

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

PRESIDENTE: Ch.ma Prof.ssa Veronica Macchi

TESI DI LAUREA

PREVENZIONE DELLA SINDROME DA IMMOBILITÀ:

INDAGINE SULLE BUONE PRATICHE FISIOTERAPICHE

IN ALCUNI CENTRI SERVIZI PER GLI ANZIANI (CSA) DEL TREVIGIANO

(Prevention of Immobilization Syndrome: investigation on the best physiotherapeutic practices in some nursing homes of Treviso area)

RELATRICE: Prof.ssa Luigia Sangiani

Correlatrice: Prof.ssa Marcella Pevere

LAUREANDA: Cecilia Battiston

Anno Accademico 2022-2023

Indice

Riassunto

Abstract

Introduzione

1. Sindrome da immobilità	1
1.1 Definizione di sindrome e di Sindrome da Immobilità	2
1.2 Conseguenze dell'Immobilità	5
1.3 Epidemiologia	10
2. Scopo della tesi	12
3. Materiali e metodi	13
3.1 Ricerca bibliografica	13
3.2 Elaborazione del questionario	13
4. Risultati	15
5. Discussione	33
6. Conclusioni	36
Bibliografia	38
Allegati	40

Riassunto

Introduzione: la Sindrome da Immobilizzazione è la diretta conseguenza dell'immobilità, e, quindi, del declino funzionale, molto frequenti e rapidi nell'instaurarsi nel paziente anziano. È definita come un "complesso di alterazioni multisistemiche indotte dall'immobilità (più o meno prolungata) indipendenti dalle cause che l'hanno provocata". Se non viene adeguatamente individuata, prevenuta e contrastata, soprattutto nel corso di ospedalizzazione o eventi acuti che modificano lo stato di salute del paziente anziano, può portare a conseguenze medico-chirurgiche, a disabilità permanente e infine alla morte, anche se la patologia che l'ha inizialmente causata è stata curata. Si ipotizza che individuando degli indicatori di rischio (campanelli d'allarme) condivisi dai fisioterapisti si possa agire in modo efficace per rallentare o fermare il decorso della Sindrome da Immobilità.

Obiettivo: gli studi recenti inerenti all'argomento sono pochi e sono incentrati su un setting ospedaliero con pazienti in acuto o in sub acuto. L'obiettivo dello studio è effettuare un'analisi tramite questionario rispetto agli indicatori di rischio e alle buone pratiche fisioterapiche di prevenzione e di presa in carico dei pazienti con Sindrome da Immobilità, pratiche messe in atto dai fisioterapisti in collaborazione con l'equipe all'interno dei Centri Servizi per gli Anziani (CSA) del trevigiano.

Materiali e metodi: è stata svolta una ricerca bibliografica consultando i database Pubmed e PEDro. Si è costruito, pretestato e somministrato un questionario Google ai fisioterapisti in servizio presso i CSA del trevigiano che hanno aderito al progetto. Si verificherà quali siano gli indicatori di rischio per la Sindrome da Immobilità e quali siano le buone pratiche fisioterapiche condivise.

Risultati: dai dati del questionario è stato possibile rilevare che i "campanelli d'allarme" ricercati in letteratura e relativi al setting ospedaliero sono applicabili anche nei CSA. La prevenzione e il lavoro in equipe sono le principali soluzioni individuate dai fisioterapisti. Anche se mancano protocolli standardizzati, le misure adottate sembrano essere omogenee tra i fisioterapisti nei CSA.

Conclusioni: dai risultati di un questionario emerge che gli indicatori di rischio noti per la sindrome sono applicabili anche nei CSA. La collaborazione tra professionisti sanitari, è considerata cruciale, e si suggerisce anche di coinvolgere attivamente i familiari dei pazienti. In generale, l'approccio prevalente è orientato alla prevenzione e alla gestione multidisciplinare della patologia.

Abstract

Background: Immobilization Syndrome is the direct consequence of immobility, and thus functional decline, which is very frequent and quick to establish in the elderly patient. It is defined as a "complex of multisystem changes induced by immobility (more or less prolonged) independent of the causes that originated it." If not adequately detected, prevented, and countered, especially during hospitalization or acute events that change the health status of the elderly patient, it can lead to medical and surgical consequences, permanent disability, and ultimately death, even if the pathology that initially caused it is cured. It is hypothesized that by identifying risk indicators shared by physical therapists, effective action can be taken to slow or stop the course of Immobility Syndrome.

Objective: recent studies inherent to the topic are few and focus on a hospital setting with acute or sub-acute patients. The objective of the study is to conduct a questionnaire analysis in regard to risk indicators and physiotherapy best practices in the prevention and caretaking of patients with Immobility Syndrome, practices implemented by physiotherapists in collaboration with the team within the Service Centers for the Elderly (SCEs) in the Treviso area.

Methods: a literature search was conducted by consulting the Pubmed and PEDro databases. A Google questionnaire was constructed, pre-tested and administered to physiotherapists in service at the SCEs in the Treviso area that joined the project. It will test what are the risk indicators for Immobility Syndrome and what are the shared physiotherapy best practices.

Results: from the data of the questionnaire, it was possible to find that the risk indicators researched in the literature and related to the hospital setting are also applicable in SCEs. Prevention and teamwork are the main solutions identified by physical therapists. Although there is a lack of standardized protocols, the measures taken seem to be homogeneous among physical therapists in SCEs.

Conclusions: the results of the questionnaire show that known risk indicators for the syndrome are also applicable in SCEs. Collaboration between health professionals is considered crucial, and the active involvement of the patients' family members is also suggested. In general, the prevailing approach is geared toward prevention and multidisciplinary management of the condition.

Introduzione

Qualche tempo fa ho assistito ad un dialogo tra le mie nonne, nato dal fatto che una delle due lamentava un dolore lungo la coscia, successivamente risultato essere sintomo di lombosciatalgia. Si chiedevano quale fosse il miglior rimedio per curare questo dolore: una sosteneva che fosse preferibile stare a riposo, in quanto si era già trovata in una situazione simile e questo le era stato consigliato dal medico di base; l'altra, invece, riteneva che svolgere un'attività fisica moderata desse migliori risultati. A rafforzare questa idea c'era il fatto che un'amica, dopo due settimane di riposo, non solo continuava a lamentare dolore, ma faceva anche più fatica a fare le scale rispetto a prima. Lo scambio di opinioni è proseguito fino a quando, resesi conto della mia presenza, si sono rivolte a me chiedendomi un parere visto il mio percorso di studi. Questa domanda mi ha fatto capire come spesso, nella medicina popolare, ma talvolta anche in quella ufficiale, il riposo venga proposto come cura per ogni malattia o disturbo.

Il presente studio parte da questo episodio e da una curiosità nata durante il corso di Prassi Terapeutica Professionale in Riabilitazione Geriatrica svoltosi nel secondo anno accademico e maturata durante il tirocinio, in ambito geriatrico, del terzo anno. La Sindrome da Immobilità è una condizione estremamente diffusa, eppure sconosciuta alla maggior parte delle persone nonostante sia alto il rischio di svilupparla, soprattutto per la popolazione anziana che è in continua crescita.

1. Sindrome da immobilità

“Si presuppone sempre che la prima cosa da fare in caso di malattia sia mettere il paziente a letto. Le degenze in ospedale sono numerate in base ai letti. La malattia è misurata in base alla quantità di tempo trascorsa a letto. I medici vengono valutati in base al modo in cui trattano i pazienti allettati. Il riposo a letto non viene prescritto come una pillola o una purga, ma è il presupposto alla base di ogni trattamento. Eppure, dovremmo pensarci due volte prima di prescrivere ai nostri pazienti il riposo a letto e dovremmo realizzare che al di sotto del comfort delle coperte si nasconde un ospite molto pericoloso. Negli “Hymns Ancient and Modern”, No.23, Verso 23, troviamo: “Insegnami a vivere in modo tale che possa temere una tomba piccola come il mio letto”. È mia intenzione giustificare l'aver posto i letti e le tombe nella stessa categoria e aumentare la quantità di timore con

cui il riposo a letto è solitamente visto/considerato. Descriverò alcuni dei più grandi rischi del riposo a letto. Quasi nessuna parte del corpo è immune dai suoi pericoli.”

Così si apre “The dangers of going to bed”, un articolo di R. A. J. Asher, pubblicato nel British Medical Journal nel dicembre del 1947, dove già nella prima metà del ‘900 si evidenziava la possibilità di un risvolto problematico nell’allettamento. [1]

In medicina geriatrica il termine immobilità indica *“l’incapacità parziale o totale dell’individuo ad effettuare autonomamente gli spostamenti dal letto alla poltrona e viceversa, rendendo quindi impraticabili gli spostamenti nell’ambiente di vita”*. Nonostante si faccia riferimento a condizioni di immobilità che coinvolgono l’intero organismo, sono molti i casi in cui l’immobilità di una sola parte del corpo (come nel caso di una frattura) conduce all’immobilità dell’intera persona. [11]

Sono molti i tipi di immobilizzazione che possono portare a complicazioni: il riposo a letto forzato (malattia o convalescenza), la paralisi, l’immobilizzazione di parti del corpo con gessi, tutori o corsetti, la rigidità articolare e il dolore con limitazione protettiva del movimento (inibizione artrogenica), i disturbi mentali (stato catatonico, paralisi isterica) e la perdita di sensibilità.

La condizione di immobilità infatti porta, anche solo nell’arco di poche ore, all’instaurarsi di modificazioni fisiopatologiche a carico di molteplici sistemi. A queste modificazioni possono seguire alterazioni funzionali, che portano al deterioramento di numerosi organi e sistemi, aumentando il rischio di complicanze medico-chirurgiche, di multipatologia, di eventi avversi, per reazione avversa ai farmaci. Tali complicanze compromettono gravemente il benessere della persona, la sua qualità di vita e in ultimo possono risultare fatali. [5]

1.1 Definizione di sindrome e di Sindrome da Immobilità

Quando parliamo di pazienti anziani solitamente un approccio analitico ai sintomi risulta insufficiente, perché il loro modo di ammalare segue un modello per sindromi.

Il termine sindrome indica *“un complesso più o meno caratteristico di sintomi, senza però un preciso riferimento alle sue cause e al meccanismo di comparsa, e che può quindi essere espressione di una determinata malattia o di malattie di natura completamente diversa”*, in cui l’eziologia, anche se non

sempre identificabile, può variare da paziente a paziente ma la cui patogenesi è comunque unica. La parola deriva dal greco antico *συνδρομή*, traducibile "[sintomi che] che concorrono insieme", dal suffisso *συν*, ovvero "con", e da *δρόμος*, "correre". [13]

La sindrome geriatrica invece è propria dell'anziano ed è definita come *“una condizione patologica osservabile in soggetti anziani, soprattutto in quelli fragili, associata frequentemente a declino funzionale, la cui eziologia e patogenesi sono spesso multifattoriali”*. [10] Le grandi sindromi geriatriche si presentano quando l'accumulo di alterazioni a livello di diversi sistemi rende l'anziano vulnerabile a situazioni di stress. I sistemi responsabili di funzioni complesse e integrate (Sistema Nervoso Centrale, apparato locomotore, sistema della continenza urinaria, sistema dell'equilibrio), più a rischio degli effetti combinati di invecchiamento, stile di vita inadeguato, patologie pregresse o in atto e condizioni socio-ambientali sfavorevoli, sono definiti *“weakest links”*. Superano più facilmente i limiti dell'omeostasi, scompensandosi per primi in condizioni stressanti.

