15 giorni post-intervento, in seguito ha consigliato un aumento progressivo del carico con abbandono degli ausili a sei settimane dall'intervento. La signora Matilde viene presa in carico dal fisioterapista due giorni dopo l'intervento.

1) Quale obiettivo prioritario si porrebbe per i primi giorni post intervento?

- a) Migliorare la propriocezione dell'arto operato
- b) Prevenire le complicanze vascolari attraverso esercizi di pompaggio alla caviglia**
- c) Prevenire eventuali contratture in flessione dell'arto operato attraverso lo stretching in estensione forzata d'anca
- d) Rieducare alla deambulazione attraverso l'utilizzo di una canadese

2) Sapendo che è stato utilizzato un accesso antero-laterale, quali precauzioni di movimento terrebbe in considerazione nell'immediato post operatorio per educare la signora Matilde alle attività di vita quotidiana?

- a) Evitare la flessione d'anca oltre gli 80-90°, l'adduzione e l'intrarotazione
- b) Evitare la flessione d'anca oltre gli 80-90°, l'abduzione e extrarotazione
- c) Evitare la flessione d'anca oltre i 90°, l'estensione, l'adduzione e l'extrarotazione**
- d) Evitare l'estensione, l'adduzione e l'intrarotazione d'anca

3) Che indicazioni darebbe alla signora Matilde per la salita delle scale in questa fase iniziale?

- a) Per salire: utilizzare 2 canadesi, un gradino alla volta nella seguente sequenza: canadesi, arto inferiore sano, arto inferiore operato
- b) Per salire: utilizzare 2 canadesi, un gradino alla volta nella seguente sequenza: canadesi, arto inferiore operato, arto inferiore sano
- c) Per salire: utilizzare 2 canadesi, un gradino alla volta nella seguente sequenza: arto inferiore sano, canadesi, arto inferiore operato**
- d) Per salire: utilizzare una canadese tenuta con la mano destra, un gradino alla volta nella seguente sequenza: arto inferiore sano, canadese, arto inferiore operato

Dopo sei settimane dall'intervento, alla richiesta della Signora di deambulare senza ausili si nota, durante l'appoggio monopodalico a destra, una caduta del bacino dal lato sinistro.

4) Quale test effettuerebbe per valutare la menomazione funzionale che presenta la signora Matilde quando è in appoggio monopodalico a destra?

- a) Test di forza del medio gluteo di destra**
- b) Test di forza del medio gluteo di sinistra
- c) Test di forza del tensore della fascia lata di sinistra
- d) Test di forza del grande gluteo di destra

5) Quale scala validata utilizzerebbe per valutare i sintomi e le limitazioni funzionali della signora Matilde alla dimissione?

- a) Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS)**
- b) Rolland Morris Disability Questionnaire
- c) SF36
- d) Scala Dash

PROVA PRATICA N. 4



CASO 1

Il signor Carlo, ha 77 anni e vive con la moglie in un piccolo paese di periferia al 2° piano di una palazzina, senza ascensore. Da qualche anno presenta un decadimento cognitivo neurodegenerativo con disorientamento temporo-spaziale, deficit di memoria e disturbi comportamentali. Nel 2008 è stato sottoposto a impianto di pacemaker per gravi aritmie cardiache (fibrillazione atriale) e da allora è in terapia farmacologica con anticoagulanti e antipertensivi. Un mese fa viene trovato a terra in giardino dalla moglie, la quale chiama il 118 e viene ricoverato al Pronto soccorso. La Tac evidenzia immediatamente la presenza di focolaio emorragico in sede nucleo-capsulare sinistra. Alla valutazione neurologica la diagnosi è di emiparesi destra conseguente ad ictus cerebrale. Dopo 1 settimana, a condizioni cliniche stabilizzate, viene trasferito nell'Unità Operativa di Neuroriabilitazione. Il decadimento cognitivo associato alla malattia condizionano totalmente la vita del signor Carlo e necessita di assistenza in tutte le attività. I passaggi posturali letto-carrozzina sono possibili con l'aiuto di due operatori in quanto si ha uno scarso controllo del tronco da seduto e necessita di aiuto per eseguire tutti i trasferimenti. Attualmente non deambula. Nelle attività della vita quotidiana, il paziente è in grado di alimentarsi autonomamente e portare il bicchiere alla bocca. Presenta difficoltà nella produzione verbale ma è in grado di comprendere richieste semplici e contestuali. All'esame del reclutamento muscolare si evidenzia un deficit soprattutto a carico dell'arto superiore destro nei movimenti di flessione e abduzione oltre i 90° della scapolo omerale. A livello dell'arto inferiore, sono presenti tutti i movimenti con forza pari a 3, rispetto all'arto controlaterale. A volte è difficile capire quanto comprenda rispetto alla richiesta motoria. Le sensibilità termica e dolorifica degli arti paretici sono conservate mentre quella propriocettiva è di difficile valutazione. In posizione seduta si assiste a retropulsione del tronco e il signor Carlo si aggrappa al lettino con la mano sinistra per evitare di cadere.

