

**Esiti in psicologia e psicoterapia.
La pratica clinica basata sulle evidenze.
Dare valore agli interventi psicologici.**

Sabato 21
Marzo 2015

Centro Culturale
Paolino d'Aquileia
UDINE



Esiti in psicologia della riabilitazione cognitiva e neuropsicologica

Paolo Lindaver

Dirigente Psicologo

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 "Friuli Centrale"

Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione Gervasutta

SOC Dipartimento di Medicina Riabilitativa

SOS Unità di Riabilitazione delle turbe Neuropsicologiche Acquisite

Esiti in psicologia della riabilitazione cognitiva e neuropsicologica

- Contesto normativo e istituzionale di intervento
- Modelli, Metodi e strumenti utilizzati
- Valutazione degli esiti psicologici e funzionali

Contesto normativo e istituzionale di intervento

- *Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione* Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998. (Pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n. 124).
- *Piano di Indirizzo per la Riabilitazione*. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano – 10 febbraio 2011 (Pubblicato in Gazzetta Ufficiale 2 marzo 2011, n. 50).
- Regione Friuli Venezia Giulia – *Piano regionale della riabilitazione* 2005.
- DGR 1309/2012 . Allegato “Il percorso clinico assistenziale delle persone con grave cerebrolesione acquisita e la rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia”

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

L'Unità di riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite (URNA) è una struttura operativa di *alta specialità riabilitativa* espressamente destinata ad affrontare le complesse problematiche relative ai disturbi cognitivi, emotivi, comportamentali e relazionali delle persone con danni cerebrali acquisiti e dei loro famigliari.

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

Le sue attività diagnostiche e terapeutico-riabilitative sono rivolte a persone adulte con esiti di traumi cranici, di accidenti vascolari-cerebrali, di neoplasie e di processi infiammatori cerebrali, nelle quali siano indicate *attività sanitarie di riabilitazione* (finalizzate a contenere o minimizzare la loro disabilità) o *attività di riabilitazione sociale* (finalizzate a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative).

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

L'URNA, essendo l'alta specialità di riferimento per la riabilitazione neuropsicologica di tutti i danni cerebrali acquisiti, è chiamata a dare il suo contributo all'interno di reti regionali di patologia previste dalla Regione dedicate alle gravi cerebrolesioni acquisite, ai traumi e agli ictus.

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

Inoltre l'URNA svolge attività di sostegno psicologico e psicoterapia per assistiti dell'Unità Spinale e delle altre strutture operative dell'IMFR.

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

ORGANIGRAMMA

- Responsabile di SOS: Dirigente medico esperto in neuroriabilitazione.
- Personale di area psicologica: 3 Dirigenti psicologi esperti in neuropsicologia.
- Personale tecnico riabilitativo: 1 coordinatrice, 5 logopediste.

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE
NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

Dirigente Psicologo

Ruolo Professionale: Dirigenza Sanitaria

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

Finalità del Ruolo di Dirigente Psicologo:

- Responsabilità diretta tecnico-specialistica all'interno dei processi assistenziali.
- Valutazione e diagnosi dei disordini cognitivi, comportamentali ed emotivo-relazionali.
- Progettazione, traduzione, adattamento, implementazione, realizzazione e coordinamento, nell'uso di strumenti di valutazione e nella realizzazione di interventi di riabilitazione neuropsicologica.

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

Finalità del Ruolo di Dirigente Psicologo :

- Collaborazione diretta ai processi di elaborazione e revisione delle procedure.
- Collaborazione diretta ai processi di implementazione e controllo della qualità.
- Promozione della crescita e dell'aggiornamento professionale del personale anche con attività di formazione diretta rispetto alle competenze tecnico-specialistiche proprie del ruolo.

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

Competenze del ruolo di Dirigente Psicologo :

- Raccolta anamnesi. Valutazione neuropsicologica e diagnosi degli aspetti cognitivi, emotivi, comportamentali e relazionali. Refertazione. Stesura e coordinamento dei programmi riabilitativi neuropsicologici dei pazienti ricoverati. Stesura e coordinamento del progetto riabilitativo dei pazienti ambulatoriali. Raccolta del consenso informato.
- Conoscenze teorico/pratiche e applicazione di strumenti neuropsicologici di misura e di classificazione delle funzioni, delle attività, della partecipazione e della qualità di vita.

Contesto normativo e istituzionale di intervento

URNA - UNITÀ DI RIABILITAZIONE DELLE TURBE NEUROPSICOLOGICHE ACQUISITE

Competenze del ruolo di Dirigente Psicologo :

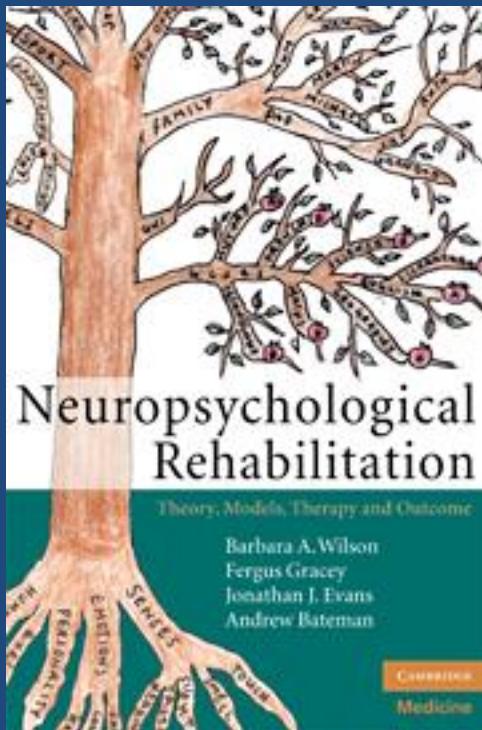
- Conoscenze teorico/pratiche e applicazione di tecniche e protocolli di riabilitazione neuropsicologica degli aspetti cognitivi, emotivi, comportamentali e relazionali.
- Sostegno psicologico e psicoterapia.
- Attività di promozione della EBM, della misurazione degli obiettivi, della formazione continua quali strumenti per migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi.

Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

- Riabilitazione Neuropsicologica/Cognitiva.
- Modelli di trattamento

Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA



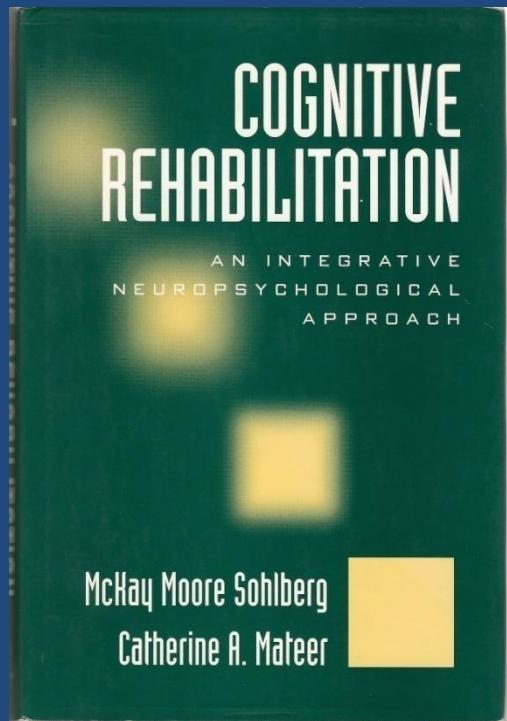
Barbara Wilson, 2009

“La Riabilitazione Neuropsicologica ha lo scopo di permettere alle persone con deficit cognitivi, emotivi o comportamentali di raggiungere il loro massimo potenziale nei domini del funzionamento psicologico, sociale, lavorativo, della vita quotidiana, del tempo libero.” (p. xi)

Essa deriva i suoi modelli e metodi operativi perlopiù dagli ambiti di conoscenza della neuropsicologia e della psicologia sperimentale (neuroscienze cognitive), della psicologia dell'educazione, della psicologia clinica.

Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

RIABILITAZIONE COGNITIVA



Mckay Moore Sohlberg e Catherine A. Mateer, 2001

“..Il termine *riabilitazione cognitiva* era forse troppo ristretto, e si focalizzava pesantemente solo sul restituire o compensare il decremento delle abilità cognitive. Il termine *riabilitazione delle persone con menomazione cognitiva* probabilmente cattura meglio l'enfasi sugli *individui* con cerebrolesione che è, e sempre sarà, l'obiettivo fondamentale della riabilitazione cognitiva. Sebbene la restituzione e la compensazione continuano ad essere perni fondamentali degli sforzi riabilitativi con queste persone, gli ultimi 25 anni hanno permesso di apprezzare maggiormente l'influenza delle variabili contestuali; l'impatto sociale, emozionale, personale della lesione cerebrale, e la loro interazione con la funzione cognitiva” . (p. 3)

Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

MODELLI DI TRATTAMENTO

- Modelli Comprehensive-Holistic Globali-Olistici (Wilson, 2005)
- Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici (Robertson, 2005)

Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

MODELLI DI TRATTAMENTO

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

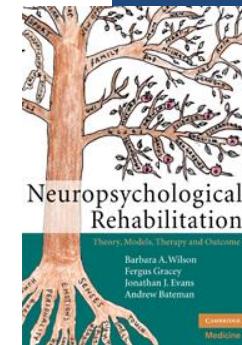
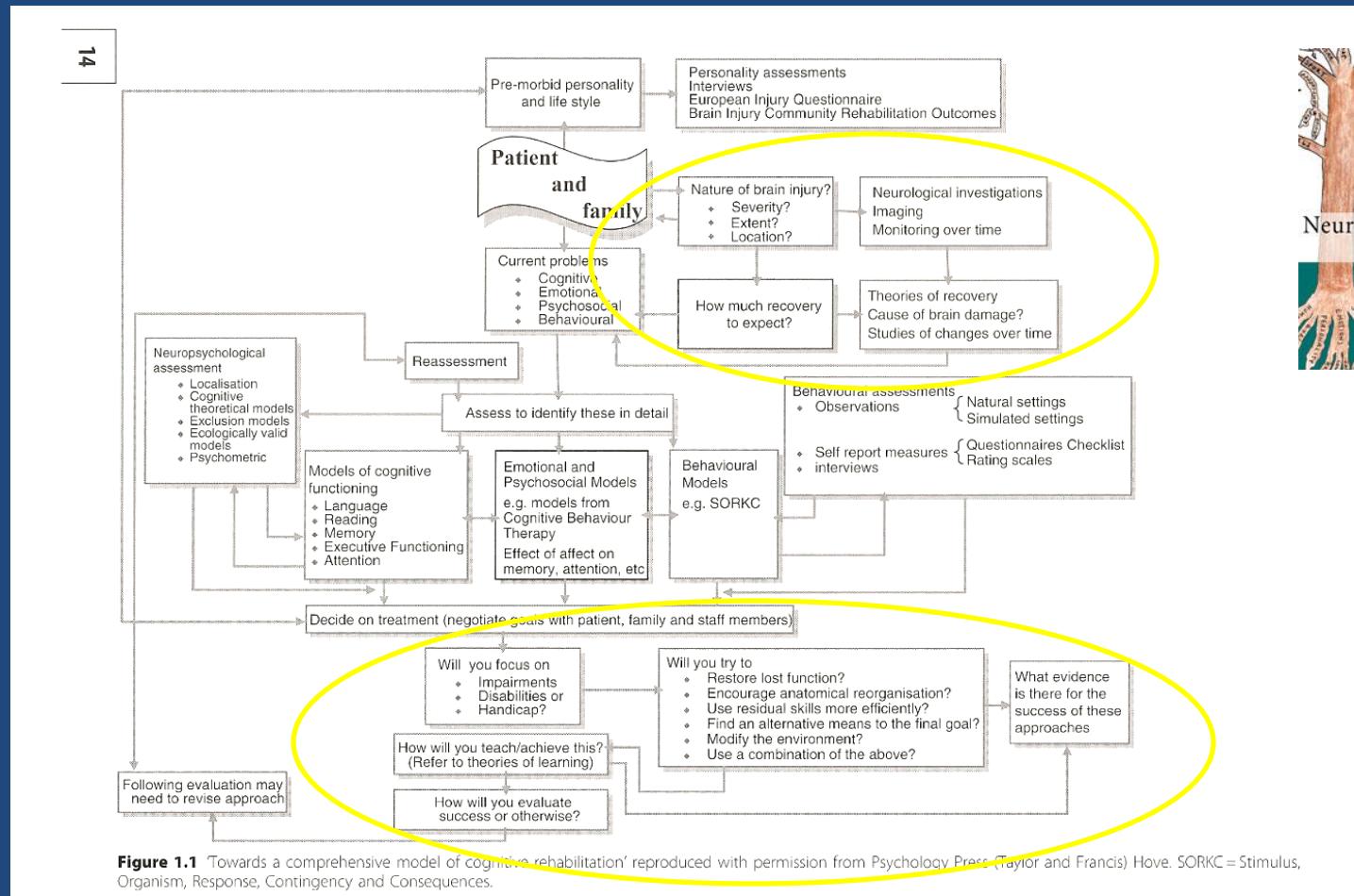
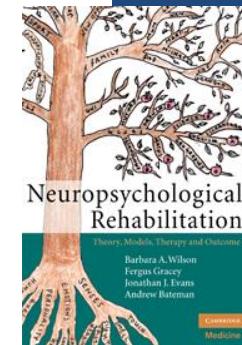
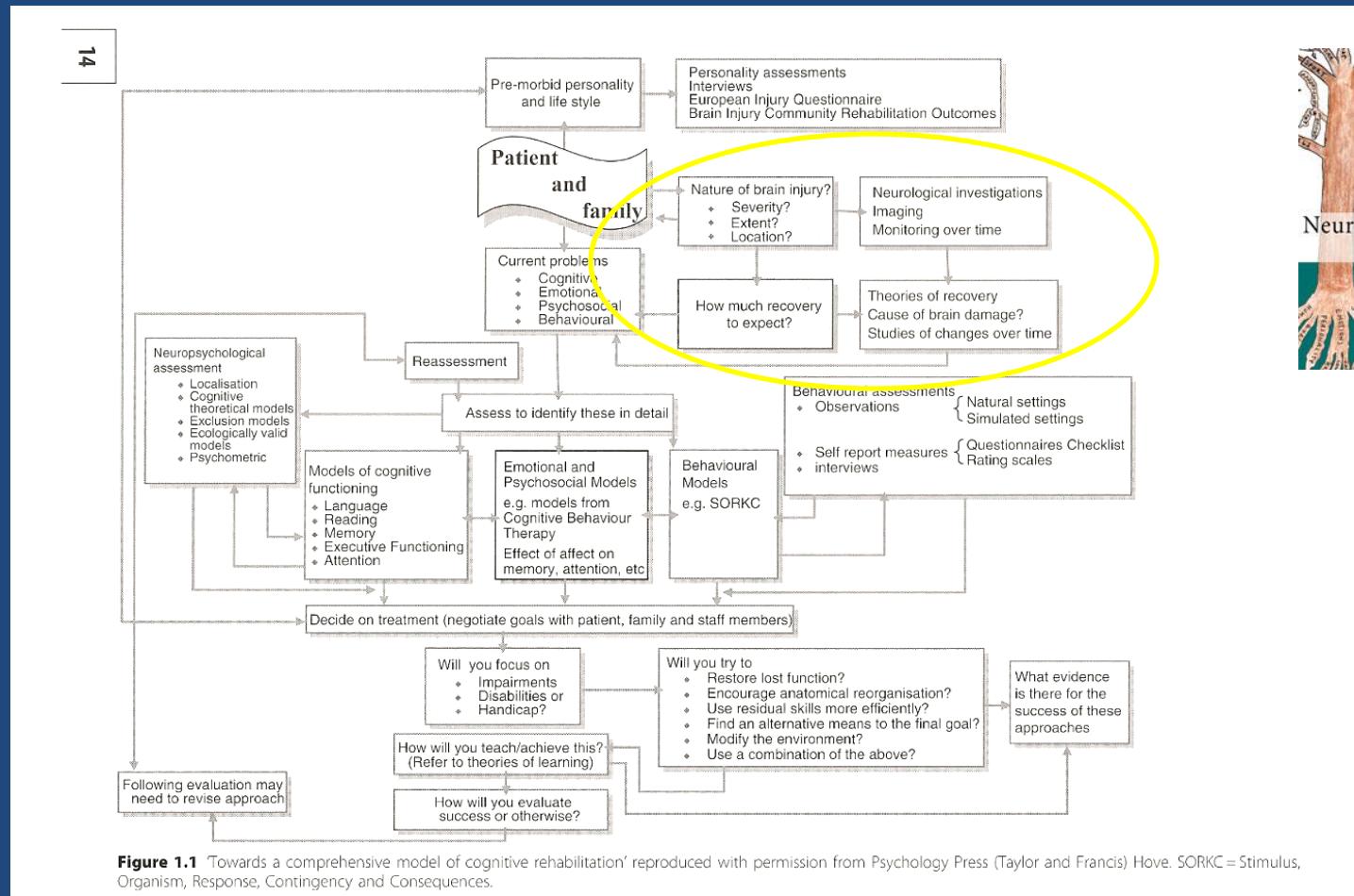
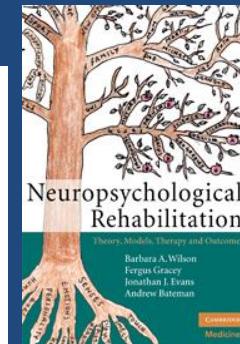
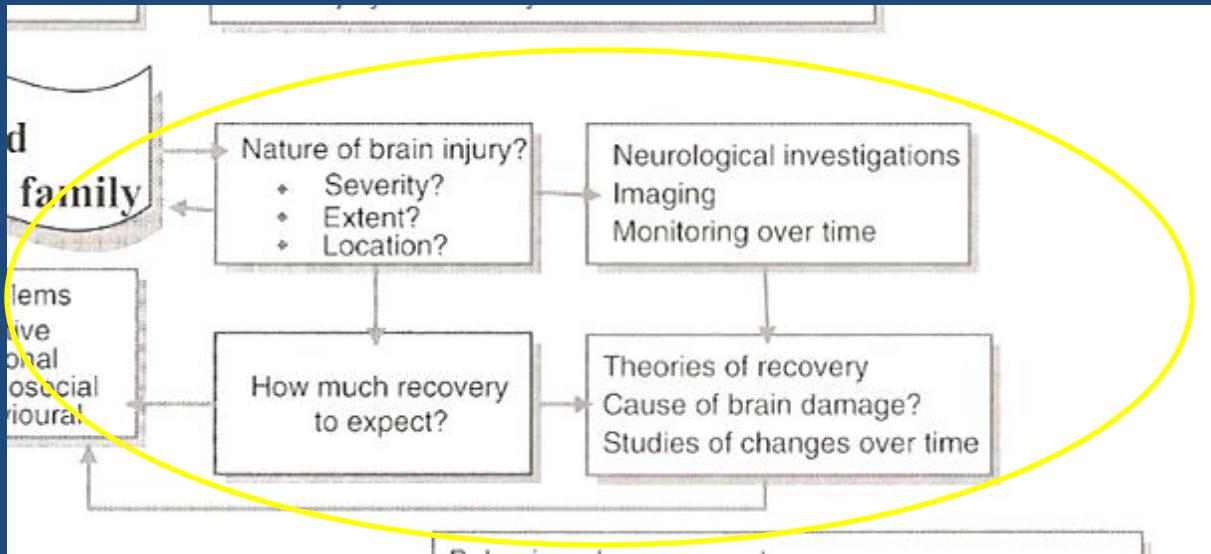


Figure 1.1 Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation' reproduced with permission from Psychology Press (Taylor and Francis) Hove. SORKC = Stimulus, Organism, Response, Contingency and Consequences.