Più sindromi geriatriche possono coesistere contemporaneamente nello stesso individuo e possono essere l'una la causa dell'altra, e ciò può dipendere anche dal fatto che esse hanno comuni fattori causali. Rappresentano un importante fattore di rischio di disabilità, dipendenza funzionale, istituzionalizzazione e morte per l'anziano e incidono enormemente sulla qualità della vita dello stesso. [13, 14]

La Sindrome da Immobilità (SI) è definita come *“un complesso di alterazioni multisistemiche, indotte dall'immobilità più o meno prolungata, indipendenti dalle cause che l'hanno provocata”*. È una delle più diffuse sindromi geriatriche. È una delle principali conseguenze del riposo a letto prolungato e dell'inattività, che causa cambiamenti patologici nella maggior parte dei sistemi e degli organi. È principalmente dovuta alla perdita di equilibrio fisiologico che è già precario nell'anziano dopo una significativa riduzione dello svolgimento autonomo delle attività quotidiane. Le manifestazioni cliniche della SI sono numerose, e possono colpire pressoché ogni sistema dell'organismo, e contemporaneamente avere ripercussioni psicologiche e metaboliche. Per una persona anziana, che già presenta deficit di mobilità, 24 ore di riposo a letto sono sufficienti per indurre un decondizionamento tale da impedirle di deambulare autonomamente in sicurezza. [12]

Le cause del declino funzionale nei pazienti anziani ospedalizzati sono multiple, cumulative e interattive tra loro. Includono gli effetti della malattia stessa, dei trattamenti medico-chirurgici e del decondizionamento associato all'allettamento. [9]

A portare alla Sindrome da Immobilità concorre *“qualsiasi condizione in grado di generare e/o procurare una restrizione del movimento”*, che solitamente è inscrivibile in tre ordini di fattori: biologici, psico-comportamentali e socio ambientali.

Nei fattori biologici consideriamo soprattutto lo stato funzionale dell'individuo, ovvero lo stato di salute generale e la capacità fisica. Sono queste, infatti, a stabilire come e se progredirà lo stato di immobilità a parità di evento causale. In un paziente anziano affetto da una molteplicità di patologie la Sindrome da Immobilità si manifesterà nel giro di pochi giorni o, nei casi peggiori, di poche ore.

Nella categoria dei fattori psico-comportamentali vengono inserite *“tutte quelle caratteristiche che condizionano la maggiore o minore capacità di ciascun individuo di reagire ad uno stato di malattia o ad altri eventi avversi caratteriali, umorali, intellettivi e culturali.”* [11]

Un fattore comportamentale importante, ad esempio, è la tendenza di alcuni individui a limitarsi nelle attività della vita quotidiana, o più in generale a *“riposare a letto”* in risposta a qualsiasi tipo di malessere o peggioramento delle condizioni di salute, nella convinzione che riposare e farsi accudire siano fondamentali per la guarigione. Questa credenza è spesso condivisa dai familiari dell'anziano, che gli suggeriscono di restare a letto per avere una guarigione più rapida, ignorando che ciò ne ostacola il recupero.

Tra i fattori socio-ambientali e culturali quelli con più impatto sono le condizioni sociali che sfavoriscono l'individuo, come povertà, solitudine, bassa scolarizzazione, vita sedentaria, alimentazione scorretta e presenza di barriere architettoniche nell'ambiente di vita.

Anche l'istituzionalizzazione rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio, soprattutto nei contesti in cui la riabilitazione non rappresenta il fulcro dell'attività assistenziale, per mancanza o scarsità di figure professionali dedicate a tale fine. [11]

Tra i fattori ambientali più rilevanti, inoltre, consideriamo l'utilizzo di contenzioni meccaniche, fisiche e farmacologiche, a cui spesso si ricorre per la gestione di problematiche comportamentali.

Nonostante talvolta possano essere necessarie, perché le problematiche comportamentali interferiscono con i trattamenti e possono mettere il paziente a rischio la sua incolumità, il loro utilizzo è controverso e la loro efficacia è dubbia.

Nonostante lo sviluppo delle tecnologie mediche, attualmente molte pratiche mediche utilizzate rimangono arcaiche e si basano più sulla tradizione e sull'abitudine che sulla scienza: la medicina moderna ha evidenziato gli effetti deleteri e potenzialmente distruttivi dell'immobilità, ma attualmente la pratica clinica prevede che negli ospedali venga assegnato un letto al paziente, nel quale inevitabilmente passerà la maggior parte della degenza, indipendentemente dalla patologia e dall'attuale necessità. Le stanze di degenza sono dimensionate sull'unità "posto letto". Spesso all'interno del reparto non vengono predisposte aree di socializzazione per i pazienti o presidi che permettano al paziente di muoversi in autonomia e in sicurezza, e inoltre non è prevista in ogni organigramma di unità di degenza la figura del riabilitatore, o comunque se c'è, è prevista solo in alcuni giorni e orari specifici. [9, 11]

1.2 Conseguenze dell'Immobilità

L'allettamento può causare numerose complicanze, che possono ritardare o impedire la guarigione del paziente da una patologia grave. Tutti i sistemi e apparati possono esserne coinvolti e subire modificazioni fisiopatologiche, cui seguono alterazioni funzionali che portano al loro deterioramento in un breve arco di tempo. Verranno di seguito elencate le conseguenze dell'immobilità sui principali sistemi e apparati coinvolti.

Apparato cardiocircolatorio: la frequenza cardiaca aumenta in seguito all'immobilizzazione, probabilmente a causa di un'aumentata attività nervosa simpatica. Durante l'allettamento, la frequenza cardiaca a riposo accelera di un battito al minuto ogni due giorni. Un aumento della frequenza cardiaca porta il cuore a non essere più in grado di rispondere alle richieste metaboliche sopra al livello basale, dal momento che vi è una riduzione del tempo di riempimento diastolico e di gittata sistolica. Di conseguenza, si osserverà una riduzione del flusso sanguigno coronarico e una riduzione dell'ossigeno disponibile per il cuore stesso. Lo sforzo fisico conseguentemente porta a tachicardia e angina pectoris nei pazienti debilitati predisposti.

L'ipotensione ortostatica si manifesta quando il sistema cardiocircolatorio non si adatta naturalmente alla stazione eretta. È definita come una riduzione della pressione sistolica (SBP) di almeno 20 mmHg o una riduzione della pressione diastolica (DBP) di 10 mmHg nel giro di tre minuti dopo aver assunto la stazione eretta. Si manifesta a causa di un ristagno eccessivo di sangue negli arti inferiori e di una riduzione del volume di sangue in circolo. Oltre a ciò, si osserva un aumento della frequenza cardiaca, che risulta in una riduzione del riempimento diastolico ventricolare e infine in una riduzione della perfusione cerebrale. L'ipotensione ortostatica è caratterizzata da un aumento della frequenza cardiaca di più di venti battiti al minuto e da una riduzione fino a più del 70% del polso periferico negli arti inferiori.

La trombosi venosa profonda (TVP) è dovuta principalmente alla stasi venosa e ad un aumento della coagulazione, e si osserva negli arti inferiori in seguito ad una riduzione dell'attività del soleo e dei gastrocnemi. I sintomi più comuni sono dolore, gonfiore, distensione venosa, cianosi, pallore e arrossamento. La presenza di TVP, tuttavia, è difficile da rilevare con precisione, dato che questi sintomi non sono sempre affidabili; per giungere ad una diagnosi occorrono spesso esami strumentali. I pazienti che presentano TVP a livello della vena poplitea o in vasi più prossimali hanno il 50% di probabilità di sviluppare un embolo polmonare, che può portare al decesso nel 20-35% dei casi. [5,7]

Sistema respiratorio: con l'allettamento si instaura un'insufficienza respiratoria di tipo restrittivo. Tale insufficienza è dovuta ad una riduzione della mobilità delle articolazioni costo-vertebrali e sternali associata a riduzione dell'espansione della cassa toracica, unita ad una risalita del diaframma, amplificata dalla posizione supina, e ad un indebolimento della muscolatura respiratoria. A ciò consegue un'alterazione della dinamica respiratoria, con un'ipoventilazione delle basi polmonari, i cui alveoli tenderanno a collassare a causa della pressione eccessiva causata dal peso corporeo, con aumentato rischio di atelettasie. Le atelettasie vengono rilevate dalle radiografie già dopo le prime 48 ore di allettamento, e possono portare a polmonite, alzare la resistenza vascolare polmonare, aumentare il rischio di lesioni polmonari da ventilatore per la sovradistensione della porzione ventilata del polmone, e portare alla formazione di uno shunt artero-venoso per la ridotta perfusione delle basi polmonari. Conseguentemente si osserva un'alterazione degli scambi gassosi, con una riduzione della pO₂ e della pCO₂, causata da un aumento della frequenza respiratoria in risposta all'ipossia.

La posizione supina mantenuta, inoltre, va a ridurre di un terzo la capacità vitale, il volume corrente e il volume espiratorio massimo rispetto alla stazione eretta.

Clinicamente si osservano tachipnea, polipnea e dispnea, cui consegue il rischio di sviluppare infezioni bronco-polmonari, il rischio di insufficienza respiratoria e di riacutizzazioni di patologia cronica insieme al rischio elevato di complicanze cardiovascolari e sistemiche. [2, 11]

Sistema muscolo-scheletrico: la perdita della forza è la conseguenza più ovvia dell'immobilizzazione, con una perdita dal 10 al 15% ogni settimana, e la metà persa tra le 3 e le 5 settimane di allettamento. I primi muscoli a diventare deboli e a perdere tonicità sono i muscoli degli arti inferiori, seguiti dai paravertebrali, e infine i muscoli degli arti superiori. Il grado di recupero dalla debolezza da disuso è più lento del grado di perdita; infatti, la debolezza da disuso retrocede ad un grado del 6% a settimana utilizzando esercizi di tipo submassimale. L'immobilità inoltre può esitare in una riduzione della resistenza a motivo di una riduzione della forza, dell'attività metabolica e della circolazione. Una riduzione della resistenza, che causa affaticabilità precoce e che riduce la motivazione del paziente, porta ad un circolo vizioso di maggiore inattività e senso di fatica. L'atrofia muscolare, inoltre, è definita come perdita di massa muscolare e può essere responsabile della perdita di forza e di resistenza; la muscolatura, infatti, può perdere fino alla metà della massa in soli due mesi di riposo totale. La combinazione di atrofia muscolare, perdita di forza e resistenza ridotta causa una riduzione della coordinazione e può portare ad un'inabilità del paziente a svolgere le Activities of Daily Living (ADL).

La rigidità articolare, definita come una deformità permanente delle articolazioni conseguente all'immobilizzazione, si instaura per la natura dinamica dei tessuti connettivi. Le fibre di collagene mantengono la loro lunghezza se stirate frequentemente ma tendono ad accorciarsi se non vengono sottoposte all'allungamento. Di conseguenza dopo un periodo di immobilizzazione si osservano nei legamenti alterazioni patologiche di tipo biomeccanico, biochimico e morfologico difficilmente reversibili. L'immobilizzazione può portare all'infiltrazione nelle articolazioni di tessuto fibroadiposo che può portare alla degenerazione della cartilagine articolare.

L'osteoporosi da disuso si instaura quando il riassorbimento osseo supera la formazione ossea, e ciò accade perché l'osso è un tessuto dinamico che risponde alle forze che lo sollecitano, come l'azione di trazione dei tendini e la forza di gravità, che vengono ridotte sensibilmente se il paziente mantiene

la posizione supina per un tempo prolungato. Se l'osso non viene adeguatamente stimolato da queste forze si osserverà un decremento della densità minerale e un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, con conseguente aumento della fragilità ossea. Sia la porzione corticale che quella trabecolare sono suscettibili a perdita ossea, e ciò predispone il paziente a rischio di fratture, in particolar modo del femore, delle vertebre e del radio. La perdita ossea si instaura per fasi, con un'iniziale perdita rapida, seguita dopo 12 settimane da una perdita più lenta ma prolungata, fino ad una stabilizzazione dal 40 al 70% della massa originaria.