1) Quale scala NON ritiene opportuno utilizzare per valutare le abilità motorie e funzionali del signor Carlo?

- a) FIM
- b) Trunk control test
- c) Barthel
- d) DASH

2) Quale proposta fisioterapica ritiene appropriata per migliorare il controllo del tronco da seduto?

- a) Paziente seduto sul letto con i piedi appoggiati al suolo, si chiede di raggiungere un target nello spazio personale
- b) Paziente seduto sul letto con i piedi non appoggiati al suolo, si chiede di raggiungere un target nello spazio personale
- c) Paziente seduto sul letto con i piedi non appoggiati al suolo, si chiede di raggiungere un target nello spazio extra-personale
- d) Paziente seduto sul letto con i piedi appoggiati al suolo, si chiede di raggiungere un target con entrambi gli arti superiori nello spazio extra-personale

3) In riferimento ai dati sopra descritti, indichi quale ausilio ritiene appropriato per facilitare gli spostamenti in sicurezza del signor Carlo in ambiente interno ed esterno

- a) Comoda
- b) Carrozzina pieghevole con cuscino antidecubito spinta da altra persona
- c) Seggiolone polifunzionale
- d) Deambulatore con appoggio antibrachiale

Dopo una settimana dalla presa in carico riabilitativa in regime di ricovero, in seguito ad un episodio infettivo, il signor Carlo è costretto a letto per sette giorni. Si assiste ad un aggravamento del quadro respiratorio e comparsa di lesioni da decubito sul malleolo esterno e tallone destro. A seguito dell'aggravamento e dopo visita fisiatrica, viene richiesta anche fisioterapia respiratoria. A una prima valutazione si rileva: frequenza cardiaca 80 battiti/minuti, pressione arteriosa 120/80 mmHg, frequenza respiratoria 24 atti al minuto, saturazione in aria ambiente 83%. Sono presenti abbondanti secrezioni viscosse e giallastre soprattutto al risveglio, la tosse è poco efficace. A riposo (a letto) è presente una dispnea pari a 2 della scala di Borg. All'auscultazione si rileva flusso ridotto alle basi bilateralmente con presenza di rumori a bolle.

4) Suggerisca agli operatori come sarebbe preferibile posizionare il signor Carlo durante il riposo pomeridiano, per facilitare la funzionalità respiratoria e favorire la guarigione della lesione sul tallone.

- a) Decubito laterale sul fianco sinistro, con arto inferiore destro flesso anteriormente e posto su un cuscino
- b) Decubito laterale sul fianco destro, con arto inferiore sinistro flesso anteriormente e posto su un cuscino
- c) Decubito supino con ginocchia leggermente flesse
- d) Decubito prono con arti inferiori leggermente flessi

5) In seguito all'ictus e all'emiparesi destra, il signor Carlo presenta segni di sublussazione scapolo-omerale e dolore alla spalla destra. Quale tra le seguenti strategie risulta più indicata per prevenire l'aggravamento e ridurre il rischio di dolore alla spalla paretica?

