



## MEDICINA DI GENERE:

dai percorsi evolutivi alla pratica clinica

Milano, 19 giugno 2018

Sala Pirelli c/o Regione Lombardia  
Via Fabio Filzi, 22

**Esiste un approccio di genere  
nei percorsi di  
riabilitazione?**



**Donatella Saviola**



Centro Cardinal Ferrari  
Santo Stefano Riabilitazione

# Il sistema di Riabilitazione

La riabilitazione è un complesso processo di soluzione di problemi e di educazione nel corso della quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte di vita, pur nei limiti della menomazione residua



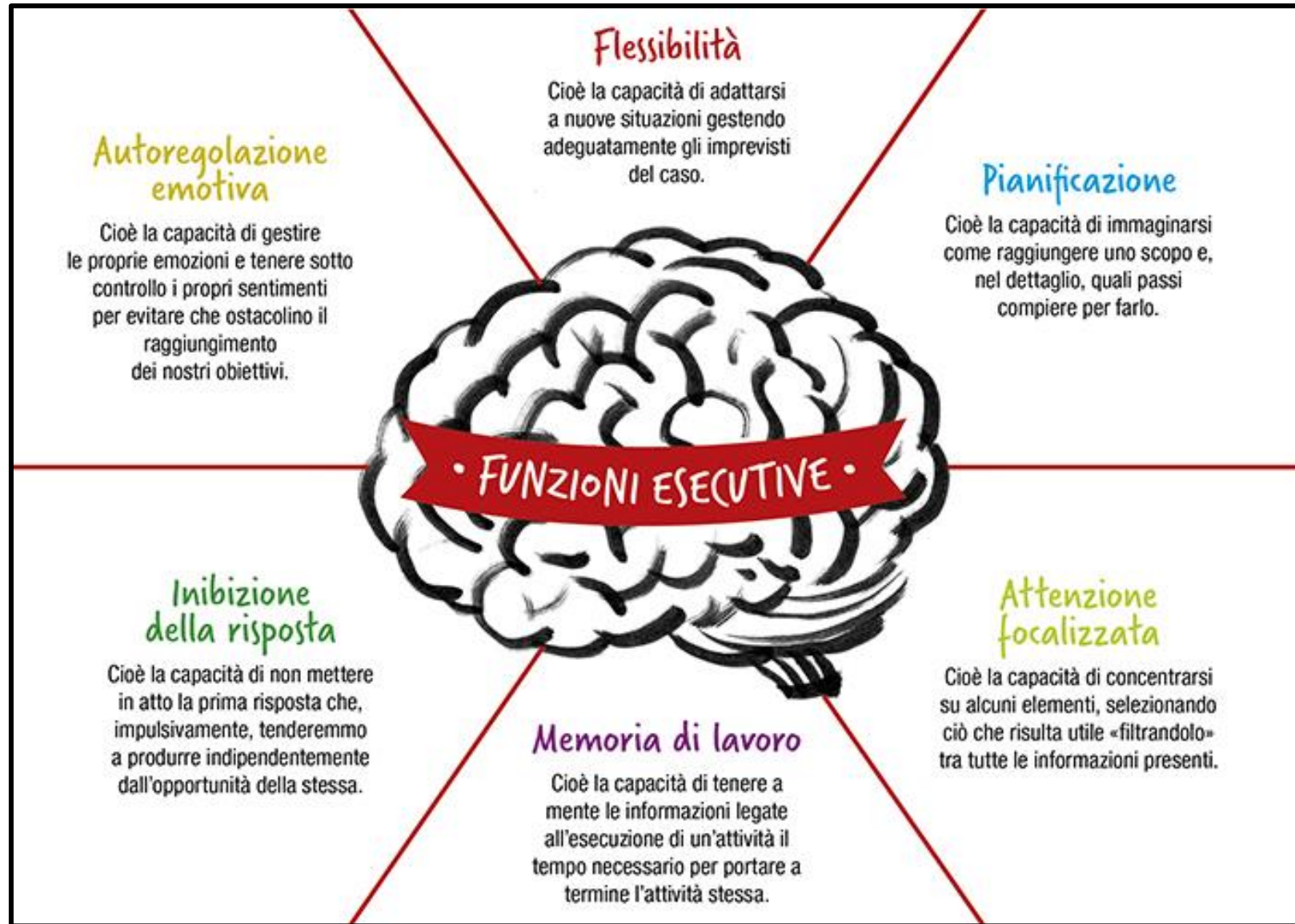
# GCA

Il termine Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) include una varietà di lesioni cerebrali acute di origine traumatica e non traumatica caratterizzate dalla presenza all'esordio di un periodo di coma (Glasgow Coma Scale  $\leq 8$ ) e dalla presenza contemporanea di deficit di natura sensoriale, motoria, cognitivo e comportamentale.

Le GCA non traumatiche sono secondarie a tumori cerebrali, anossia, emorragie e severe ischemie cerebrali, infezioni (encefaliti) ed encefalopatie tossico-metaboliche.