L'immobilità può portare a degenerazione articolare, soprattutto negli arti inferiori. Il processo degenerativo avviene per fasi, con ispessimento della membrana sinoviale, proliferazione di tessuto fibroadiposo e infine con la formazione di sinechie intra-articolari. Può successivamente evolvere in anchilosi. Modificazioni di tipo degenerativo a livello della cartilagine articolare e dell'osso subcondrale portano ad una condizione simile all'artrite, con la presenza di fissurazioni sulla superficie articolare, osteofiti e riassorbimento pseudocistico dell'osso. Infine, i tendini e i legamenti, se mantenuti per un tempo prolungato in posizione accorciata, perdono permanentemente la loro caratteristica di elasticità, contribuendo anch'essi a ridurre sensibilmente l'escursione articolare. [5, 11]

Apparato gastroenterico: tra gli effetti dell'allettamento troviamo la riduzione dell'appetito, l'anoressia e la riduzione dell'assunzione di fluidi, legate ad un minor dispendio energetico, al rallentamento dei processi digestivi, alla stasi fecale, alla depressione e alla riduzione delle funzioni cognitive. La deglutizione può essere resa difficile dalla posizione reclinata dello schienale del letto. La muscolatura esofagea e gastrica si atrofizza, la riduzione dell'attività ghiandolare favorisce la formazione di ulcere da stress. La distensione gastrica porta alla distensione dello sfintere esofageo con un aumentato rischio di reflusso e polmoniti da aspirazione, l'attività peristaltica diminuisce con l'inattività e la stipsi è estremamente frequente. [4, 11]

Tratto urinario: negli anziani allettati si riscontra un aumento della diuresi, una riduzione della volemia e di conseguenza della filtrazione a livello dei glomeruli renali. Dopo tre giorni dall'inizio dell'allettamento si evidenzia la tendenza all'iponatriemia, la perdita di acqua corporea totale, la ridotta secrezione di ormone antidiuretico (ADH) e la progressione del danno a livello dei reni. A livello delle vie urinarie, gli ureteri si svuotano tramite l'attività peristaltica uretrale mentre la pelvi renale necessita della forza di gravità per svolgere questo processo. Se il paziente è allettato, quindi

in posizione supina, la forza di gravità non svolge più questa funzione, portando ad una modificazione della distribuzione del volume di urina, riducendo lo stimolo pressorio sulla parete vescicale, sul collo vescicale e sugli sfinteri. Ciò porta ad una riduzione del riflesso minzionale e ad una perdita di efficacia della contrazione della muscolatura vescicale, di conseguenza l'urina ristagna nei calici, predisponendo il paziente alla formazione di calcoli di ossalato e di fosforo e alle infezioni. [4, 11]

Sistema nervoso: si riscontrano alterazioni della propiocezione, della sensibilità tattile e dolorifica e della trasmissione dei segnali neuromuscolari. Secondariamente all'immobilità e conseguentemente al decondizionamento e alla perdita di forza e massa muscolare compare la polineuropatia neuromuscolare. Si osservano inoltre alterazioni del ritmo sonno-veglia, con la presenza di insonnia e irrequietezza notturna. Nei pazienti allettati, inoltre, si riscontrano problematiche di tipo psicologico, cognitivo e comportamentale, come un'iniziale demoralizzazione che diviene presto depressione, ansia, apatia, atteggiamenti oppositivi nei confronti del personale sanitario e decadimento cognitivo. Un effetto a lungo termine è l'"impotenza appresa", ovvero un atteggiamento manifestato dal paziente dopo aver sopportato ripetuti stimoli avversi al di fuori del suo controllo. In questo caso l'allettamento e la permanenza prolungata all'interno di una struttura sanitaria lo portano ad accettare il suo ruolo di malato e a perdere l'indipendenza e la capacità di prendere decisioni. [4, 11]

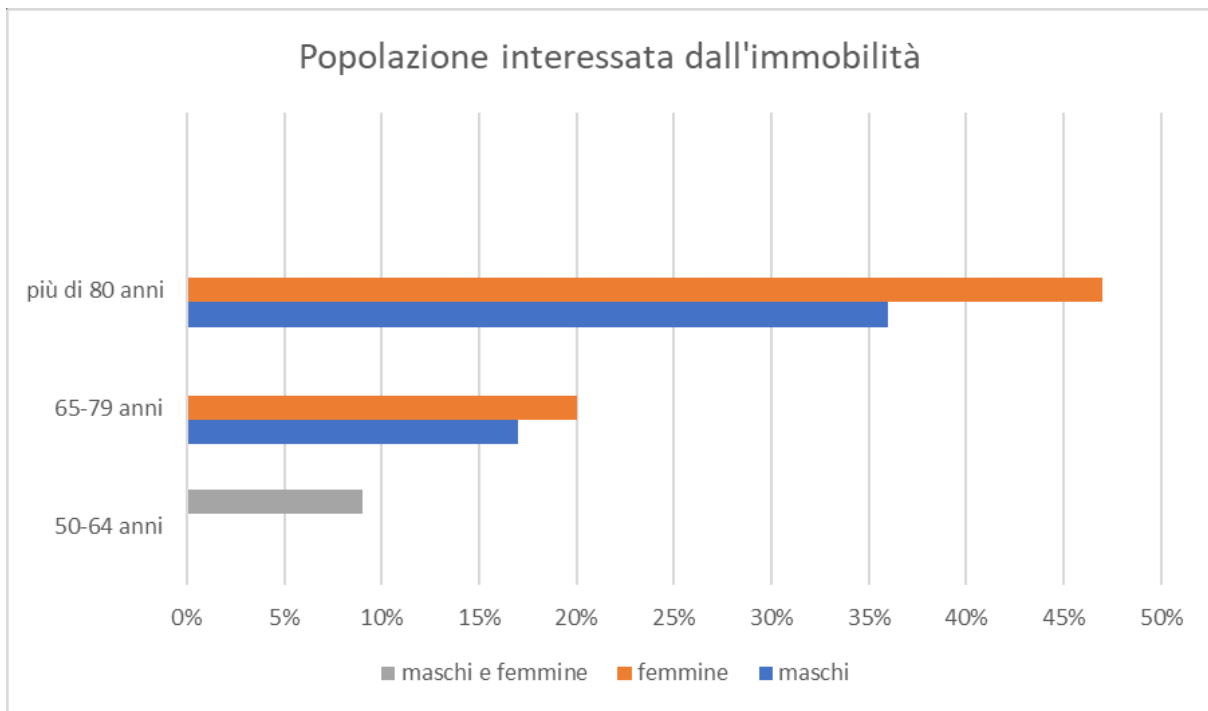
Metabolismo: l'insulinoresistenza si manifesta dopo pochi giorni di allettamento quando si riscontra un aumento del colesterolo e dei trigliceridi nel sangue. Dal momento che la maggior parte del consumo di glucosio indotto dall'insulina avviene a livello muscolare, l'insulinoresistenza indotta dall'allettamento può essere limitata ai muscoli e può essere attribuita direttamente all'inattività. [2]

Cute: le piaghe da decubito si presentano frequentemente nei pazienti allettati anziani a causa di una compressione prolungata nel tempo a livello delle prominenze ossee e cartilaginee a contatto con una superficie rigida, solitamente quella del letto, che porta ad ischemia e successivamente necrosi dei tessuti molli. Le aree più a rischio sono il sacro, la spalla, il gran trocantere, il calcagno e il padiglione auricolare. I fattori che contribuiscono allo sviluppo delle piaghe da decubito sono una microcircolazione insufficiente, la frizione e l'attrito tra la cute e la superficie rigida, la malnutrizione, l'umidità e la scorretta mobilizzazione del paziente. A livello sistemico consideriamo come fattori sinergici allo sviluppo delle piaghe da decubito le condizioni fisiche generali scadenti del paziente, lo stato cognitivo compromesso, l'incontinenza e la mobilità insufficiente se non assente. Le ulcere

cutanee rappresentano un grande pericolo dal momento che sono un portale d'ingresso per gli agenti patogeni e mettono il paziente a rischio di contrarre infezioni locali e osteomielite, causano dolore persistente e possono portare alla sepsi e infine alla morte. Possono essere stadiate in quattro fasi: l'eritema non sbiancabile, la perdita cutanea a spessore parziale, la perdita di tessuto a tutto spessore, infine, la perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione ossea. Per la valutazione dell'evoluzione e la stadiazione delle piaghe da decubito si tiene conto dell'ampiezza della superficie, della qualità e quantità dell'essudato, della presenza di tessuto necrotico e della granulazione. [2, 8, 11]

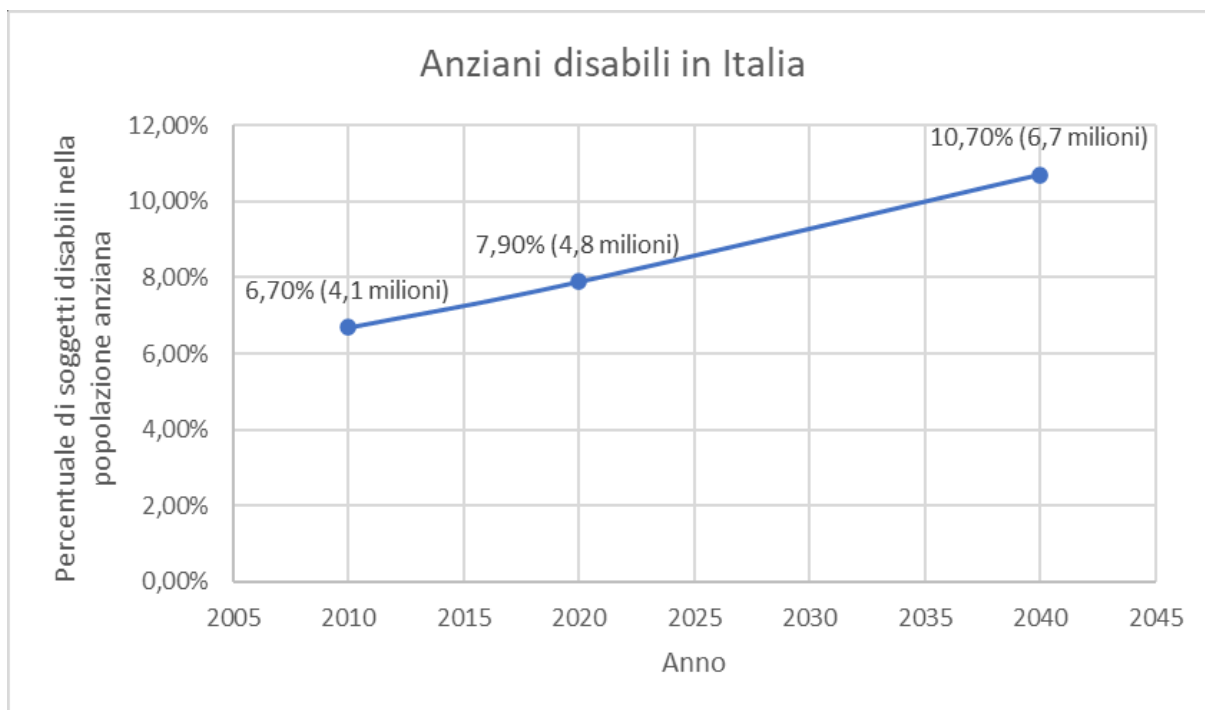
1.3 Epidemiologia

Un terzo dei casi di immobilità è causato da un evento catastrofico (per esempio una frattura di femore), in particolar modo nei pazienti young-old (69-74 anni) e old-old (75-84 anni). Il declino catastrofico si manifesta nel 20-30% della fascia 69-74 anni e nel 40% della fascia 75-84 anni. Nel gruppo oldest-old (più di 85 anni) invece si osserva prevalentemente un declino funzionale progressivo e una disabilità persistente severa. In uno studio prospettico della durata di un anno, con l'obiettivo di osservare le traiettorie dalla disabilità alla morte, è stato dimostrato che nel 17% dei casi un declino funzionale catastrofico porta alla morte in 2-3 mesi dall'evento scatenante; nel 20% dei casi il declino simil-catastrofico porta alla morte in 10 mesi; nei casi rimanenti con declino funzionale progressivo o persistentemente severo l'immobilità precede di oltre un anno la morte. La disabilità persistentemente severa, che spesso coincide con la sindrome da immobilizzazione, aumenta all'aumentare dell'età, in particolar modo nel sesso femminile sopra i 65 anni. Negli studi sulla popolazione si nota che l'immobilità interessa il 9% dei soggetti nella fascia 50-64 anni, il 20% delle femmine e il 17% dei maschi nella fascia 65-79 anni, il 47% delle femmine e il 36% dei maschi nella popolazione ultraottantenne.