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici



Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici



Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

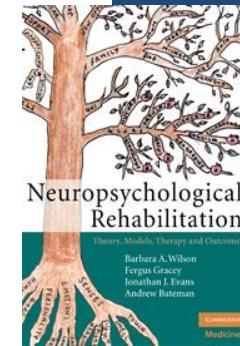
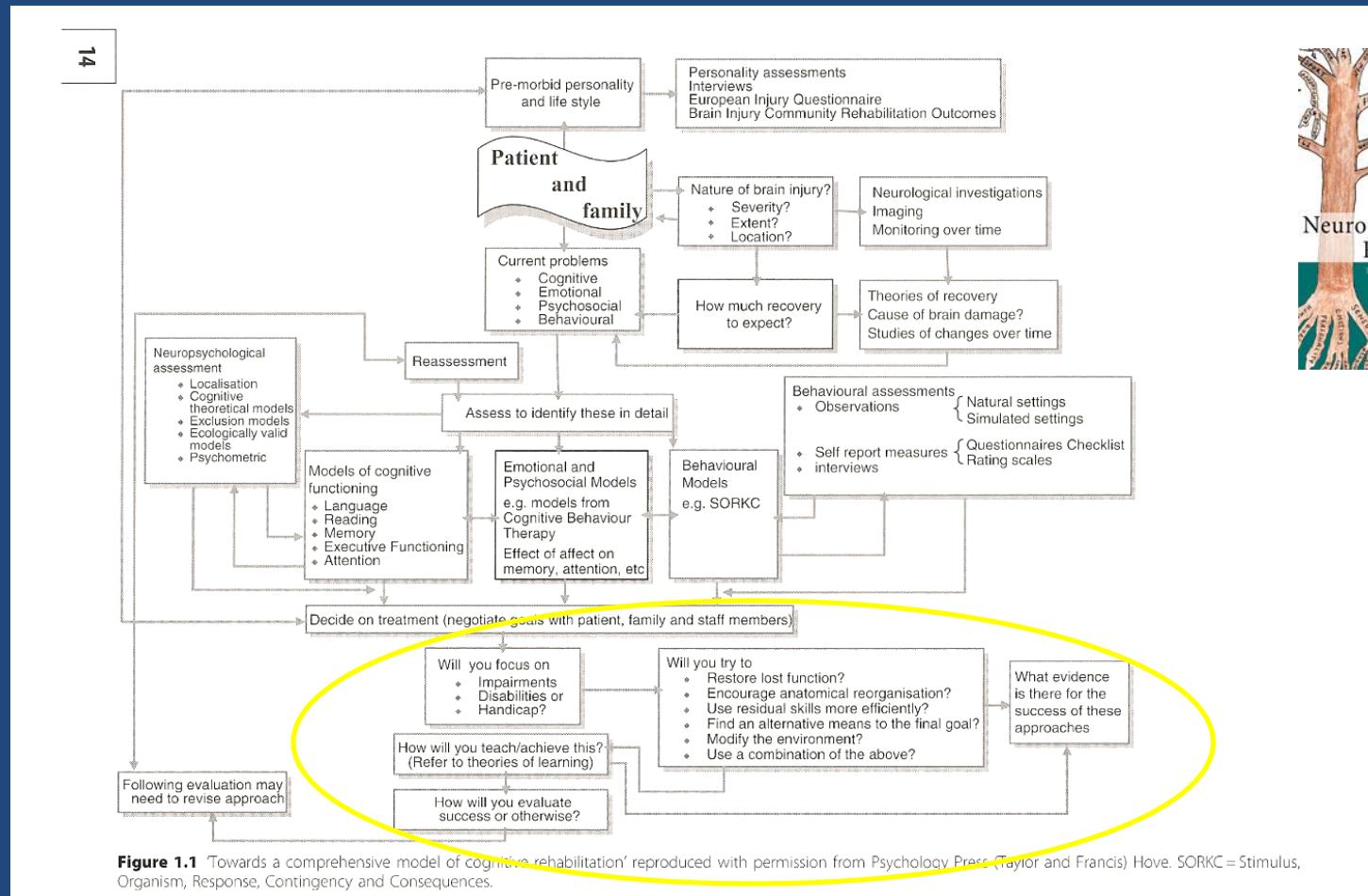
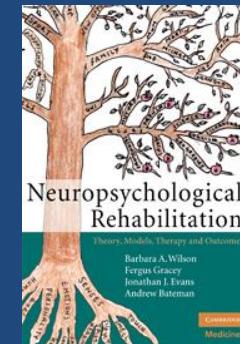
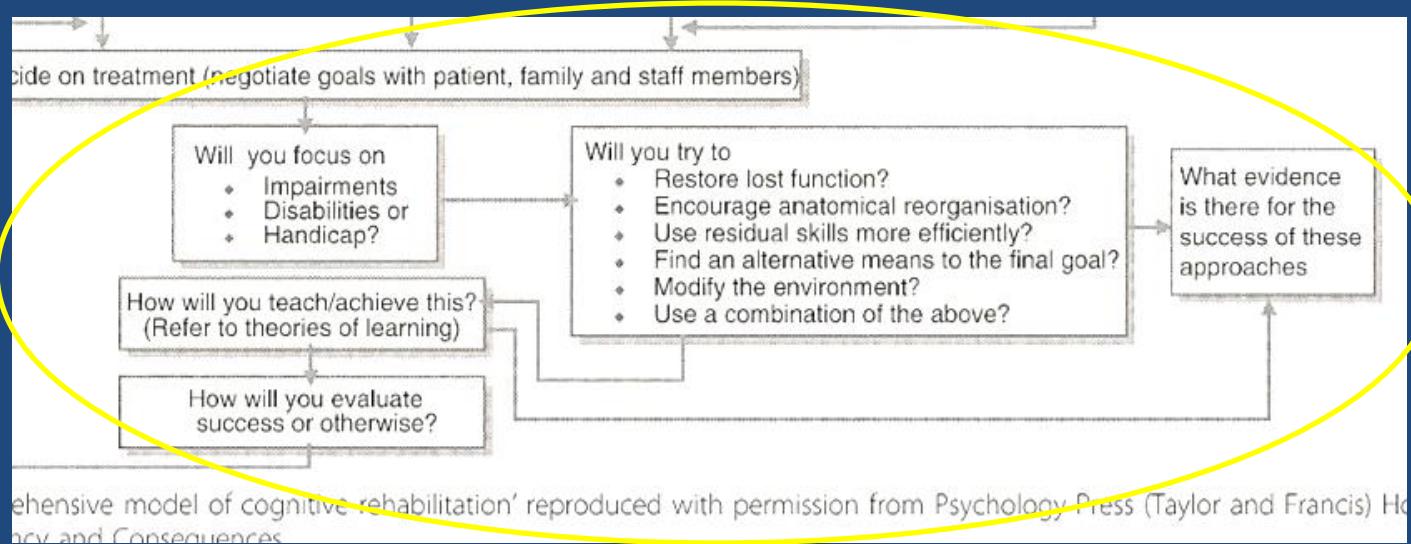


Figure 1.1 Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation' reproduced with permission from Psychology Press (Taylor and Francis) Hove. SORKC = Stimulus, Organism, Response, Contingency and Consequences.

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici



Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

Klonoff, K., O'Brian, G., Prigatano, G. (1989)

“Uso sistematico di attività strutturate, ben-definite, progettate per incrementare il funzionamento cerebrale superiore in un soggetto con cerebrolesione oppure per aiutare le persone a ridurre i propri deficit insegnandogli metodi di compensazione”

Robertson, (2003)

“Esperienza pianificata, strutturata, che causa cambiamenti temporanei o permanenti nel funzionamento cerebrale”

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

Robertson, 2005

- Acoustically modified speech training for specific language impairment (Tallal et al., 1996)
- Hemianopic dyslexia training (Kerkhoff, 1999)
- Kinaesthetic training for pure alexia (Seki, Yajima et al., 1995)

Robertson, 2005

- Trunk-control retraining for postural disturbance in hemiplegia (Seze et al., 2001)
- Prism adaptation training for unilateral neglect (Frassinetti et al., 2002; Rossetti et al., 1998; Schindler et al., 2002)
- Limb Activation Training for unilateral neglect (Robertson et al., 1992; Samuel et al., 2000; Robertson et al., 2002)

Robertson, 2005

- Attention and memory retraining in normal ageing (Ball et al., 2002; Stigsdotter-Neely & Bäckman, 1993)
- **Computerized alertness training (Sturm et al., 2004)**
- Goal Management Training for executive disorders (Levine et al., 2000)
- Sustained Attention Training for sustained attention deficits (Robertson et al., 1995).

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

- Computerized alertness training (Sturm et al., 2004)

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

Computerized alertness training (Sturm et al., 2004)





Functional reorganisation in patients with right hemisphere stroke after training of alertness: a longitudinal PET and fMRI study in eight cases

Walter Sturm ^{a,*}, Francesca Longoni ^a, Susanne Weis ^a, Karsten Specht ^{a,b}, Hans Herzog ^b,
Rene Vohn ^a, Markus Thimm ^a, Klaus Willmes ^a

^a *Neurological Clinic, University Hospital RWTH Aachen, Pauwelstrasse 30, D-52074 Aachen, Germany*

^b *Institute of Medicine, Research Centre Jülich, Jülich, Germany*

Received 7 April 2003; received in revised form 29 August 2003; accepted 5 September 2003

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

(Sturm et al, 2004)

DISEGNO SPERIMENTALE

- SEDE DELLA LESIONE: emisfero cerebrale destro (PET/fMRI)
- NATURA DELLA LESIONE: vascolare; esordio 5-21m.
- CRITERI DI INCLUSIONE: TEA (Allerta tonica) Mediana TR: PR <= 25; Età >=25=<70;
- CRITERI DI ESCLUSIONE: lesione bilaterale; epilessia; gravi problemi internistici (es. diabete)
- SOGGETTI: 8 pazienti destrimani (6M; 2F).
- TRATTAMENTO SPERIMENTALE: 4 pz. AIXTENT Alertness Training Programme : 4 settimane, 14 sedute di 45 minuti
- TRATTAMENTO DI CONTROLLO: 4 pz. Memory Training (Verbal Memory; Shopping; Topological memory - Rehacom Schuffried))