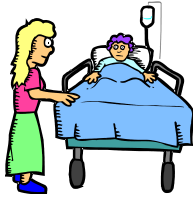


# Trauma Cranico e funzioni esecutive





# FASI DEL PERCORSO di CURA

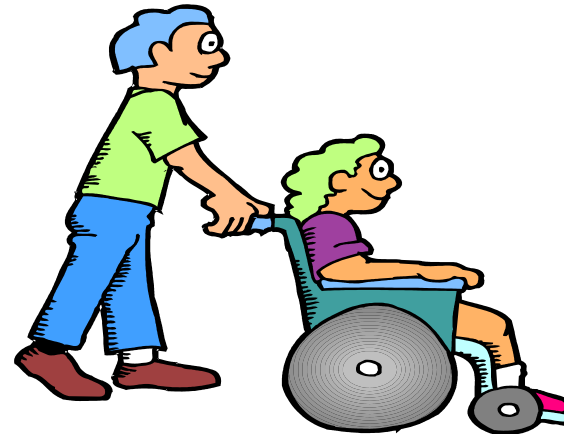


*Fase*  
**ACUTA**

**Supporto**  
**Addestra**  
**mento**  
**familiari**



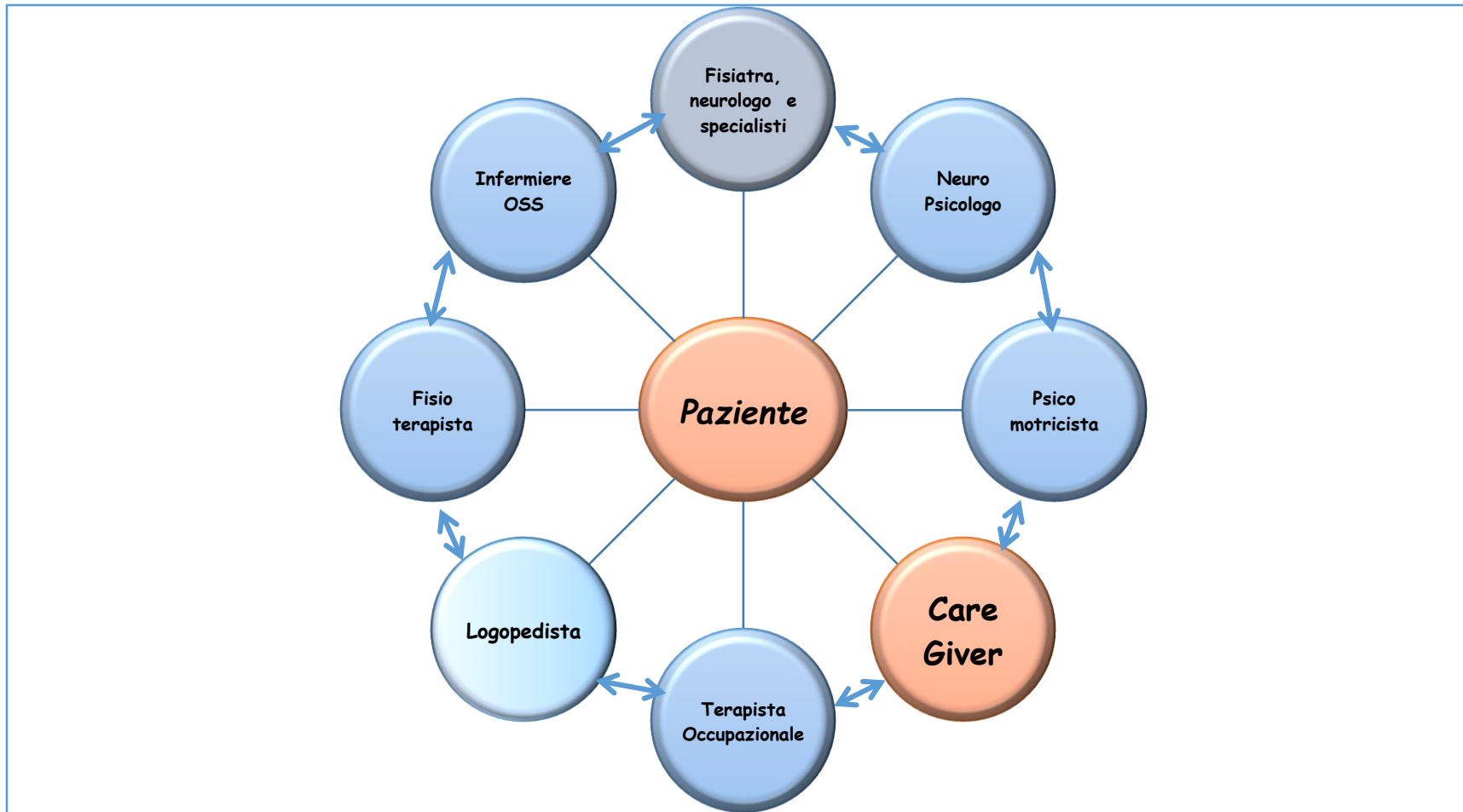
*Fase*  
**POSTACUTA**  
*ADL Primarie:*  
**Trasferimenti**  
**Igiene personale**  
**Abbigliamento**  
**Alimentazione**  
**Identificazione**  
**attività**



*Fase del rientro*  
*a domicilio*  
*Motivazione*  
*Sviluppo attività*  
*Partecipazione*  
*Supervisione*



# Il team riabilitativo



**La  
composizione  
del  
Team**

# Il team del Centro Cardinal Ferrari

Operatori Cardinal Ferrari	FEMMINE	MASCHI
<i>Medici</i>	<b>11</b>	<b>2</b>
<i>Infermieri</i>	<b>32</b>	<b>11</b>
<i>O.S.S e A.S.A.</i>	<b>40</b>	<b>12</b>
<i>Psicologi</i>	<b>5</b>	<b>0</b>
<i>Fisioterapisti</i>	<b>21</b>	<b>4</b>
<i>Terapisti Occupazionali</i>	<b>2</b>	<b>1</b>
<i>Logopedisti</i>	<b>5</b>	<b>0</b>
<i>Psicomotricisti</i>	<b>2</b>	<b>0</b>
<i>Educatori</i>	<b>1</b>	<b>1</b>
<i>Amministrativi</i>	<b>4</b>	<b>1</b>
<i>Reception-Portineria</i>	<b>4</b>	<b>0</b>
<i>Pulizie</i>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>TOT</b>	<b>132</b>	<b>33</b>

**Femmine:  
80%**



Da uno studio multicentrico in 52 Centri riabilitativi italiani, condotto nel periodo 2001-2003, con 2626 pazienti con trauma cranico reclutati, emerge la seguente distribuzione:  
78% maschi  
22% femmine

**Rehabilitation of traumatic brain injury in Italy:  
A multi-centred study**

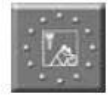
M. ZAMPOLINI<sup>1</sup>, B. ZACCARIA<sup>2</sup>, V. TOLLI<sup>3</sup>, A. FRUSTACI<sup>4</sup>,  
& M. FRANCESCHINI<sup>5</sup> on behalf of GISCAR Group\*

*Brain Injury*, January 2012; 26(1): 27–35





In uno successivo studio multicentrico in 29 Centri riabilitativi italiani, condotto nel periodo 1 giugno 2008 – 30 aprile 2011, sono stati reclutati 1469 pazienti al primo ricovero riabilitativo a seguito di GCA