Nella popolazione italiana che vive a domicilio sono interessati dalla condizione di immobilità l'8.7% degli ultrasessantacinquenni e il 22.3% degli ultraottantenni. Nella popolazione istituzionalizzata oltre l'80% dei residenti è completamente dipendente negli spostamenti nella propria camera e all'interno della struttura in cui è ricoverato.

Secondo uno studio del 2010 in Italia sta aumentando il numero di soggetti anziani affetti da disabilità, dal 6.7% (4.1 milioni di persone) nel 2010 fino al 7.9% (4.8 milioni di persone) nel 2020, con la stima di salire al 10.7% (6.7 milioni di persone) entro il 2040. Ciò ci porta a riflettere sulla domanda di servizi sociosanitari che sono destinati a subire pressioni sempre più forti negli anni a venire. [11]



2. Scopo della tesi

L'obiettivo del presente studio è effettuare un'analisi tramite questionario rispetto alle buone pratiche fisioterapiche di prevenzione e di presa in carico dei pazienti con Sindrome da Immobilità, messe in atto dai fisioterapisti in collaborazione con l'equipe all'interno dei Centri Servizi per gli Anziani (CSA) del trevigiano.

Lo strumento di indagine individuato per rispondere al quesito che ci si è posti è l'inchiesta campionaria (survey) condotta attraverso l'elaborazione di un questionario ad hoc. Il questionario, creato con l'applicazione Moduli di Google, ha lo scopo di:

- capire come i fisioterapisti individuino i “campanelli d'allarme” per il possibile sviluppo della condizione patologica
- conoscere come agiscano a livello preventivo e per rallentare o fermare il decorso della Sindrome da Immobilità
- indagare come si confrontino con l'equipe (medici, infermieri, OSS, educatori...) in merito a questa problematica, indagando in tal modo anche sull'esistenza di buone pratiche fisioterapiche messe in atto all'interno delle strutture

3. Materiali e metodi

3.1 Ricerca bibliografica

Per creare il questionario è stata eseguita una ricerca in letteratura, sia tramite motori di ricerca che attraverso la lettura di manuali di Geriatria, al fine di comprendere quali potevano essere considerati i principali e più diffusi indicatori di rischio della Sindrome da Immobilità.

Per la ricerca in banche dati biomediche sono stati utilizzati i seguenti motori di ricerca:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<https://pedro.org.au/>

Le parole chiave utilizzate sono state: *Immobilization Syndrome, immobilization, bed rest/adverse effects, geriatric patient, elderly patient, physical therapy, prevention, rehabilitation, aging, nursing home.*

Altri criteri di ricerca utilizzati sono stati: *articoli di lingua inglese, articoli free full text, pazienti con età > 65 anni.* Si è invece deciso di non applicare il filtro relativo all'anno di pubblicazione. In quanto gli articoli rinvenuti si limitavano, dopo una prima scrematura, a poche decine, ed il più recente risaliva al 2015.

È stata svolta una ricerca manuale per l'individuazione di articoli attinenti all'argomento d'interesse, visionando la bibliografia di ciascun articolo consultato.

Dalla ricerca bibliografica è emerso che è presente letteratura sulle buone pratiche fisioterapiche per la Sindrome da Immobilità negli Ospedali, in particolar modo nel Pronto Soccorso, ma non nei Centri Servizi per gli Anziani (nursing homes).

3.2 Elaborazione del questionario

È stata svolta preliminarmente la fase di pre-test in cui il questionario è stato sottoposto ad alcuni "osservatori privilegiati", che si sono resi disponibili allo scopo di valutare la chiarezza e pertinenza dei quesiti e la presenza di eventuali lacune. È stato reperito l'elenco dei CSA convenzionati con

L'Università degli Studi di Padova per il tirocinio in area geriatrica, svolto dagli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia nel territorio del trevigiano. Sono stati contattati gli uffici di dirigenza di tutti i centri presenti nell'elenco, per ottenere l'autorizzazione alla somministrazione del questionario, che successivamente è stato inviato presso i CSA che hanno aderito allo studio; la partecipazione dei fisioterapisti all'interno delle strutture era su base volontaria. Il questionario rivolto ai fisioterapisti si articola in 35 domande a risposta aperta o chiusa, precedute da una breve introduzione sull'obiettivo dello studio. Il questionario si compone di quattro sessioni: nella prima sono raccolti i dati relativi al genere, alla fascia di età e al numero di anni di lavoro in struttura per anziani; nella seconda sessione sono stati raccolti i dati relativi al lavoro in equipe, alla modalità di confronto con i colleghi e alla percezione dei fisioterapisti di quanto il personale OSS e infermieristico sia a conoscenza della SI; nella terza sessione sono stati raccolti i dati relativi alla presenza di quelli che i fisioterapisti considerano essere "campanelli d'allarme", per i quali viene richiesta una classifica in termini di significatività rispetto al rischio attribuendo un punteggio da 0 a 3 (0 non indicativo, 1 poco indicativo, 2 indicativo e 3 molto indicativo). Sempre in questa sessione inoltre veniva chiesto un giudizio sugli apparati e sistemi più frequentemente coinvolti; nella quarta sessione sono stati raccolti i dati relativi alle buone pratiche fisioterapiche messe in atto dai fisioterapisti per prevenire o contrastare la SI, al numero e alla tipologia dei colleghi coinvolti nelle azioni di contrasto alla SI, indagando infine la presenza di procedure/protocolli pensati per questa evenienza. [3]

In base alla letteratura consultata [4, 6, 8, 12] sono stati individuati i seguenti indicatori di rischio raggruppati per sistema/apparato/funzione:

- **Sistema muscolo-scheletrico:** debolezza/ipotrofia del muscolo, deficit di articularità, osteoporosi e fratture patologiche.
- **Tratto urinario:** infezione delle vie urinarie.
- **Sistema cardio-circolatorio:** aumento della frequenza cardiaca, riduzione della riserva cardiaca, ipotensione ortostatica e tromboflebite.
- **Sistema respiratorio:** embolia polmonare, atelettasia e polmonite.
- **Cute:** formazione di lesioni da pressione (piaghe da decubito).

- **Psiche:** ansia, depressione e peggioramento improvviso e/o importante delle funzioni cognitive.

- **Declino funzionale:** incapacità di mettersi sul fianco nel letto, incapacità di stare seduto autonomamente sul bordo del letto, incapacità di mantenere autonomamente o con minima assistenza la stazione eretta e incapacità di sedersi e alzarsi da una sedia.

I “campanelli d’allarme” sono stati selezionati in base alla loro pertinenza alla letteratura sulle maggiori conseguenze della SI ricercate in precedenza. . In particolare, gli item riguardanti il declino funzionale sono stati scelti coerentemente con la figura professionale del fisioterapista, che ha un ruolo primario nel recupero funzionale del paziente, realtà verificata personalmente durante il tirocinio in ambito geriatrico.

[3]

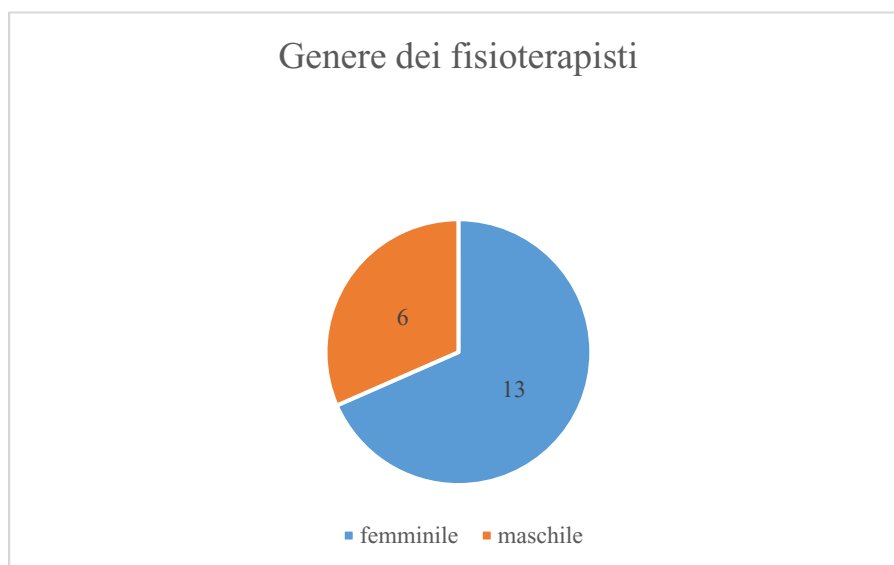
4. Risultati

Sono pervenute 19 risposte. I dati raccolti sono stati analizzati attraverso il pacchetto Office-Software Excel e sono stati trattati nel completo anonimato dei partecipanti.

Di seguito vengono riportati i risultati raccolti attraverso la somministrazione dei questionari e per il testo del questionario si veda l’allegato n.1.