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

Table 2

Alertness training group: performance in intrinsic alertness and vigilance of patients A.K., H.B., W.M. (responders), and P.L. (non-responder) in the subtests "Alertness" and "Visual Vigilance" of the Test Battery for Attention Performance (TAP) before therapy (TAP1) as well as after the training (TAP2)

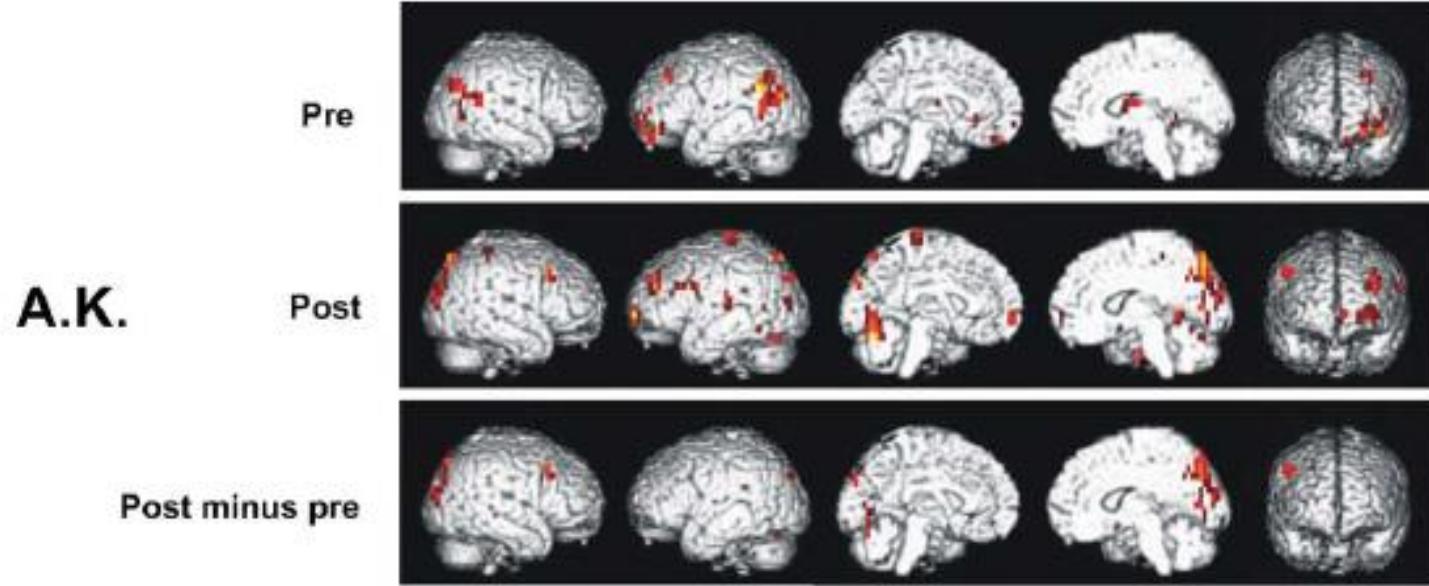
Therapy outcome	Patient	Attention function	Dependent variable	TAP1	TAP2
Responders	A.K.	Alertness	Median ms	338.00	203.50
			PR/T-score	PR 4/T = 32	PR 84/T = 60 ^a
	H.B.	Vigilance	Omissions ^b	22	18
			PR/T-score	PR 0/T < 20	PR 1/T = 25
	W.M.	Alertness	Median ms	276.00	217.50
			PR/T-score	PR 24/T = 43	PR 79/T = 58 ^a
	P.L.	Vigilance	Omissions ^b	7	4
			PR/T-score	PR 27/T = 44	PR 50/T = 50
		Alertness	Median ms	301.00	254.00
			PR/T-score	PR 10/T = 37	PR 38/T = 47 ^a
		Vigilance	Omissions ^b	5	2
			PR/T-score	PR 42/T = 48	PR 82/T = 59 ^a
Non-responder	P.L.	Alertness	Median ms	364.00	354.00
			PR/T-score	PR 4/T = 33	PR 5/T = 34
		Vigilance	Omissions ^b	30	28
			PR/T-score	PR 0/T < 20	PR 0/T < 20

The table shows the response time median, both in ms, percentile ranks (PR) and *T*-scores (*T*) and, respectively, the number of omissions and related standardized scores referring to the normative data for the TAP.

^a Significant improvement in the single case ($d_{crit,\alpha=0.01,alertness} = 10$; $d_{crit,\alpha=0.01,vigilance} = 11$; retest reliability of the response time median of the subtest "Alertness" $r_{tt} = 0.981$, retest reliability of the number of omissions of the subtest "Visual Vigilance" $r_{tt} = 0.947$).

^b Total number of critical items = 36.

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici



Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

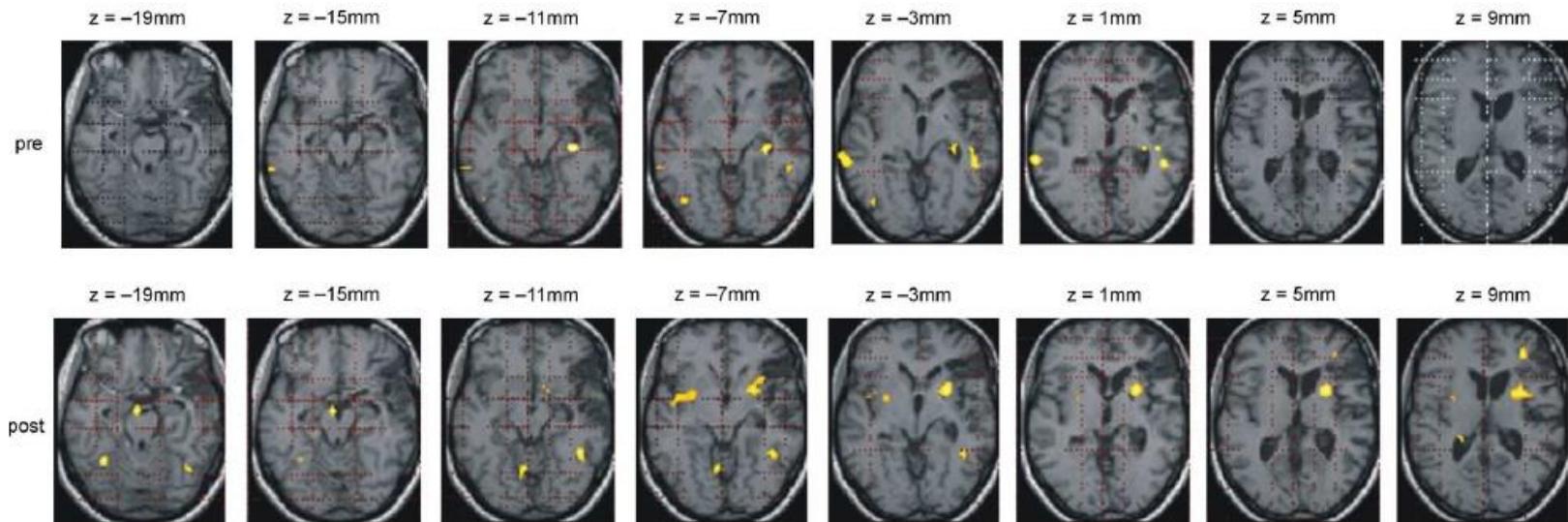


Fig. 3. Transversal anatomical MR scans of patient H.B.'s brain with superimposed PET activations (alertness minus control) before and after therapy (z-coordinates correspond to the normalized SPM96 template space).

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici

Table 4

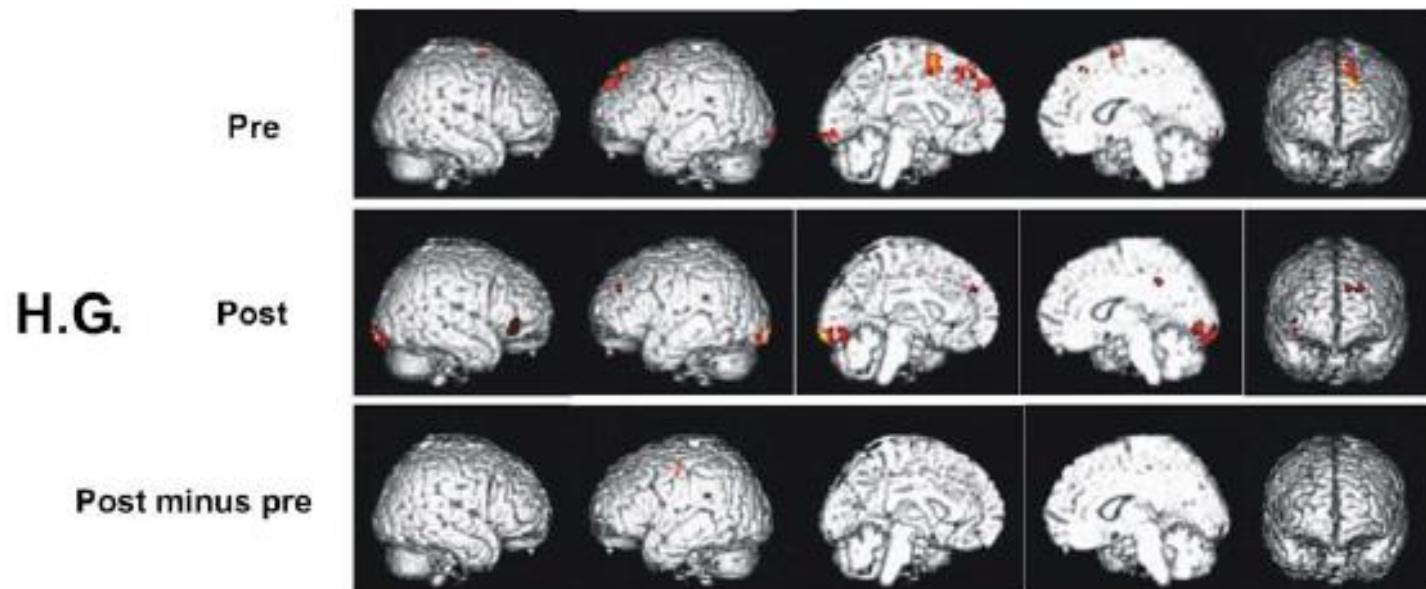
Memory training group: performance in intrinsic alertness of patients P.O., V.S., H.G. (non-responders) and B.H. (responder) in the subtest "Alertness" of the Test Battery for Attention Performance (TAP) before therapy (TAP1) as well as after the non-alertness-related memory training (TAP2)

Therapy outcome	Patient	Attention function	Dependent variable	TAP1	TAP2
Non-responders	H.G.	Alertness	Median ms PR/T-score	399 PR 1/T = 31	319 PR 10/T = 39
	V.S.	Alertness	Median ms PR/T-score	434 PR 1/T = 30	396 PR 1/T = 31
	P.O.	Alertness	Median ms PR/T-score	358 PR 4/T = 35	454 PR 1/T = 28
Responder	B.H.	Alertness	Median ms PR/T-score	359 PR 3/T = 31	226 PR 58/T = 52 ^a

The table shows the response time median in ms, percentile ranks (PR) and *T*-scores (*T*) referring to the normative data for the TAP.