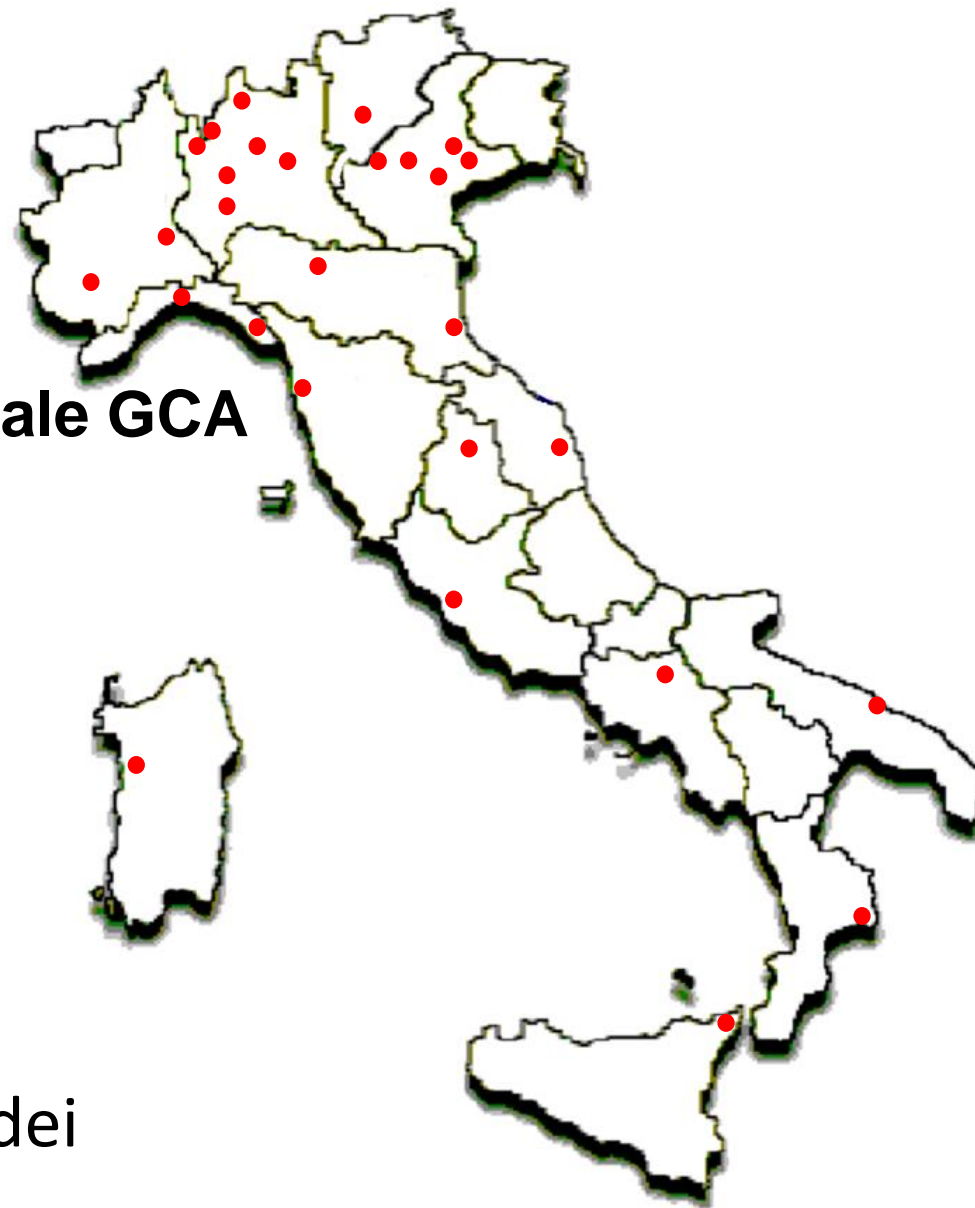
EUR J PHYS REHABIL MED 2013;49

**The Italian National Registry of severe acquired brain injury: epidemiological, clinical and functional data of 1469 patients**

R. AVESANI <sup>1</sup>, L. RONCARI <sup>2</sup>, M. KHANSEFID <sup>1</sup>, R. FORMISANO <sup>3</sup>, P. BOLDRINI <sup>4</sup>  
M. ZAMPOLINI <sup>5</sup>, S. FERRO <sup>6</sup>, A. DE TANTI <sup>7</sup>, F. DAMBRUOSO <sup>1, 2</sup>