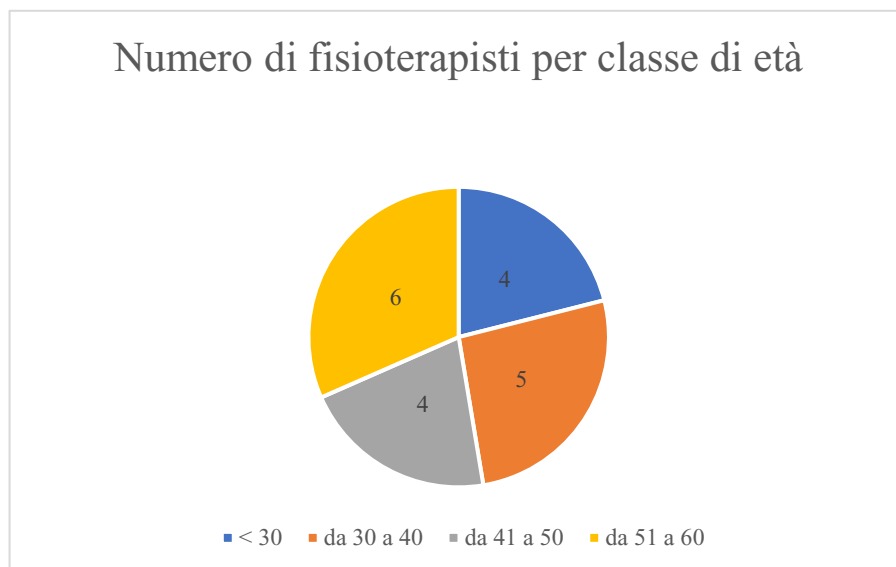
1) Genere

genere	n.ft
femminile	13
maschile	6



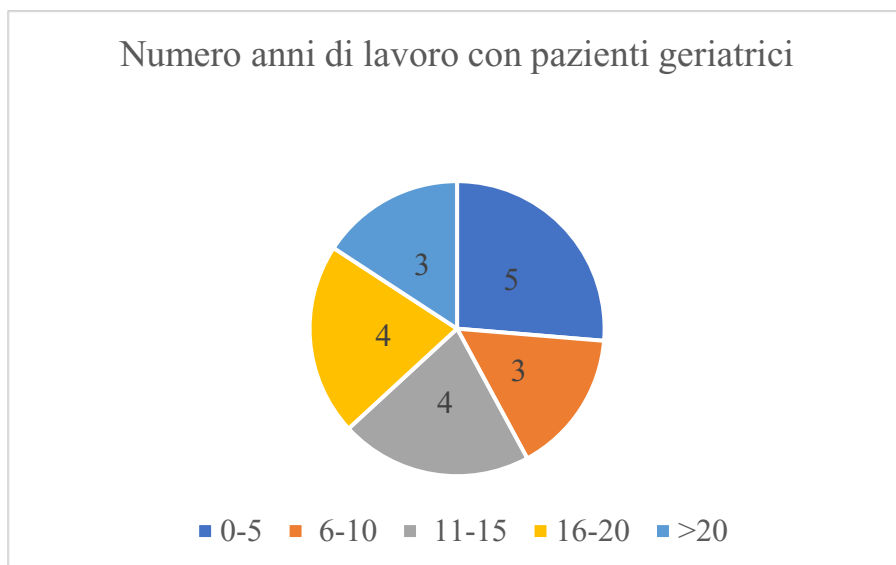
2) Classe di età del fisioterapista

anni	n.ft
< 30	4
da 30 a 40	5
da 41 a 50	4
da 51 a 60	6



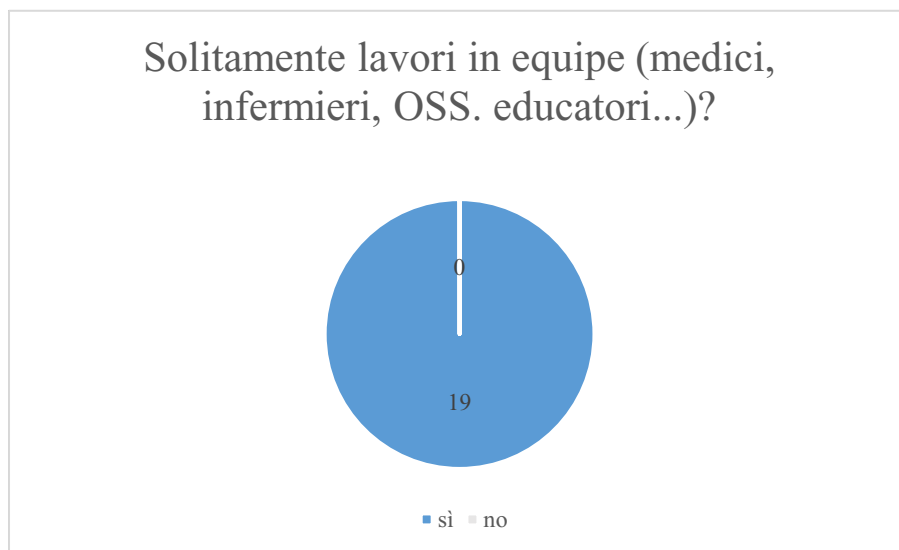
3) Anni di lavoro con pazienti geriatrici

anni	n.ft
0-5	5
6-10	3
11-15	4
16-20	4
>20	3

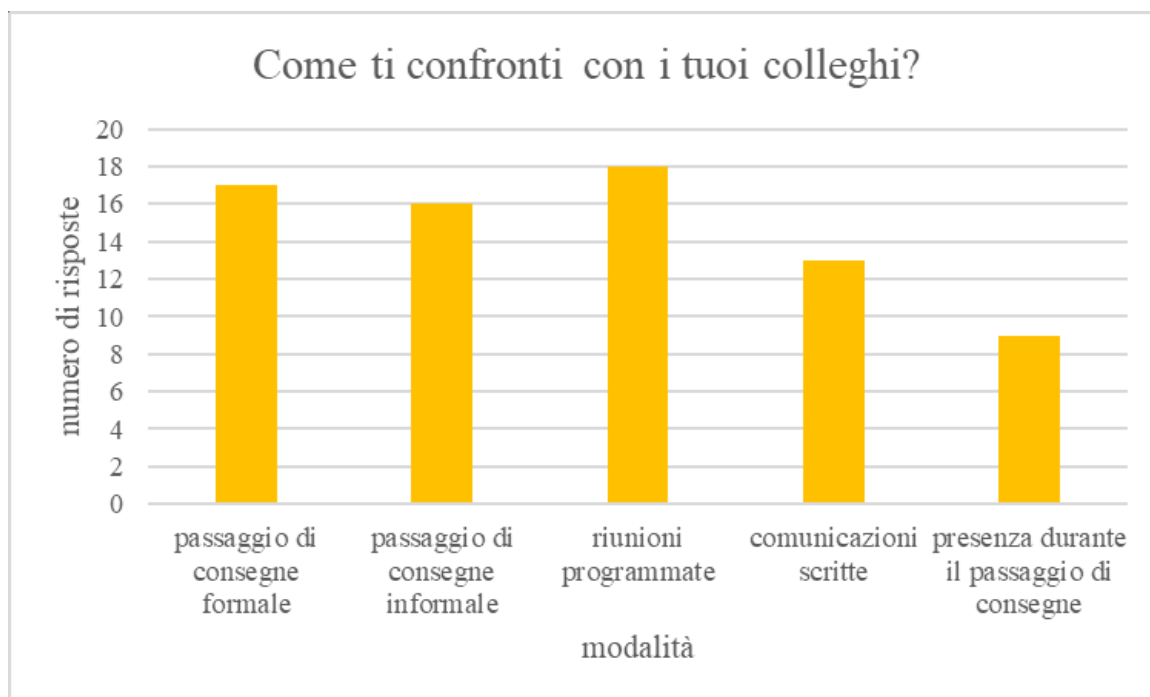


4) Lavoro in equipe

risposta	n.ft
si	19
no	0



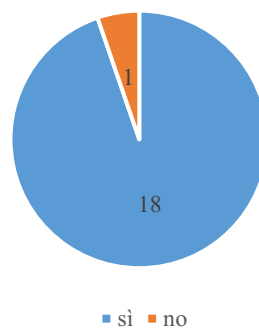
5) Modalità di confronto con i colleghi (possibili più risposte)



6) Conoscenza della Sindrome da Immobilità da parte degli infermieri

risposta	n.ft
sì	18
no	1

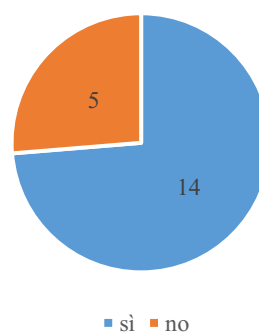
Ritieni che il personale infermieristico sia a conoscenza della Sindrome da Immobilità e del rischio che hanno gli utenti della struttura a svilupparla?



7) Conoscenza della Sindrome da Immobilità da parte degli OSS

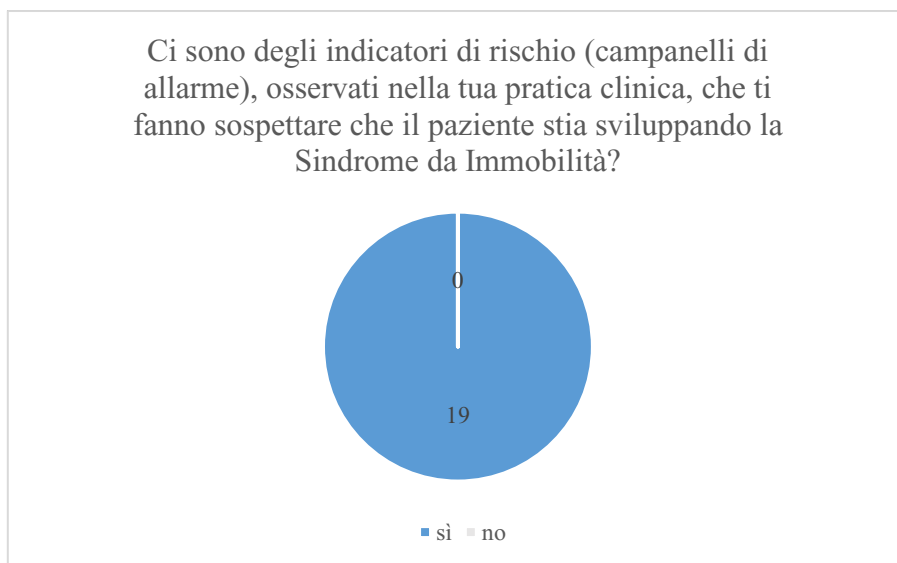
risposta	n.ft
sì	14
no	5

Ritieni che il personale OSS sia a conoscenza della Sindrome da Immobilità e del rischio che hanno gli utenti della struttura a svilupparla?