^a Significant improvement in the single case ($dcrit_{\alpha=0.01\text{alertness}}: T = 10$; retest reliability of the response time median of the subtest "Alertness" $r_{tt} = 0.981$.

Modelli di riabilitazione cognitiva Processo-Specifici



▼

Psychological Bulletin
1999, Vol. 125, No. 5, 544-575

Copyright 1999 by the American Psychological Association, Inc.
0033-2909/99/\$3.00

Rehabilitation of Brain Damage: Brain Plasticity and Principles of Guided Recovery

Ian H. Robertson

Trinity College Dublin

and Medical Research Council Cognition and Brain Sciences Unit

Jaap M. J. Murre

University of Amsterdam

Rehabilitation of the damaged brain can foster reconnection of damaged neural circuits; Hebbian learning mechanisms play an important part in this. The authors propose a triage of post-lesion states, depending on the loss of connectivity in particular circuits. A small loss of connectivity will tend to lead to autonomous recovery, whereas a major loss of connectivity will lead to permanent loss of function; for such individuals, a compensatory approach to recovery is required. The third group have potentially resuable lesioned circuits, but guided recovery depends on providing precisely targeted bottom-up and top-down inputs, maintaining adequate levels of arousal, and avoiding activation of competitor circuits that may suppress activity in target circuits. Empirical data are implemented in a neural network model, and clinical recommendations for the practice of rehabilitation following brain damage are made.

Restituzione versus Compensazione

- La *restituzione* richiede il risparmio di una minima proporzione di cellule/connessioni (*Sabel stima 10-20%*).
- Dove questo livello di risparmio non viene raggiunto la è necessaria *compensazione*.

Apprendimento Hebbiano e Plasticità

Una teoria che integra livello di analisi comportamentale e biologico

“Cells that fire together, wire together” (Long term potentiation LTP)

“When cells fire apart ... wires depart” (Long term Depression LTD)

Come può funzionare la riabilitazione cognitiva?

- Stimolazione aspecifica
- Stimolazione specifica: Bottom-up e Top-down
- Liberazione dai circuiti inibitori
- Attivazione/attenzione

Stimolazione specifica: Bottom-up e Top-down

L'approccio Bottom-up fornisce input strutturati ai circuiti lesionati o disfunzionali mediante, ad esempio:

- movimenti o pratica ripetitiva
- constraint-induced therapy

(Robertson e Murre, 1999)

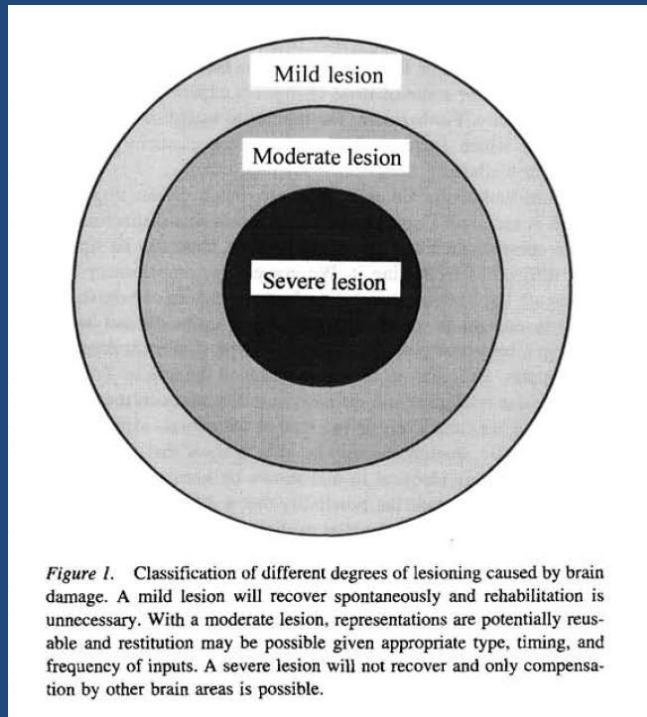
Stimolazione specifica: Bottom-up e Top-down

L'approccio Top-Down “stimola” i sistemi di livello più elevato (es. attenzione, funzioni esecutive) per modificare/regolare l'elaborazione in altri sistemi (es. linguaggio) mediante, ad esempio:

- Incremento delle abilità attentive.
- Training metacognitivi e strategie di automonitoraggio.

(Robertson e Murre, 1999)

Implicazioni cliniche - Assessment



(da Robertson e Murre, 1999)

Implicazioni cliniche - Assessment

Assessment:
attenzione anche alla minima funzione emergente.

Goal setting:
compensazione, restituzione, o entrambe?

Implicazioni cliniche - Riabilitazione

- La riabilitazione fornita senza l'attenzione attiva da parte del paziente non è efficace.
- La normale ampiezza dello span attentivo è probabilmente di secondi, o massimo pochi minuti, non di ore.
- È utile passare da attività riabilitative *massive* ad attività *distribuite* (es. 18 sessioni da 10 minuti alla settimana piuttosto che 3 sessioni di un'ora).

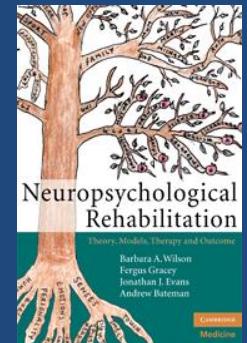
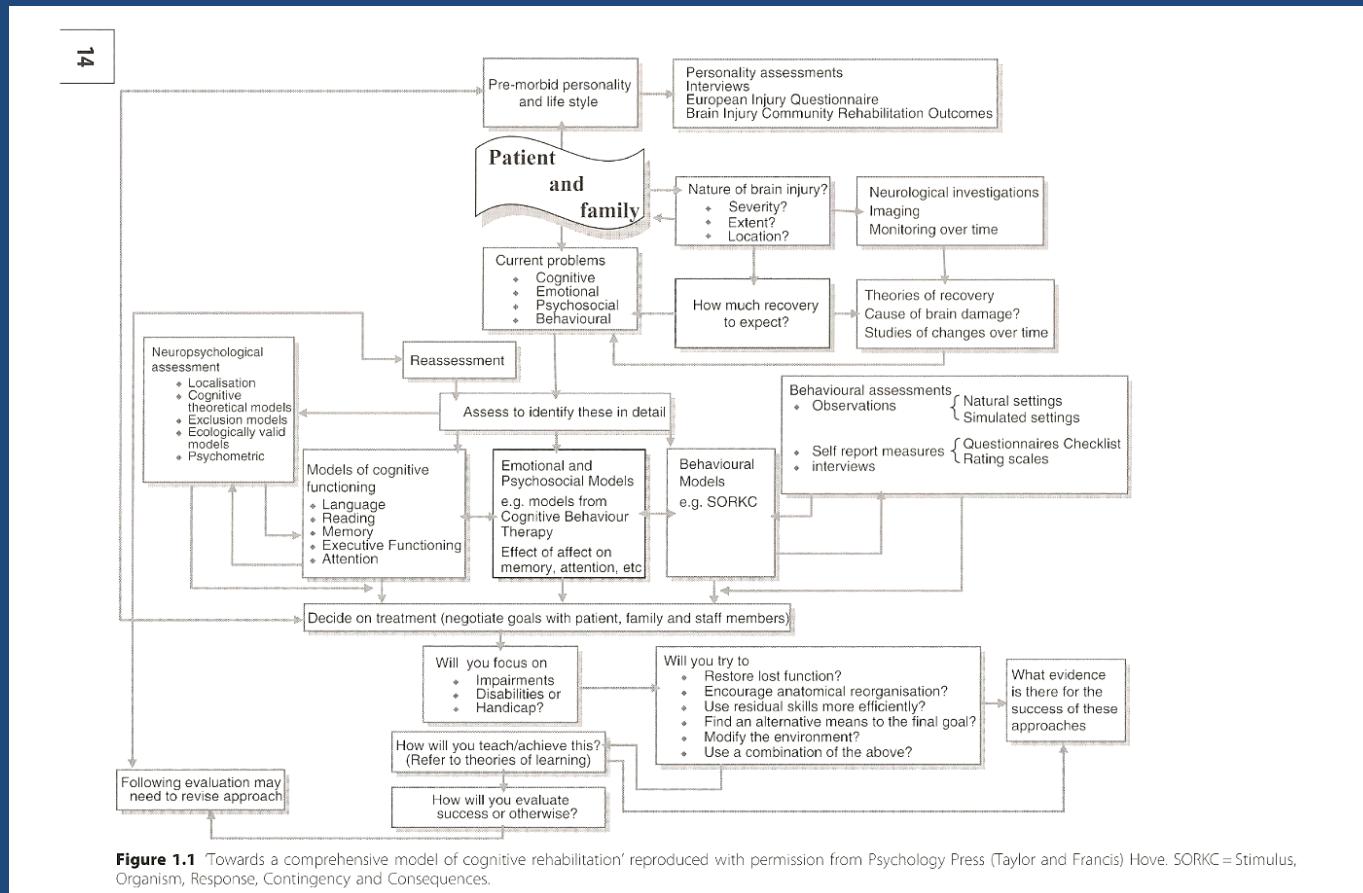
Implicazioni cliniche - Riabilitazione

- Deve essere ottimizzato il livello di attivazione, sia con sistemi comportamentali che farmacologici
- La consapevolezza è un aspetto critico da considerare
- Il timing della riabilitazione può essere cruciale, per l'esistenza del “periodo critico” (Nudo et al. Science, 1995)
- L'età, il livello di istruzione, il tipo di lavoro (la “riserva cognitiva”) sono degli utili predittori del recupero.

Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

MODELLI DI TRATTAMENTO

Modelli Comprehensive-Holistic (Globali-Olistici)



Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

14

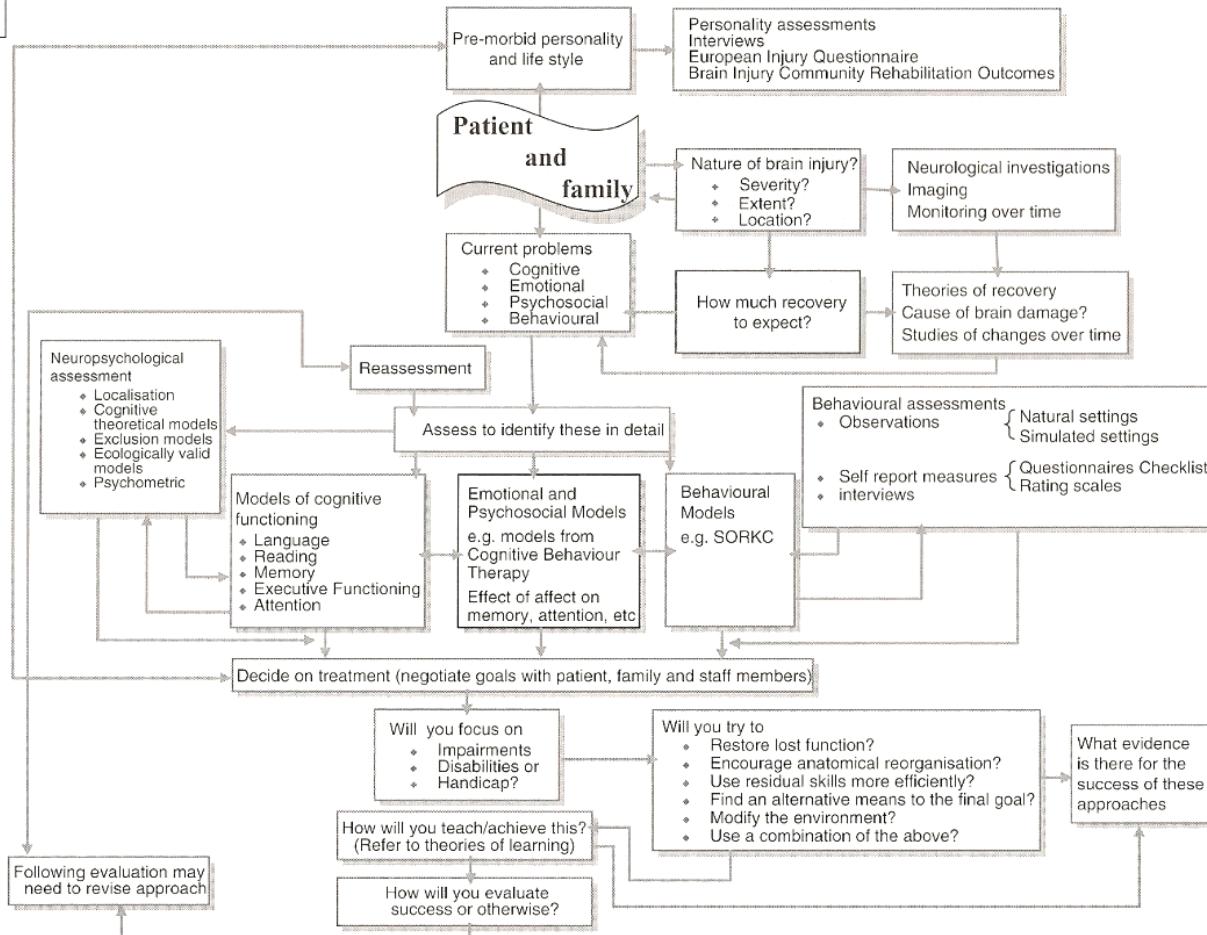


Figure 1.1 Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation' reproduced with permission from Psychology Press (Taylor and Francis) Hove. SORKC = Stimulus, Organism, Response, Contingency and Consequences.

Modelli, Metodi e strumenti utilizzati

MODELLI DI TRATTAMENTO

Modelli Comprehensive-Holistic (Globali-Olistici)

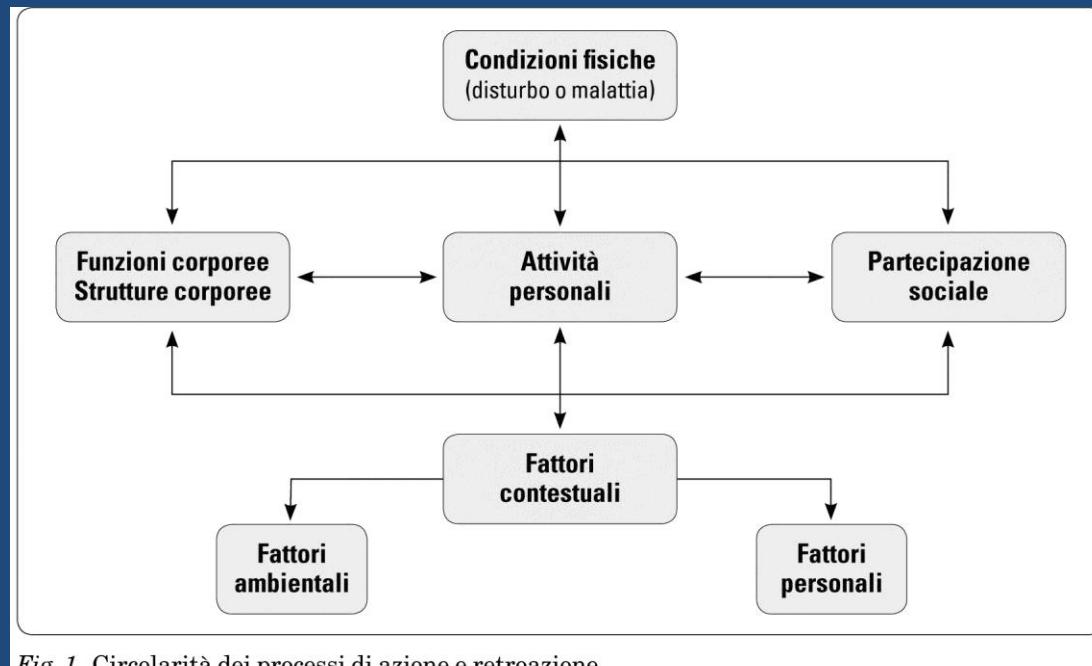


Fig. 1 Circolarità dei processi di azione e retroazione.

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica



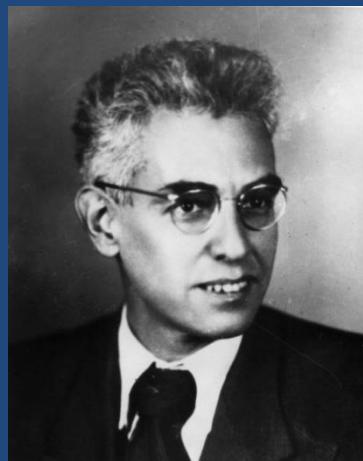
Yehuda Ben-Yishay,
(Tel Aviv , 1933–)

Prima Guerra Mondiale 1914-1918



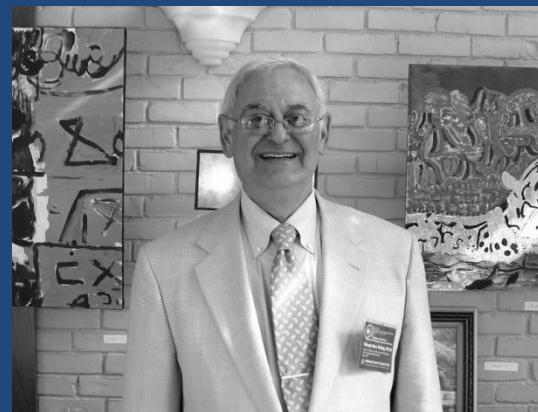
Kurt Goldstein
(November 6, 1878 – September 19, 1965)

Seconda Guerra Mondiale 1939-1945



Aleksandr Romanovič Lurija
(Kazan', 16 Luglio 1902 – Mosca, 14 Agosto 1977)

Guerra dello Yom Kippur 06-24 Ottobre 1973



Yehuda Ben-Yishay
(Tel-Aviv, 1933-)

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

ACCETTAZIONE

“L’obiettivo principale della riabilitazione neuropsicologica olistica è dare la possibilità al paziente con grave cerebrolesione acquisita di costruirsi una vita soddisfacente, per lui significativa, nonostante la persistenza delle menomazioni (Ben-Yishay e Daniles-Zide, 2000).”

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

“Nei primi anni ‘70 mi convinsi che il miglior modo per riabilitare i giovani pazienti con trauma cranico sarebbe stato quello di stabilire quello che ho chiamato “therapeutic milieu”
(ambiente che cura).