- a) Incoraggiare il paziente a eseguire da solo mobilizzazioni passive oltre i 120° di abduzione, senza supporto scapolare
- b) **Mantenere l'arto superiore sostenuto, evitare trazioni in flessione/abduzione elevate e favorire un corretto allineamento scapolo-omerale durante i passaggi posturali**
- c) Lasciare il braccio paretico libero e penzolante durante i trasferimenti, in modo da stimolare la propriocezione e ridurre la rigidità
- d) Applicare mobilizzazioni passive energiche, forzando la flessione di spalla per prevenire la retrazione capsulare

CASO 2

Il signor Flavio, pensionato, ha 75 anni. È alto 1,75 m, pesa 85 chili (BMI: 28) e fuma 20 sigarette al giorno. Vive con la moglie in una casa singola strutturata su un unico piano e raggiungibile tramite una rampa di gradini. Soffre di ipertensione arteriosa e di diabete insulino dipendente; nel 2010 ha subito un infarto miocardico acuto. In seguito ad una caduta ha riportato una frattura distale del radio di destra, trattata con approccio conservativo. È stato confezionato un gesso (che coinvolge il distretto compreso tra la parte distale delle metacarpo-falangee e la parte prossimale di radio e ulna) da mantenere per 30 giorni. Alla visita di controllo effettuata allo scadere dei 30 giorni la radiografia ha evidenziato un callo osseo discretamente avviato. Si riporta la presenza di un quadro di osteoporosi generalizzata al polso e alle dita. Il gesso è stato rimosso e l'ortopedico ha dato indicazione di iniziare un ciclo di fisioterapia per il recupero della mobilità del polso. Alla valutazione fisioterapica si rileva: PROM in estensione di polso: 30°, PROM in flessione di polso: 40°, entrambe di 40°, dolore alla mobilizzazione passiva e attiva 6/10.

1) Quali dati anamnestici riportati nel caso ritiene possano essere dei fattori prognostici negativi per il recupero del signor Flavio?

- a) **Diabete, osteoporosi, fumo**
- b) Diabete, osteoporosi
- c) Età, fumo
- d) Ipertensione arteriosa, BMI

2) Dove posizionerebbe il fulcro del goniometro per misurare il PROM in prono-supinazione dell'avambraccio destro?

- a) Nella punta del 1° dito
- b) Sull'ossa capitato
- c) **Sopra la testa del terzo osso metacarpale, con mano chiusa a pugno**
- d) Sulla tabacchiera anatomica

A distanza di 30 giorni dall'inizio della riabilitazione il signor Flavio inizia a lamentare tumefazione del polso e della mano destra, cute calda e umida, pelle arrossata e traslucida, polso dolente alla dorsiflessione (NRS: 9/10) con importante riduzione del range di movimento attivo e passivo, iperalgesia e allodinia. Il Medico, dopo l'invio del paziente a controllo, fa la diagnosi di Complex Regional Pain Syndrome (Algodistrofia) di stadio 1.

3) Quale strategia fisioterapica NON utilizzerebbe per il trattamento del signor. Flavio?

- a) Cauta mobilizzazione attiva del polso
- b) Magnetoterapia
- c) **Mobilizzazione passiva forzata del polso**
- d) Mirror Therapy

4) Se avesse dei dubbi relativi al miglior trattamento da effettuare, in quali fonti ricercerebbe una risposta alla sua domanda?

- a) **Linee guida o revisioni sistematiche**
- b) Linee guida o RCT
- c) Studi osservazionali o RCT
- d) Linee guida o case report

5) Come misurerebbe l'edema al polso e alla mano?

- a) Con metro a nastro, posizionandolo tra i due stiloidei ulnare e radiale
- b) Con il metro a nastro posizionandolo alla base della teste metatarsali
- c) **Con il metro a nastro posizionandolo secondo il metodo della "figura ad 8"**
- d) Attraverso la palpazione dei tessuti