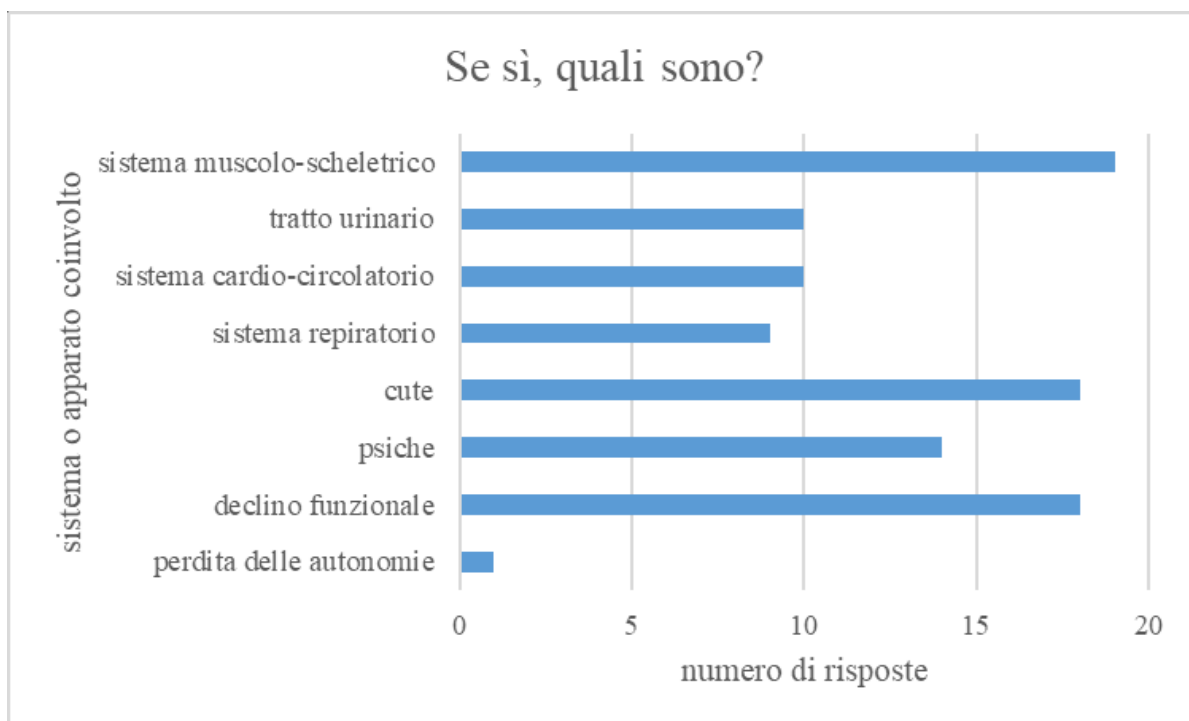


8) Percezione della presenza di indicatori di rischio della SI

risposta	n.ft
si	19
no	0

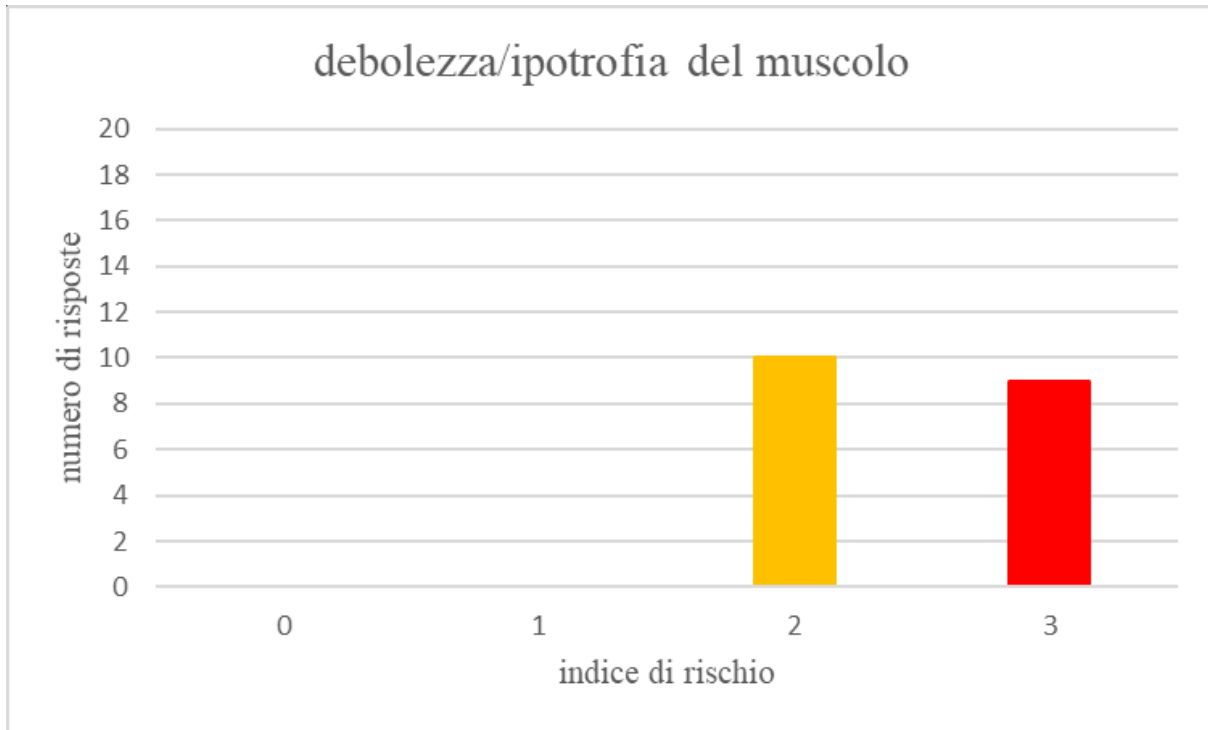


9) Elenco indicatori di rischio (possibili più risposte)

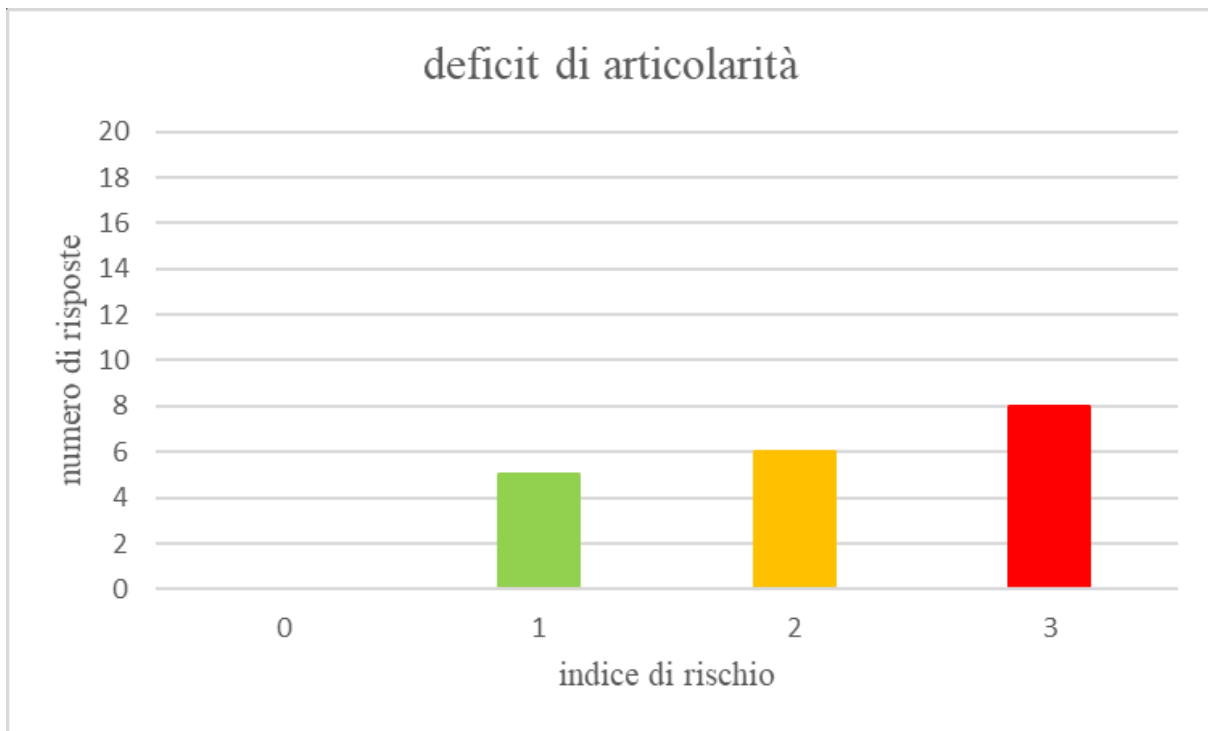


Percezione della significatività di rischio per i vari sotto indicatori rispetto alle alterazioni di sistemi/apparati/funzioni precedentemente individuati.