All’interno di questo ambiente, i deficit cognitivi e neurocomportamentali del paziente, le sue difficoltà interpersonali e sociali, e i problemi risultanti dai drastici cambiamenti nello status e nel ruolo dell’individuo all’interno della rete sociale per lui significativa, sarebbero stati trattati in un modo integrato ed olistico.” (Ben-Yishay, 1996)

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Caratteristiche del programma

1. Il focus del trattamento è sulla consapevolezza, sulla regolazione emotiva, sul funzionamento interpersonale, sull'accettazione delle disabilità oltre al trattamento diretto alle limitazioni cognitive.
2. Gli interventi riabilitativi [programmi riabilitativi] fisici, cognitivi, psicoterapeutici, devono essere integrati.
3. I familiari/caregiver vengono coinvolti nel programma ed invitati a partecipare ad attività educative e di supporto psicologico pensate per loro.
4. Ogni individuo, mentre è impegnato a superare le sue disabilità lo fa in un clima di reciproco aiuto, con i suoi pari, lo staff, la famiglia.

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Caratteristiche del programma

5. Dal momento che le gravi cerebrolesioni risultano in menomazioni multi-dimensional (dove disturbi di livello alto e basso si influenzano reciprocamente) gli interventi terapeutici dovrebbero essere perseguiti in modo ordinato e stratificato: verso l'alto, dalle funzioni inferiori, di livello basico, verso quelle superiori, maggiormente complesse

Caratteristiche dei programmi

6. Dal momento che molte manifestazioni comportamentali patologiche delle persone con cerebrolesione acquisita sono sia varianti delle “reazioni catastrofiche” (come risultato del ripetuto fallimento a far fronte alla realtà), o delle difese protettive organismiche (che causano il rifiuto da parte dell’individuo di esperienze esploratorie e creative e a preferire la sicurezza dei comportamenti ripetitivi e ritualizzati, più familiari, prevedibili, e con effetto di riduzione della tensione), gli interventi terapeutici avranno una maggior chance di successo se saranno somministrati all’interno di un ambiente supportivo, ordinato e strutturato con cura come quelli dei programmi terapeutici di comunità (therapeutic milieu programme).

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Caratteristiche dei programmi

7. Le tecniche psicoterapeutiche devono essere adattate ai bisogni delle persone con cerebrolesione acquisita.
8. Sono previste attività produttivo/lavorative integrate nel trattamento riabilitativo (work trials) .

Metodi e strumenti utilizzati

Strumenti di valutazione e riabilitazione

Funzioni neuropsicologiche	Strumenti di valutazione	Strumenti di riabilitazione
Attenzione e funzioni esecutive	Trail Making Test (TMT). Reitan, 1958; Giovagnoli et al. 1996; Mondini et al. 2011)	Attention Process Training (APT) - Sohlberg e Mateer, 2001

Funzioni neuropsicologiche	Strumenti di valutazione	Strumenti di riabilitazione
Traumi Cranioencefalici e GCA	GOAT	Approccio Olistico - Prigatano et al, 1984; Prigatano, 1999; Ben Yishay et al, 2000; Diller e Ben Yishay 2011; Wilson et al, 2009
	Level Cognitive Functiong (LCF)	Approccio Neuropsicologico Olistico adattato per il setting ospedaliero dagli operatori dell'URNA: colloqui psicologico clinici per pazienti e familiari, psicoterapia di gruppo per pazienti e familiari, comunità di reparto, incontri psicoeducazionali per familiari e pazienti, riabilitazione delle funzioni cognitive individuale e di gruppo.
		North Star Project - Metodo di riorientamento del paziente fondato sui principi della ROT, Thomas et al. 2003.

Metodi e strumenti utilizzati

Strumenti di valutazione e riabilitazione

Funzioni neuropsicologiche	Strumenti di valutazione	Strumenti di riabilitazione
Traumi Cranioencefalici e GCA	GOAT	Approccio Olistico - Prigatano et al, 1984; Prigatano, 1999; Ben Yishay et al, 2000; Diller e Ben Yishay 2011; Wilson et al, 2009
	Level Cognitive Functiong (LCF)	Approccio Neuropsicologico Olistico adattato per il setting ospedaliero dagli operatori dell'URNA: colloqui psicologico clinici per pazienti e familiari, psicoterapia di gruppo per pazienti e familiari, comunità di reparto, incontri psicoeducazionali per familiari e pazienti, riabilitazione delle funzioni cognitive individuale e di gruppo.
		North Star Project - Metodo di riorientamento del paziente fondato sui principi della ROT, Thomas et al. 2003.

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

CASO

Il 29/06/11 arresto cardiocircolatorio in fibrillazione ventricolare (rianimazione cardiopolmonare per 20-25 minuti e successivo nuovo arresto cardiocircolatorio durante il trasporto). All'arrivo in Pronto Soccorso GCS 3.

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

In data 26/09/2011 trasferito in Unità Gravi Cerebrolesioni per trattamento riabilitativo motorio e cognitivo intensivo, con diagnosi di trasferimento: "Encefalopatia post-anossica in sospetta miopatia miotonica, posizionamento di defibrillatore. Epilessia".

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Valutazione neuropsicologica (30/09/2011)

- Orientato nello spazio, parzialmente disorientato nel tempo, disorientato nella persona;
- rallentamento psicomotorio e disturbo attentivo grave;
- grave amnesia antero-retrograda.
- consapevolezza di malattia assente.

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Valutazioni neuropsicologiche testistiche e funzionali:

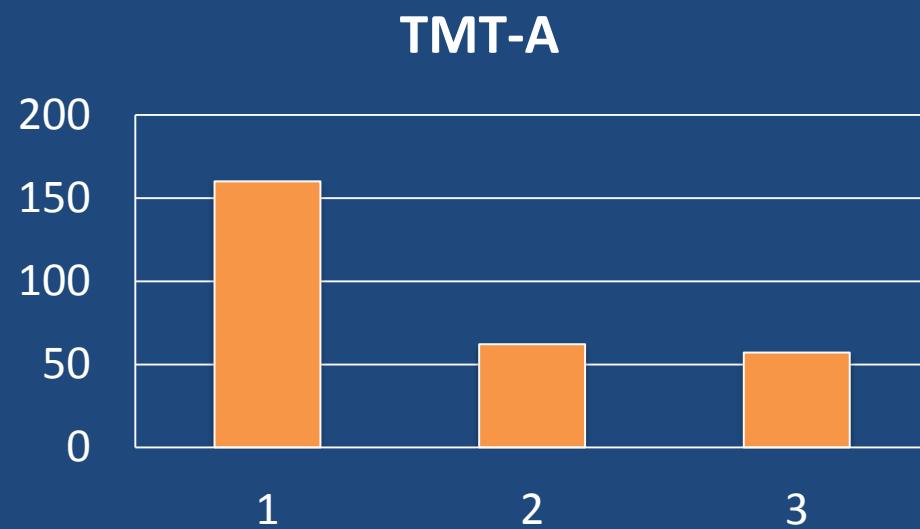
- 30/09/2011 T1
 - 21/03/2012 T2
 - 26/09/2012 T3

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Programma settimanale di riabilitazione neuropsicologica olistica

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
9.00-9.45	Applicazione strategie	Gruppo memoria	Gruppo memoria	Gruppo comprensione della cerebrolesione	Gruppo memoria
10.00-10.45	Applicazione strategie	individuale	individuale	individuale	individuale
11.00-11.45	Applicazione strategie	Gruppo Psicoterapia	Gruppo attenzione e goal management	Gruppo attenzione e goal management	Gruppo attenzione e goal management
12.00-13.00	pranzo	pranzo	pranzo	pranzo	pranzo
13.00-13.45	Applicazione strategie	Gruppo comunicazione	Gruppo Psicoterapia	Gruppo Psicoterapia	Role play e strategie IADL
14.00-14.45	Applicazione strategie	Colloquio psico. individuale	Gruppo comunicazione	Role play e strategie IADL	Role play e strategie IADL
14.45 – 15.00	Applicazione strategie	Milieu	Milieu	Milieu	Milieu
15.00-15.15	Applicazione strategie	Staff	Staff	Staff	Staff

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica



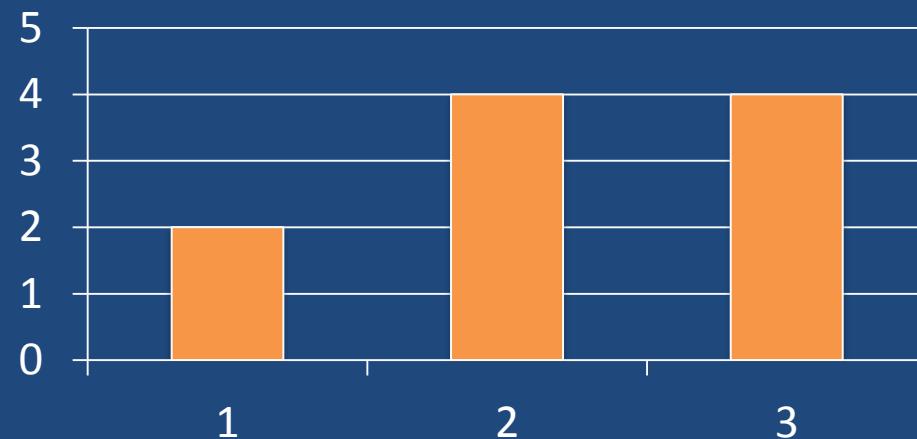
Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