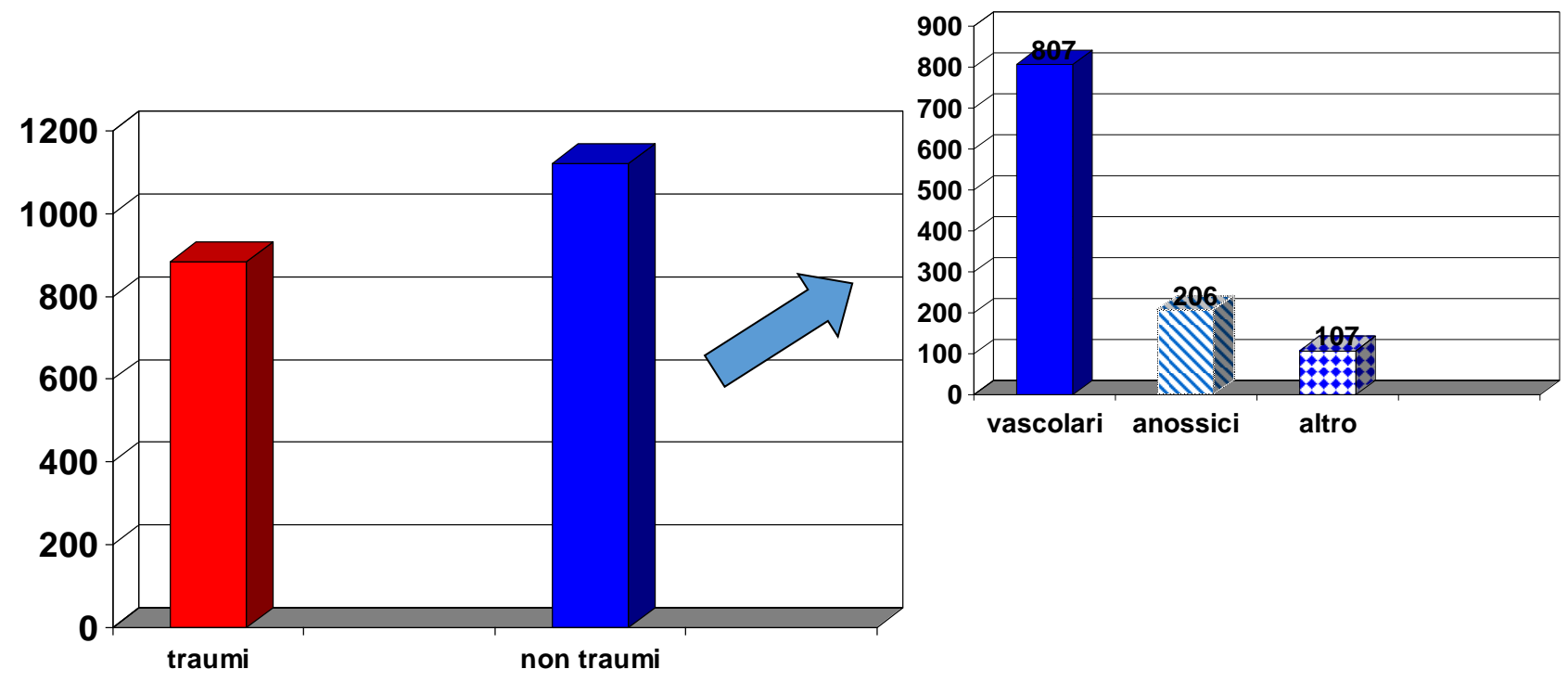


## **Il Registro Inter-regionale GCA**



Distribuzione geografica dei  
centro partecipanti alla  
banca dati

### Composizione del campione:



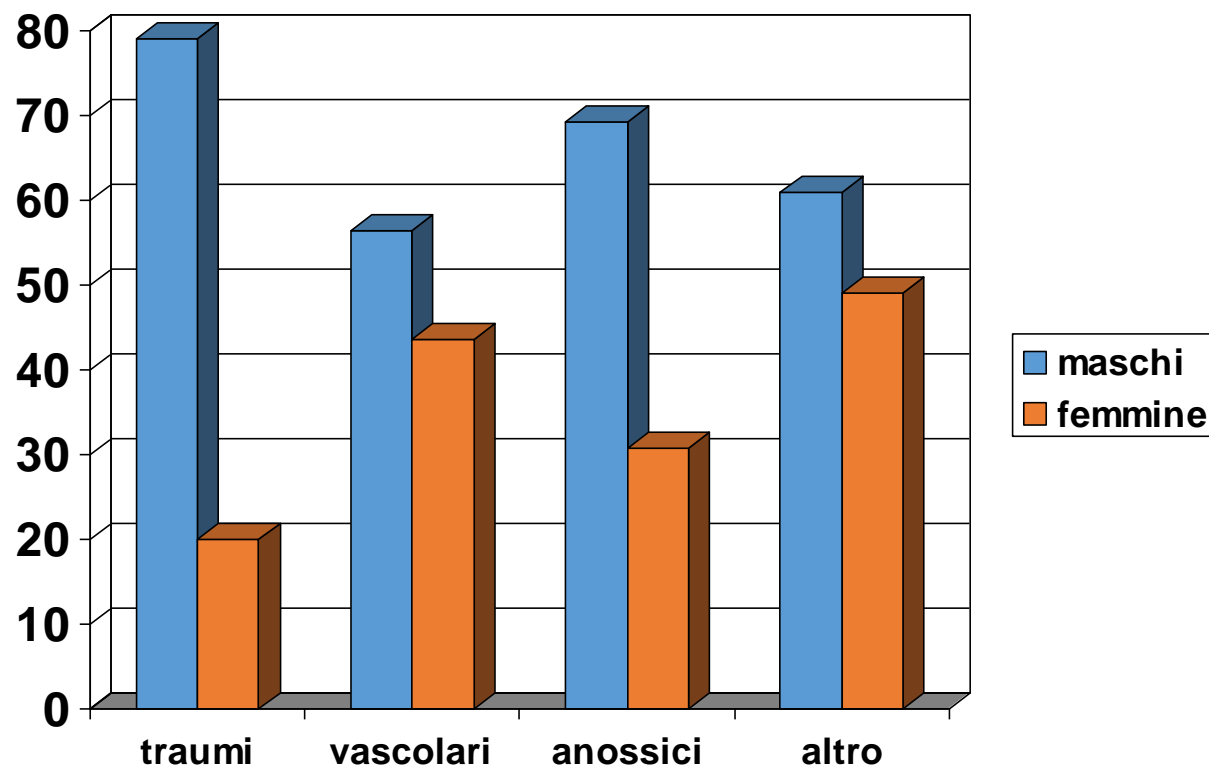
## ***IL FATTORE EZIOLOGIA***

**La percentuale delle forme non traumatiche è  
in progressivo aumento in Italia:**

<b>anni</b>	<b>studio</b>	<b>TCE</b>	<b>nTCE</b>
<b>2001/03</b>	<b>GISCAR</b> <i>Zampolini 2011</i>	<b>58.4%</b>	<b>41.6%</b>
<b>2008/11</b>	<b>R. It. GCA</b> <i>Avesani 2011</i>	<b>44%</b>	<b>56%</b>



## Suddivisione per sesso



**A parità di livello di compromissione funzionale e di età, i soggetti di sesso femminile hanno una maggiore aspettativa di vita dopo GCA**



**Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**

journal homepage: [www.archives-pmr.org](http://www.archives-pmr.org)

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2015;96:994-9



**ORIGINAL RESEARCH**

**Long-Term Survival After Traumatic Brain Injury  
Part I: External Validity of Prognostic Models**

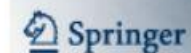


Jordan C. Brooks, PhD, MPH,<sup>a</sup> Robert M. Shavelle, PhD,<sup>a</sup> David J. Strauss, PhD,<sup>a</sup>  
Flora M. Hammond, MD,<sup>b</sup> Cynthia L. Harrison-Felix, PhD<sup>c,d</sup>



**Nelle persone che tornano a vita attiva dopo evento disabilitante emergono priorità diverse di «partecipazione»:  
nei maschi obiettivo principale è il ritorno a lavoro full-time  
nelle femmine la priorità è il recupero della gestione Familiare (in rapporto al numero dei figli) e poi un lavoro part time**

**I programmi di terapia occupazionale e vocational therapy devono tenere conto di queste variabili per offrire programmi riabilitativi coerenti con le aspettative dei pazienti**



**JOURNAL OF OCCUPATIONAL  
REHABILITATION**

▶ [springer.com](http://springer.com)

[J Occup Rehabil.](#) 2015; 25(2): 368–377.

Published online 2014 Oct 16. doi: [10.1007/s10926-014-9545-2](https://doi.org/10.1007/s10926-014-9545-2)

PMCID: PMC4436658

PMID: [25319539](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25319539/)

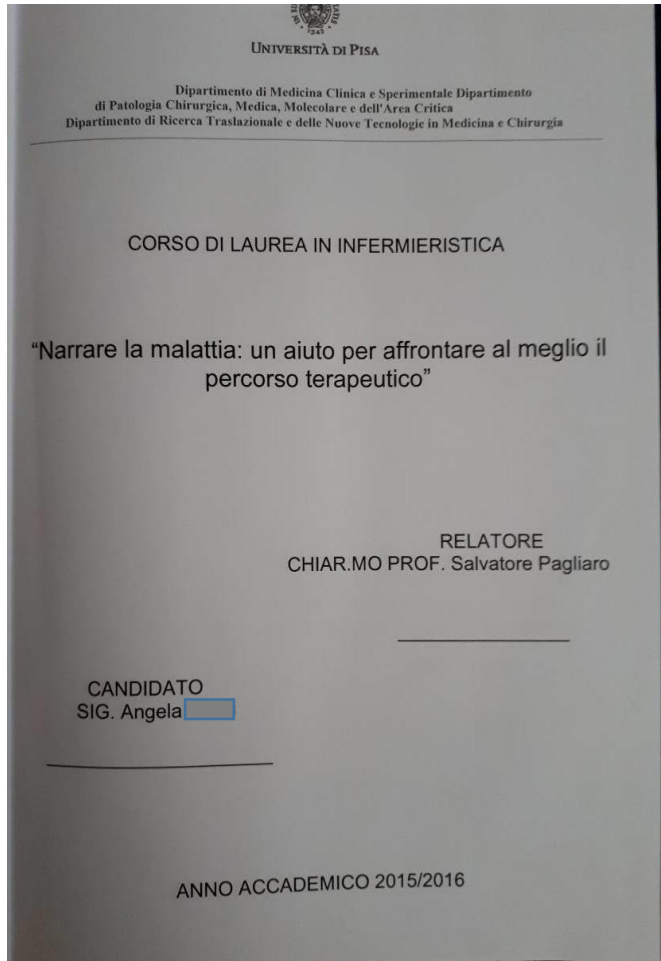
**Importance of Participation in Major Life Areas Matters for Return to Work**

[Lisbeth Kvam](#), [Kjersti Vik](#), and [Arne Henning Eide](#)



**GraveTC a 17aa (LCF 6): dalla preparazione di una torta in autonomia (iniziale aprassia, anosognosia, deficit di memoria, di programmazione) alla maturità classica a 19 aa, iscrizione all'Università e attuale percorso di valutazione/riabilitazione per guida sicura di auto**





**Angela dal trauma cranico (GCS 3) a 15 aa al conseguimento della laurea all'età di 29 anni**

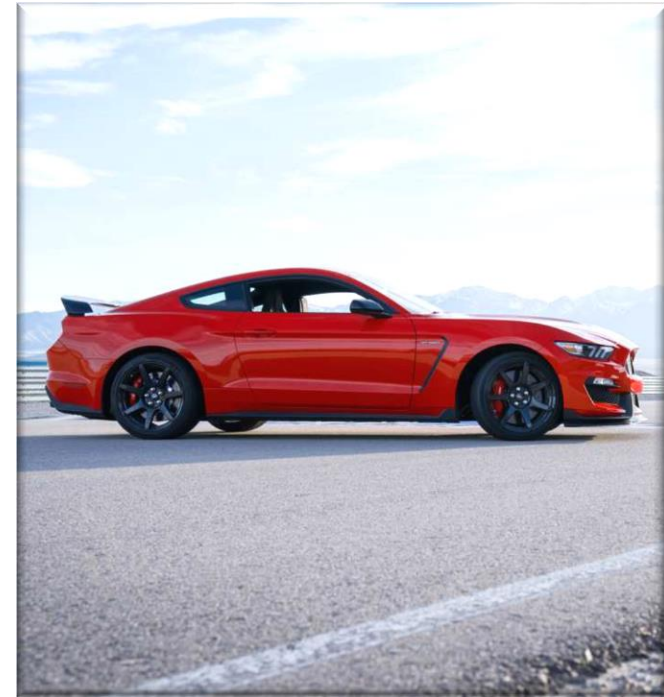


## Caso Clinico A.V.

Ricovero D.H. al CCF a distanza di 3 anni e 8 mesi dal TCE (29 aa)