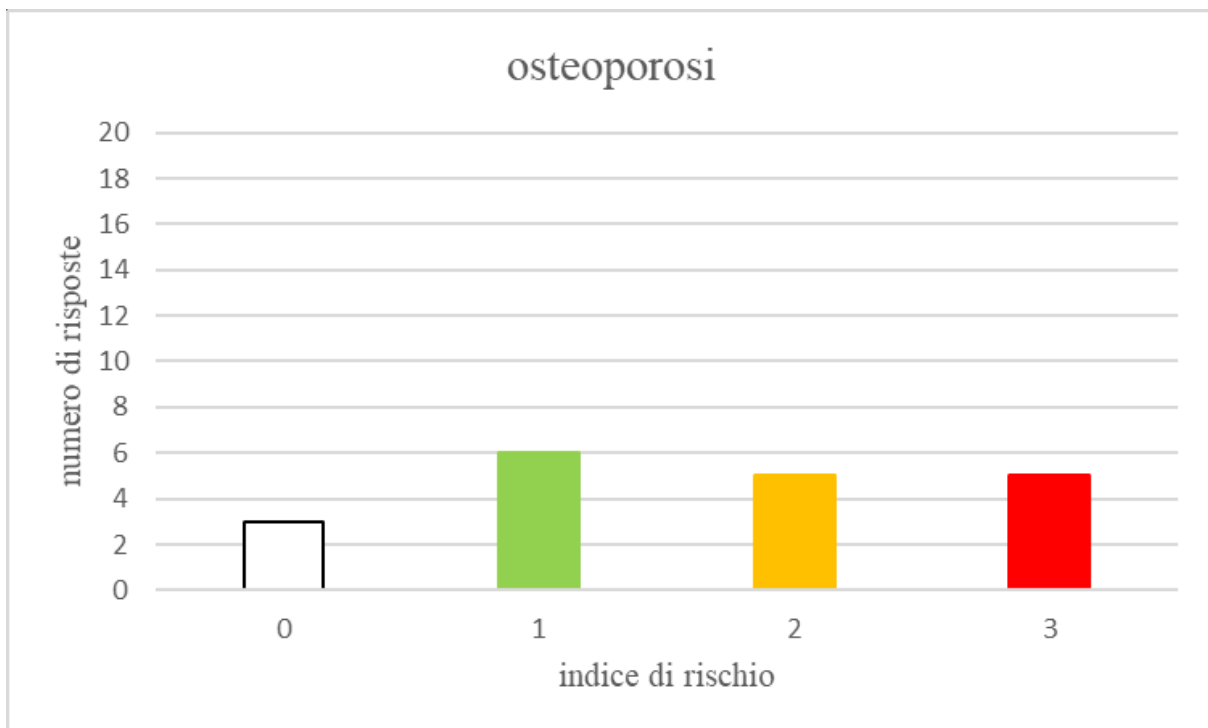
10) Sistema muscolo-scheletrico/1



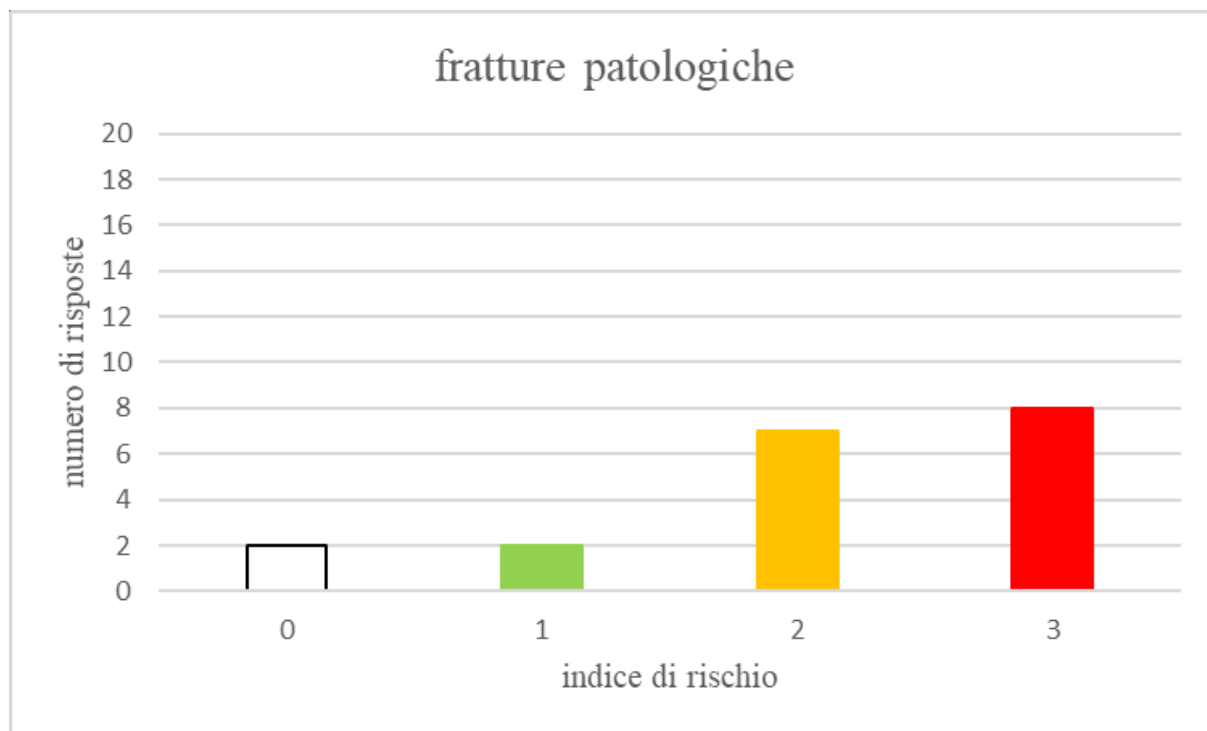
11) Sistema muscolo-scheletrico/2



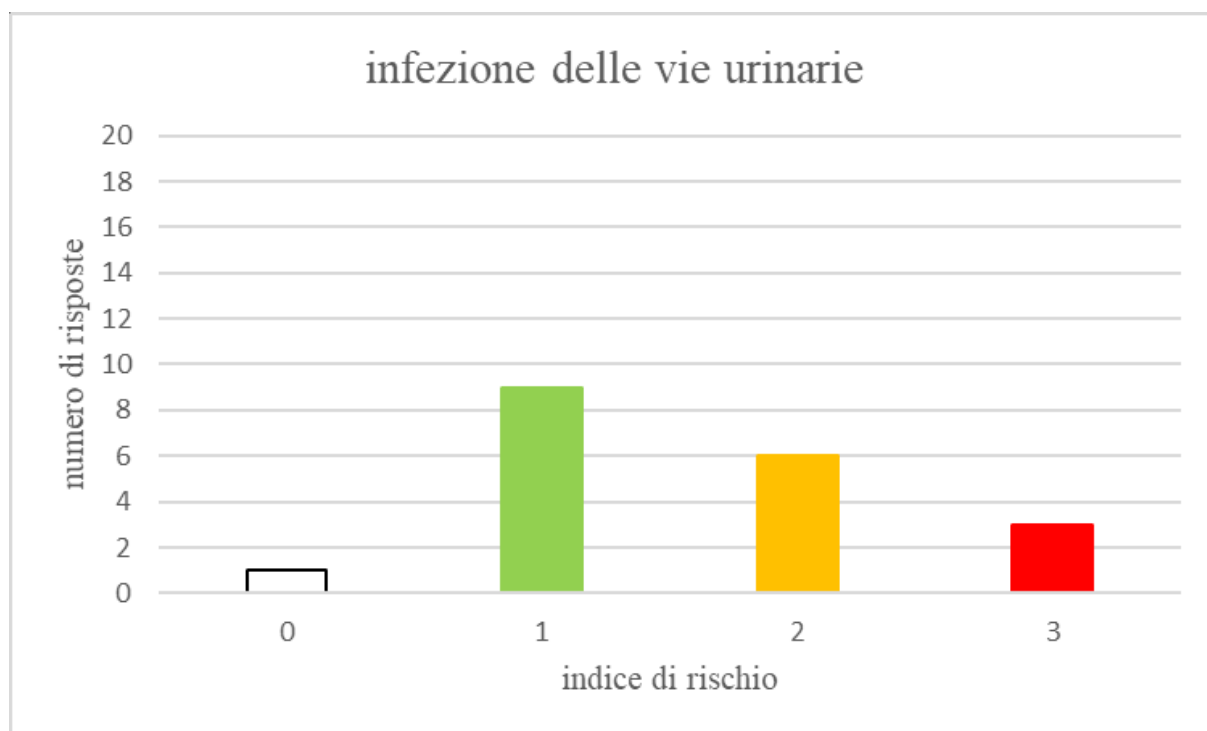
12) Sistema muscolo-scheletrico/3



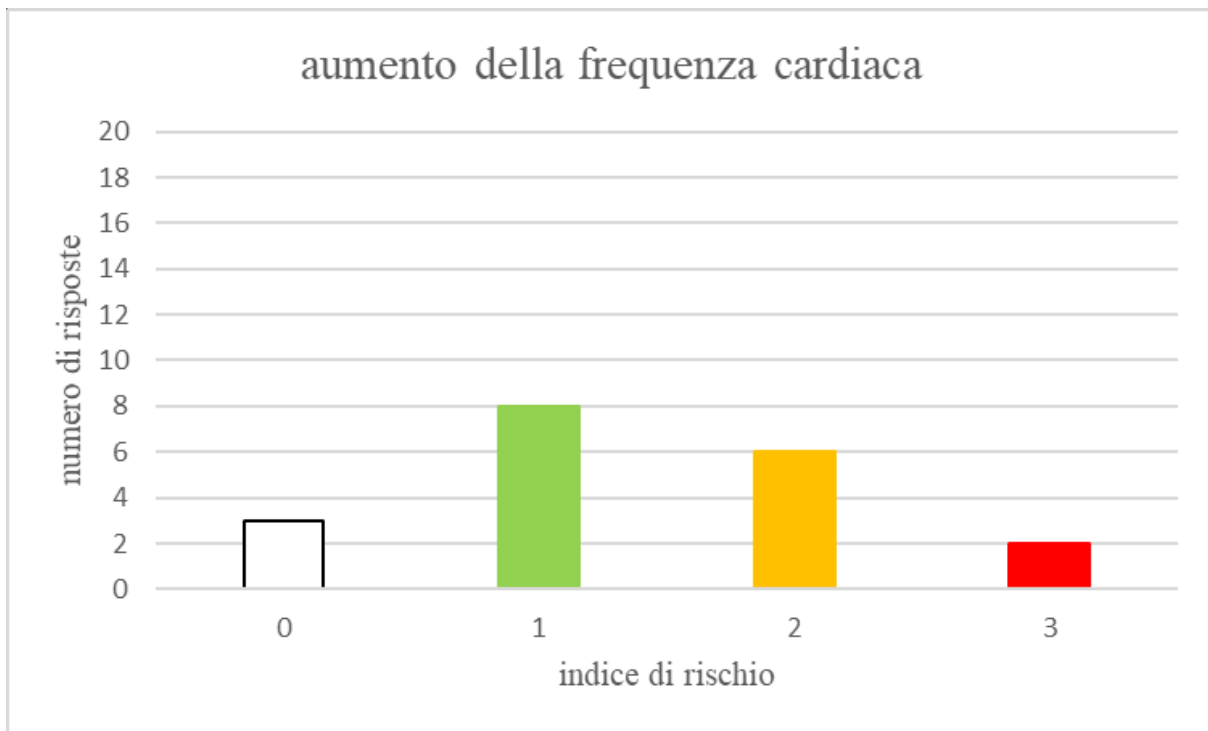
13) Sistema muscolo-scheletrico/4



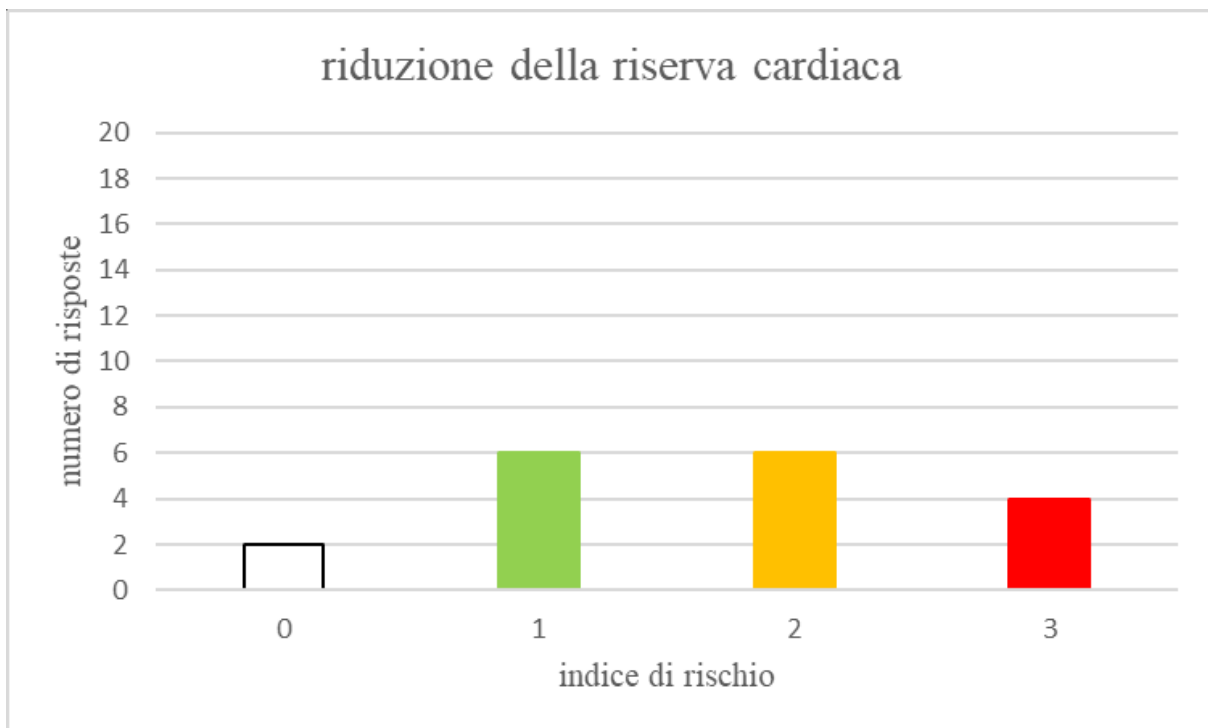
14) Tratto urinario