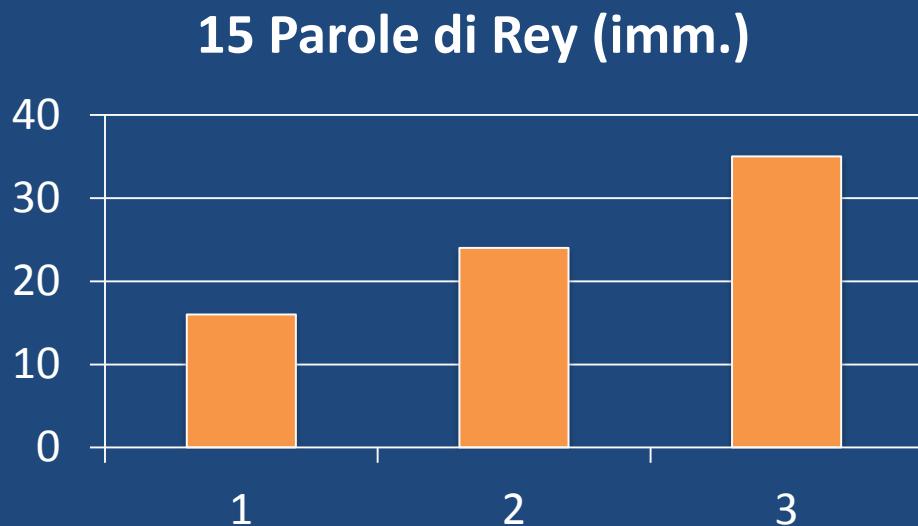
TMT - B



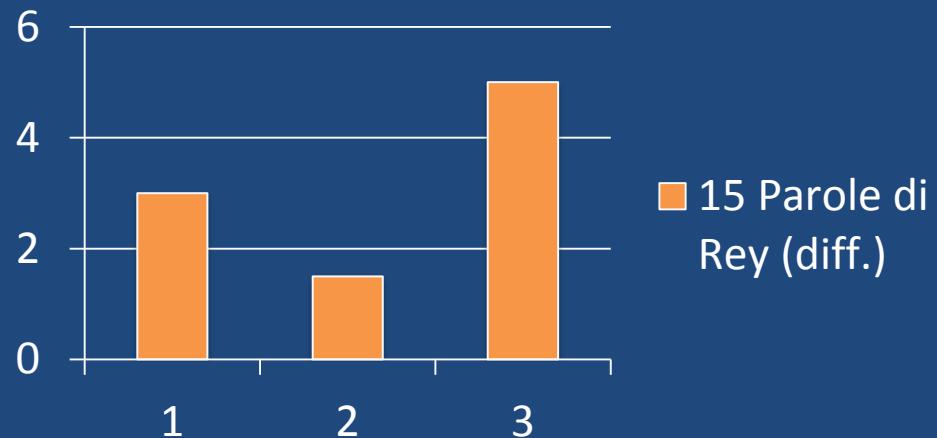
Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

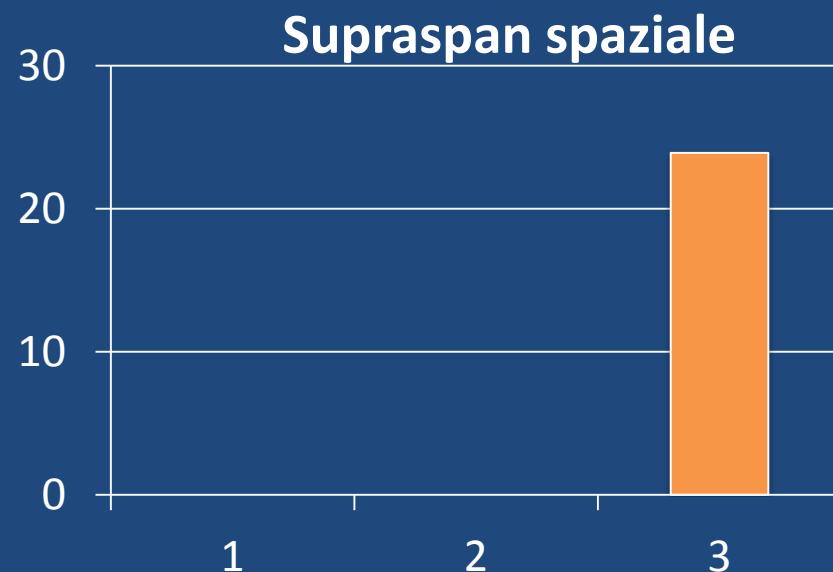
Test di Corsi





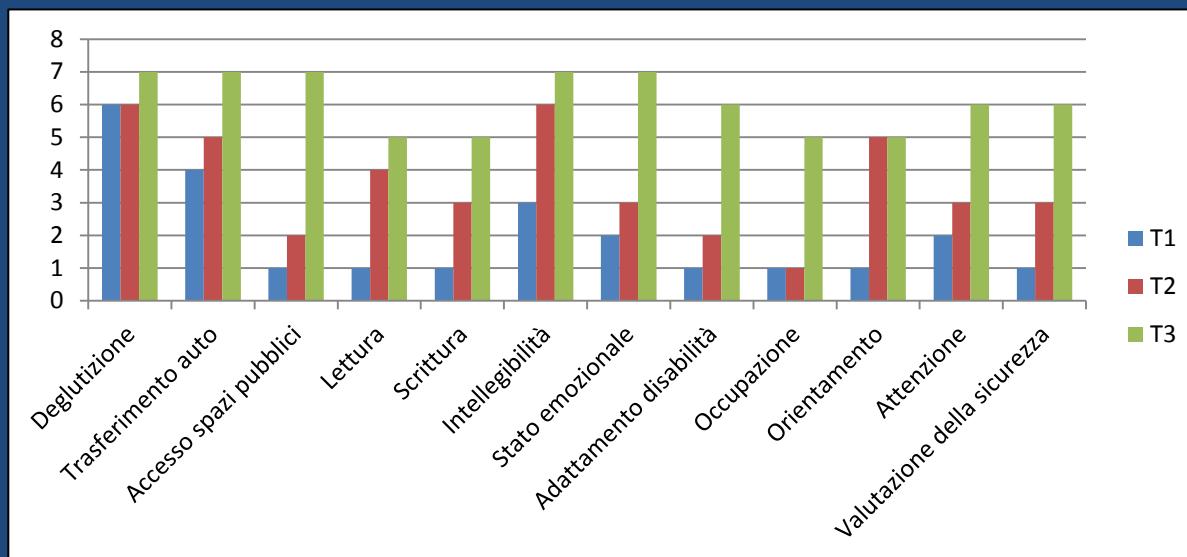
15 Parole di Rey (diff.)





Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Functional Assessment Measure - FAM



Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

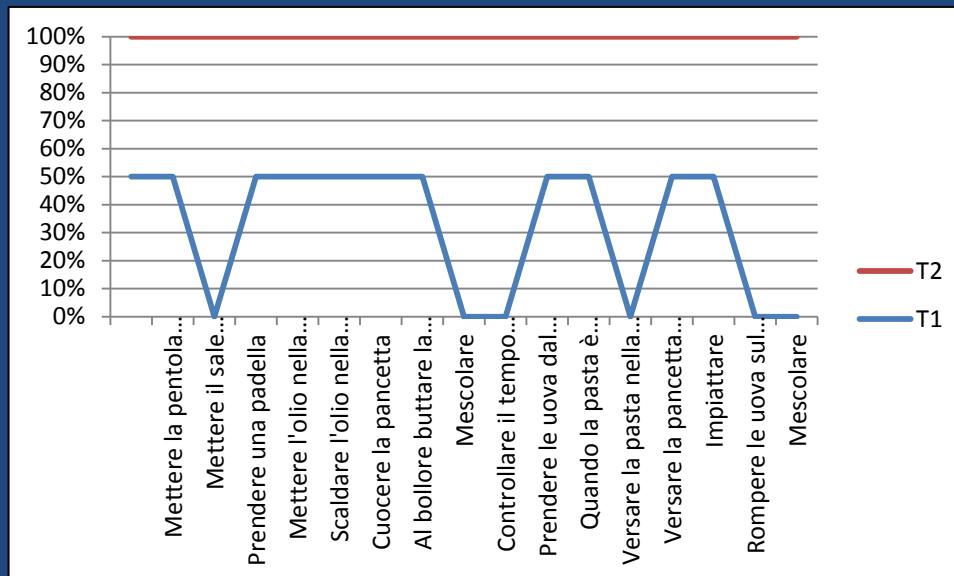
Passaggi da eseguire	LUN	MAR	MER	GIO	VEN
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				
1. Spela l'aglio					
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				
2. lava il basilico					
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				
3. Apri il barattolo di pomodoro					
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				
4. Versa 4/5 cucchiai di olio nel pentolino					
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				
	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E	O I S P E
	GF GV IN RC A				

O = omissione; I = intrusione; S = sostituzione; P = perseverazione; E = altro

GF = guida fisica; GV = guida verbale; IN = indicazione gestuale; RC = ricerca consenso; A = autonomia

Riabilitazione Neuropsicologica Olistica

Attività di preparazione della pasta alla carbonara



Bibliografia

- *Brain Injury Guideline* – Modena and Verona national Consensus Conference- 2001/2005.
- *Linee guida italiane per la prevenzione e il trattamento dell'ictus cerebrale.* <http://www.spread.it>. Ultima consultazione: aprile 2011.
- SPREAD National Stroke Guidelines- Italian National Health Service 2001
- *Consensus Conference di Siena "La riabilitazione neuropsicologica della persona adulta"*, 19 e 20 Febbraio 2010. Documento finale della Giuria. Consensus Conference sulla Riabilitazione neuropsicologica. Approvato in data 8 giugno 2010

Bibliografia

- La riabilitazione neuropsicologica. Un'analisi basata sul metodo evidence-based medicine. A cura di Giuseppe Vallar, Anna Cantagallo, Stefano F. Cappa, Pierluigi Zoccolotti
- Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, Felicetti T, Laatsch L, Harley JP, Bergquist T, Azulay J, Cantor J, Ashman T. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011 Apr;92(4):519-30.
- Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 1998 through 2002. Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF, Langenbahn DM, Felicetti T, Kneipp S, Ellmo W, Kalmar K, Giacino JT, Harley JP, Laatsch L, Morse PA, Catanese J. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005 Aug;86(8):1681-92.

Bibliografia

- Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, Bergquist TF, Felicetti T, Giacino JT, Harley JP, Harrington DE, Herzog J, Kneipp S, Laatsch L, Morse PA. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000 Dec;81(12):1596-615.
- EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. Cappa SF, Benke T, Clarke S, Rossi B, Stemmer B, van Heugten CM; Task Force on Cognitive Rehabilitation; European Federation of Neurological Societies. *Eur J Neurol.* 2005 Sep;12(9):665-80.
- EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. Cappa SF, Benke T, Clarke S, Rossi B, Stemmer B, van Heugten CM; European Federation of Neurological Societies. *Eur J Neurol.* 2003 Jan;10(1):11-23.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

paolo.lindaver@aas4friulicentrale.it