Attività sociali: dopo esperienza dei laboratori di T.O. ha intrapreso attività amatoriale di teatro. Ha un numero ampio di relazioni amicali e relazioni sentimentali, anche se non stabili. Recente ripresa della attività lavorativa come perito informatico

Progetto ritorno alla guida: dopo controllo delle crisi epilettiche, con terapia specifica, ha superato le valutazioni del nostro programma e ottenuto Patente B speciale e ... ha comprato due macchine costose negli ultimi due anni, a conferma dell'uso ancora disinvolto del denaro



# Le priorità

- Individuare le abilità deficitarie del paziente attraverso sostanzialmente due tipi di approccio:
- Approccio di recupero con sviluppo e ripristino di attività persistenti
- Approccio di compenso con modifica o adattamento dell'ambiente e delle attività per migliorare le abilità residue





# Gli scopi

- Favorire attività di problem-solving (reperimento dei materiali, ripartizione dei compiti, organizzazione del lavoro)
- Compiti Mnesici (stesura di un calendario dell'attività e definizione dei tempi per la realizzazione)
- Esercizi di nosognosia e senso critico (analisi delle difficoltà incontrate)
- Incremento l'autostima
- Incremento della socializzazione con individuazione di un leader all'interno del gruppo
- Possibile personalizzazione progetto attraverso l'individuazione di un tutor pari





# Importanza del setting: Orto-giardino in interno



# Orto-Giardino in Esterno





# Gruppo falegnameria

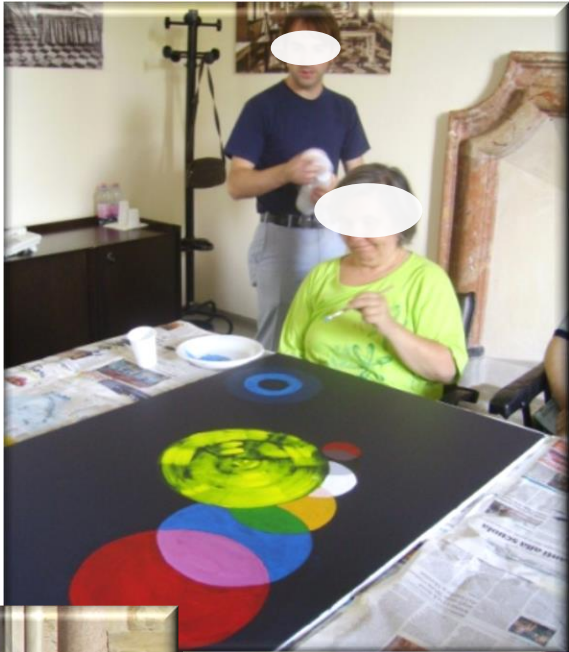


# Gruppo cucina





# Arte-Therapia



# Simulatore di guida pista protetta e adattamenti





# Ripetute prove su strada



## **Ritorno alla guida dopo GCA**

**In un campione di 187 pazienti con esiti di GCA, reclutati nel periodo 2006/2015 dopo loro adesione ad un progetto di valutazione e preparazione al ritorno alla guida in sicurezza di un autoveicolo, 83% dei soggetti erano maschi (156 contro 31 femmine)**

**Impact of epilepsy after severe brain injury on safe resumption of driving: two-year follow-up**

**Functional Neurology 2018;33(1):7-18**

Donatella Saviola, MDa  
Antonio De Tanti, MDa  
Simonetta Delsoldato, MDa  
Margherita Chiari, MDa  
Maria Grazia Inzaghi, Psyb  
Francesco Baldari, Eng c





**VITTIME** della lesione cerebrale con  
gravi esiti permanenti

**PAZIENTE**

**FAMIGLIA** (coniuge,  
genitori, figli, ecc)

# FASI DELLA FAMIGLIA

- Fase acuta: di **"AMMISSIONE"**
- Fase post-acuta: della **"RIABILITAZIONE"** che comporta un **CARICO OGGETTIVO** con problemi quotidiani e assistenziali e **SOGGETTIVO** legato a difficoltà psicologiche e meccanismi di difesa, di negazione, allo scambio dei ruoli
- Fase cronica: di **"RIENTRO"** preparazione e di addestramento per il ritorno a domicilio

**Analizzando la composizione di un piccolo campione Italiano di care givers di persone con GCA emerge che il care giver prevalente è:**  
**Femmina 74,5 % (madi, mogli, sorelle)**  
**Maschio 26,5 % (padri, fratelli, altri parenti)**

EURA MEDICOPHYS 2005;41:265-73

**The effects of traumatic brain injury  
on patients and their families**

A follow-up study

M. G. INZAGHI<sup>1</sup>, A. DE TANTI<sup>2</sup>, M. SOZZI<sup>3, 4</sup>





## Studio su GRUPPO di FAMILIARI di pazienti portatori di esiti di GCA al Centro Cardinal Ferrari

- Totale di 39 partecipanti, reclutati in sei mesi, per 29 pazienti ricoverati in reparto di riabilitazione intensiva. Costituzione di un gruppo aperto. Ai partecipanti veniva somministrato un questionario in ingresso e in uscita. Sono state svolte sedute settimanali di un ora e 1/2 con 7-8 partecipanti in presenza di un terapeuta

### Costituzione del campione:

- 13 madri, 1 sorella, 1 nonna, 12 mogli, 5 conviventi
- 3 padri, 3 mariti, 1 amico

TOTALE: 32 donne / 7 uomini

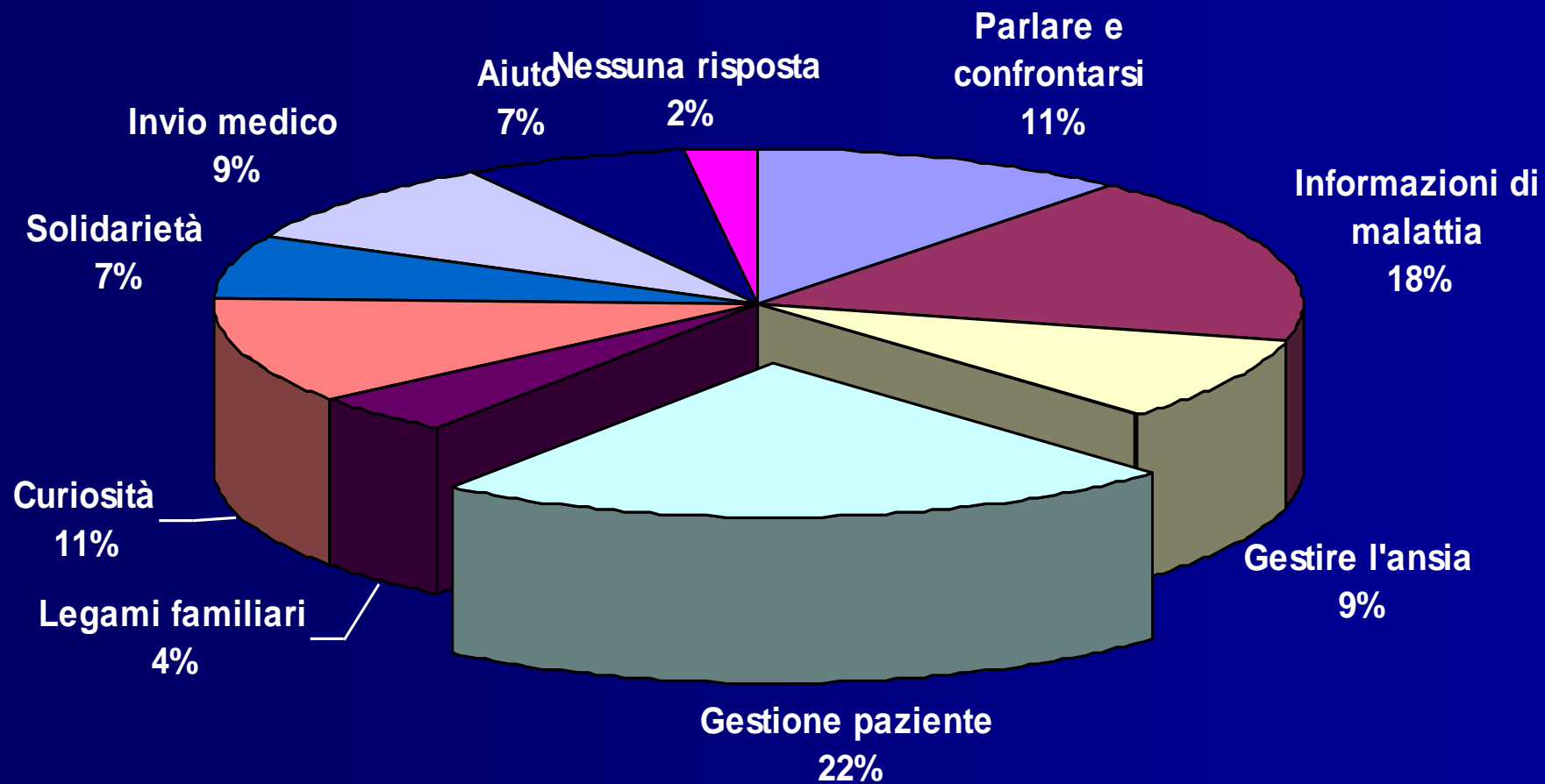


# GRUPPO PER FAMILIARI

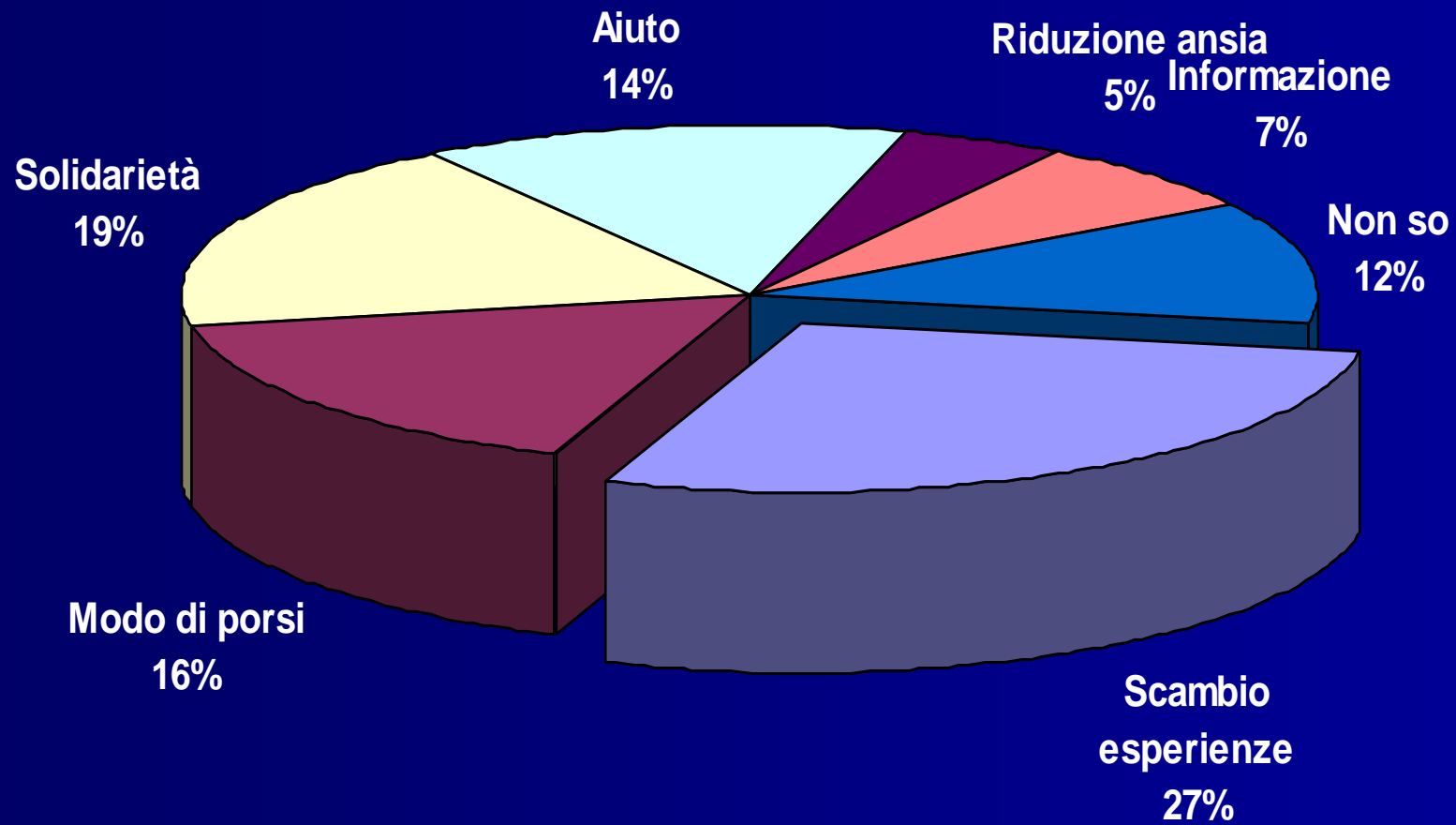
## OBIETTIVI

- ✓ Fornire uno spazio di contenimento emotivo
- ✓ Evitare l'isolamento sociale
- ✓ Salvaguardare e incrementare l'autostima e il sostegno reciproco
- ✓ Favorire l'individuazione di nuove strategie e risorse

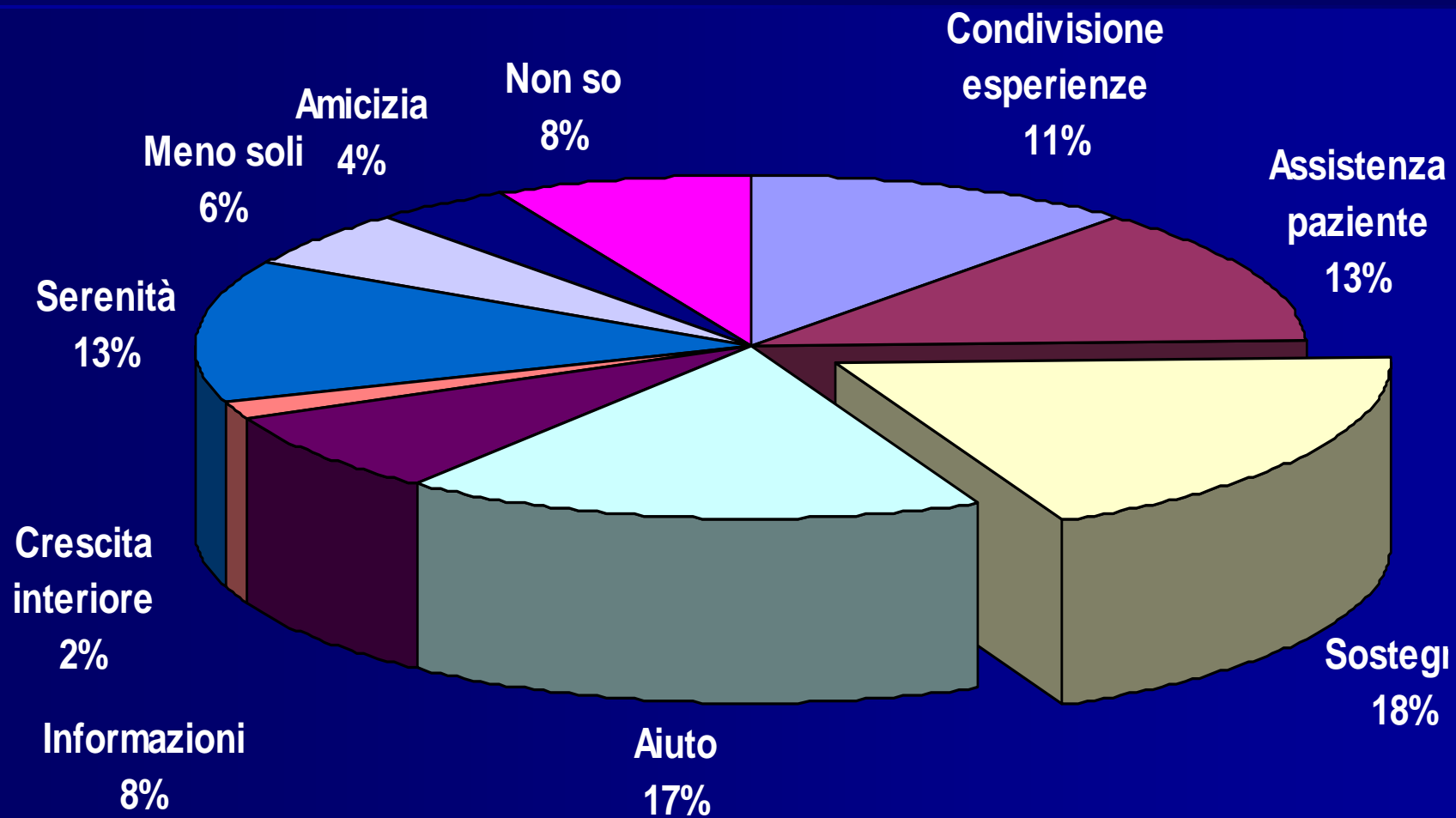
# MOTIVAZIONE INIZIALE



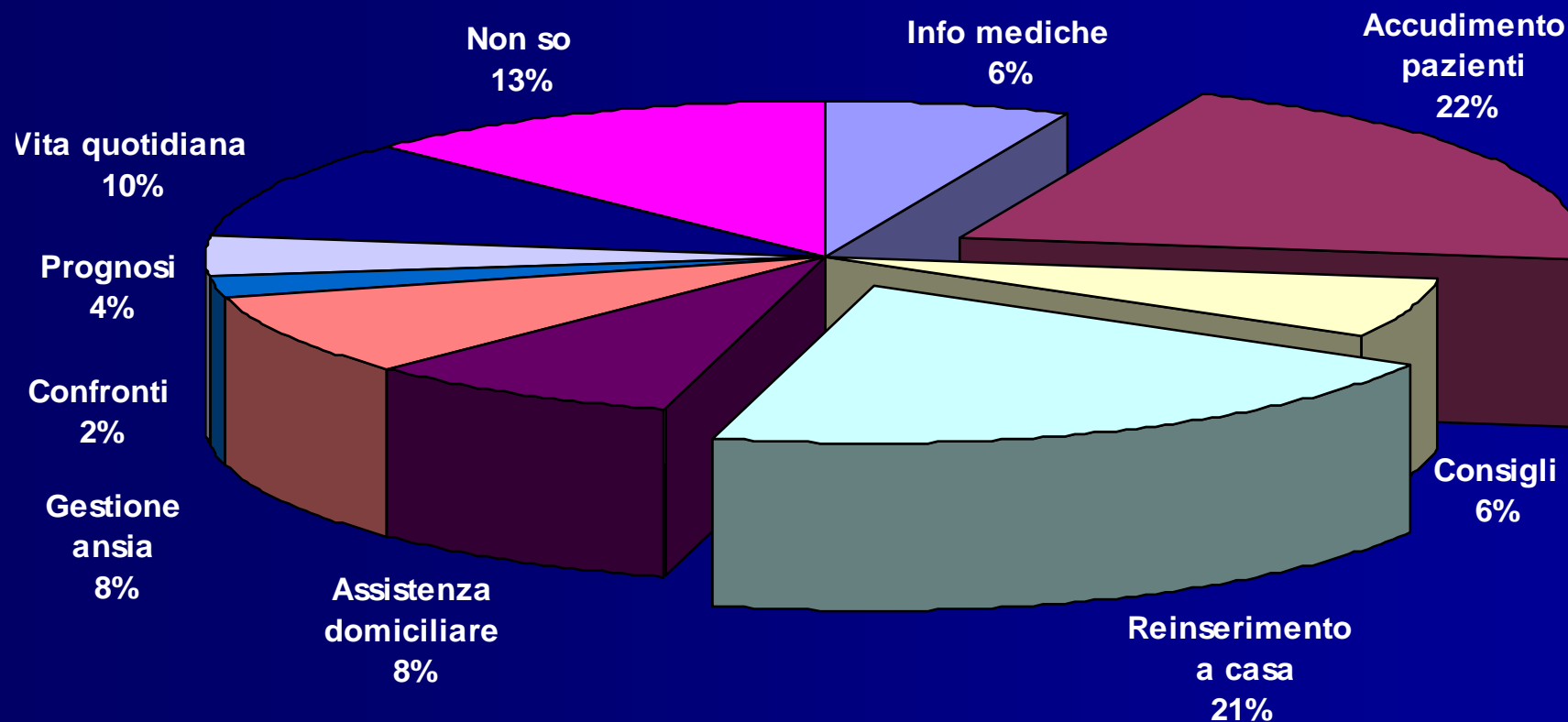
# ASPETTATIVE



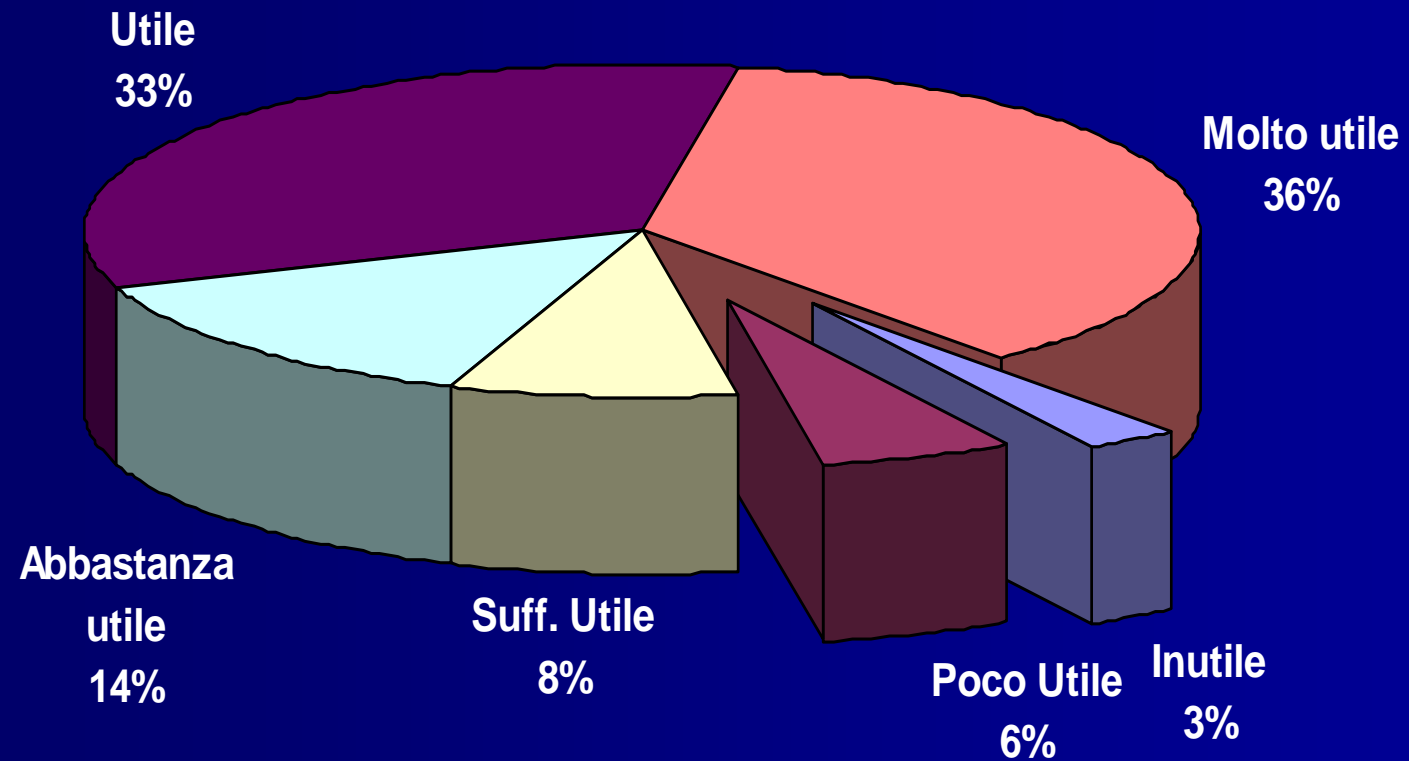
# UTILITA'



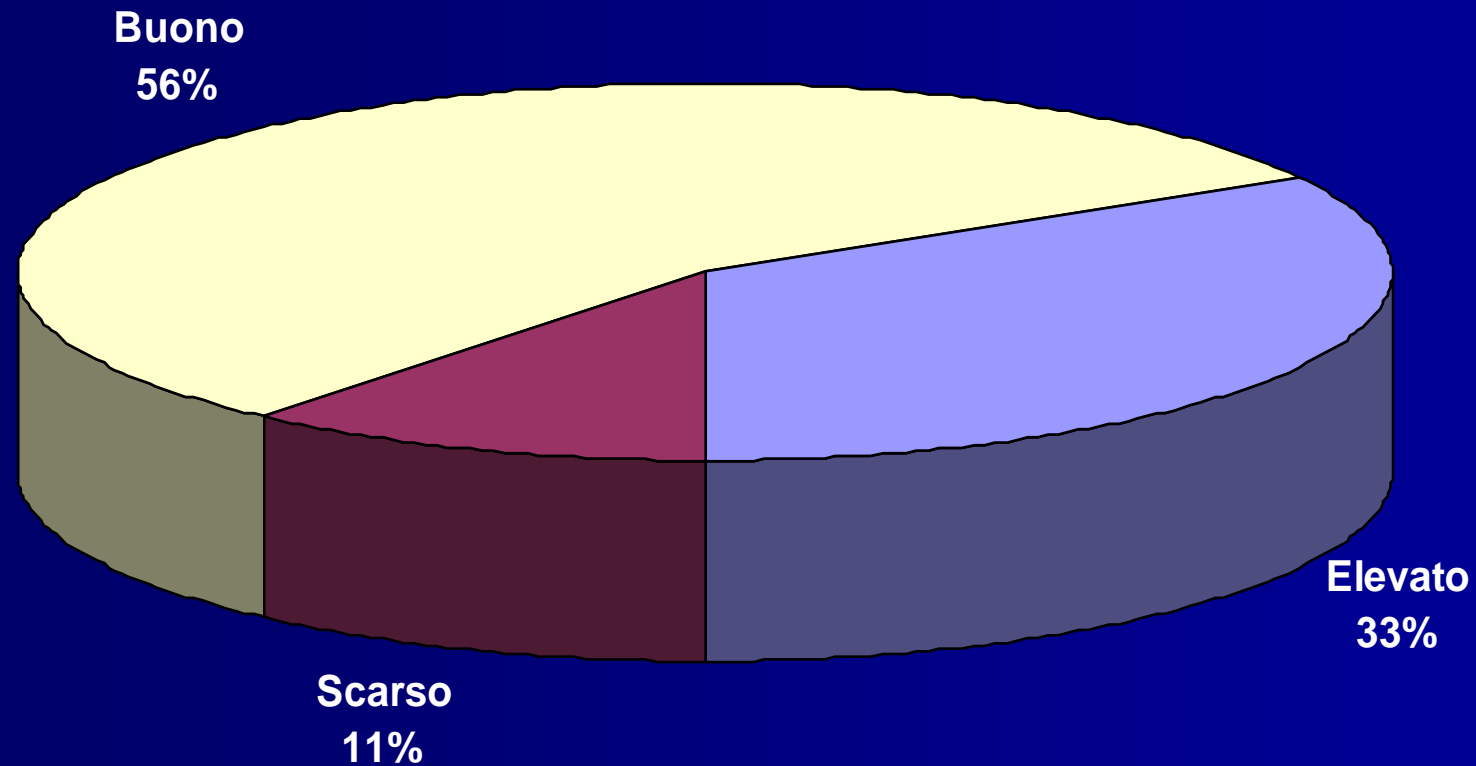
# TEMATICHE PROPOSTE



# GRADO DI SODDISFAZIONE



# SOSTEGNO EMOTIVO TRA I PARTECIPANTI





# Tipi di famiglie

- Familiari che tendono a negare la malattia delegando completamente agli operatori
- Famiglie che divengono iperprotettive e sviluppano un'angoscia da prestazione, un controllo di tipo polemico sulla quantità e sulla qualità delle cure prestate
- Nuclei familiari che reagiscono con sfiducia e diffidenza rispetto alle competenze dei medici e degli infermieri di reparto

(Lorio, 2004)

## **Conclusioni su GCA e Gender**

- **Gli operatori del team riabilitativo sono in prevalenza donne.**
- **Nel tempo si è modificata l'eziologia nelle persone con GCA ricoverate in riabilitazione intensiva ma resta invariata la forte prevalenza nell'incidenza dei pazienti di sesso maschile.**
- **L'appartenere al sesso femminile sembra protettivo rispetto alla sopravvivenza a lungo termine.**
- **I care-givers più coinvolti nell'accudimento del paziente, soprattutto se con grave disabilità, sono in gran parte donne.**





*Chi offre la terapia (i sanitari) colma il bisogno di chi la richiede (la famiglia) senza prendere in considerazione chi la riceve (il malato)*