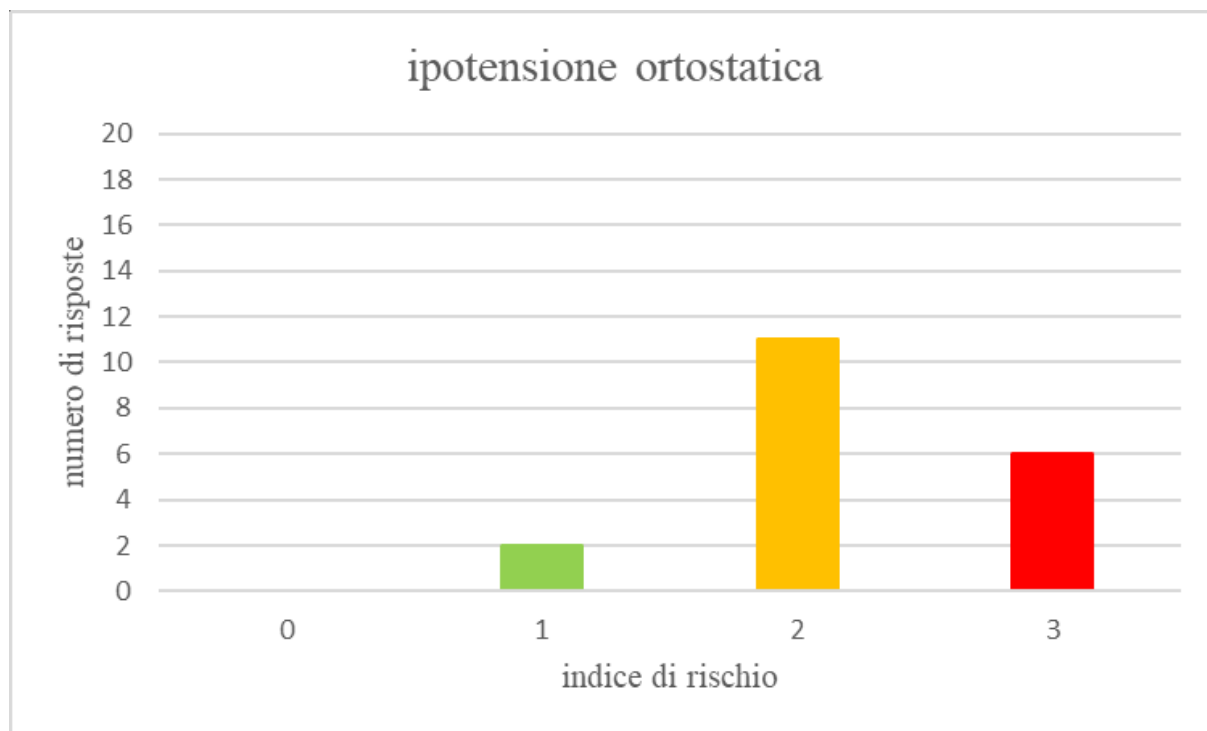
15) Sistema cardiocircolatorio/1



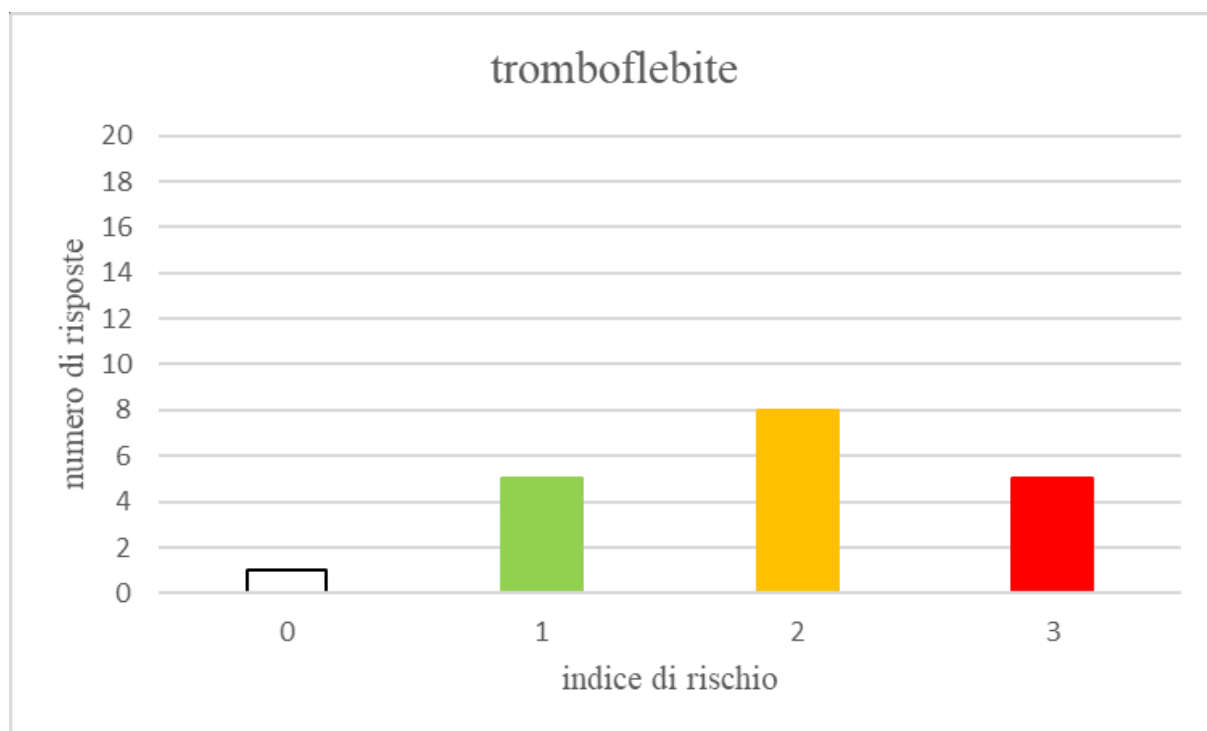
16) Sistema cardiocircolatorio/2



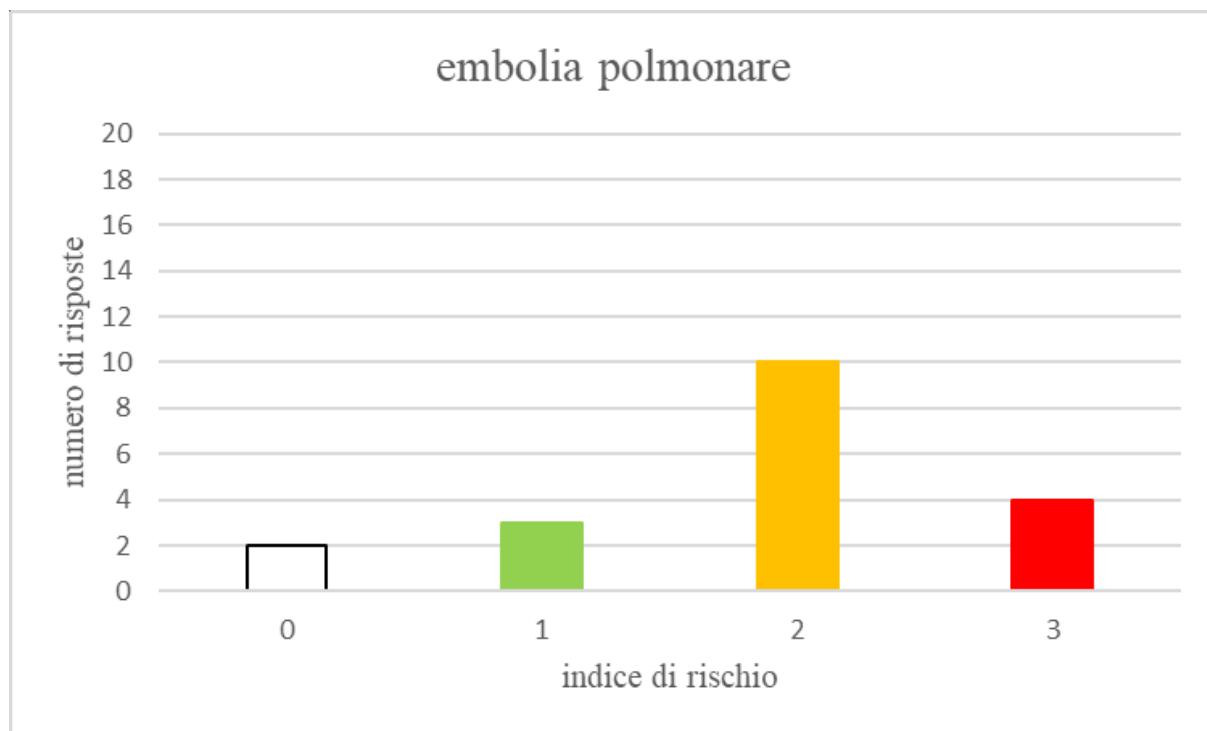
17) Sistema cardiocircolatorio/3



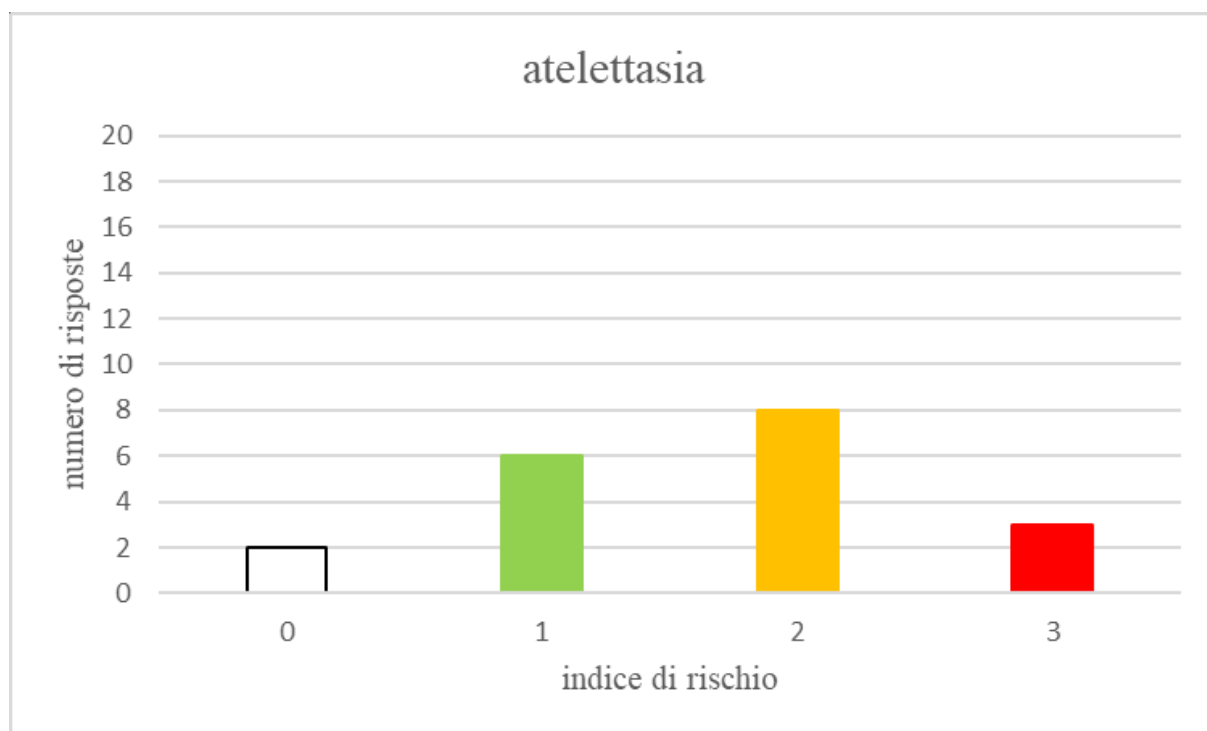
18) Sistema cardiocircolatorio/4



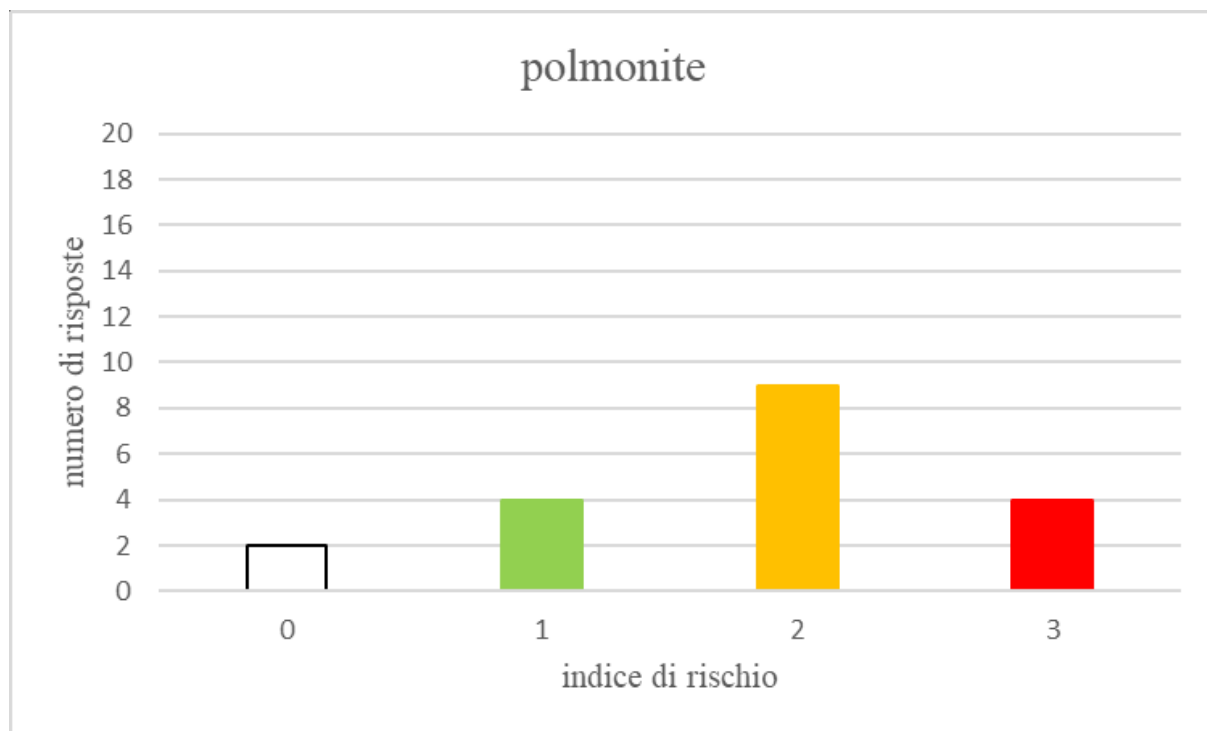
19) Sistema respiratorio/1



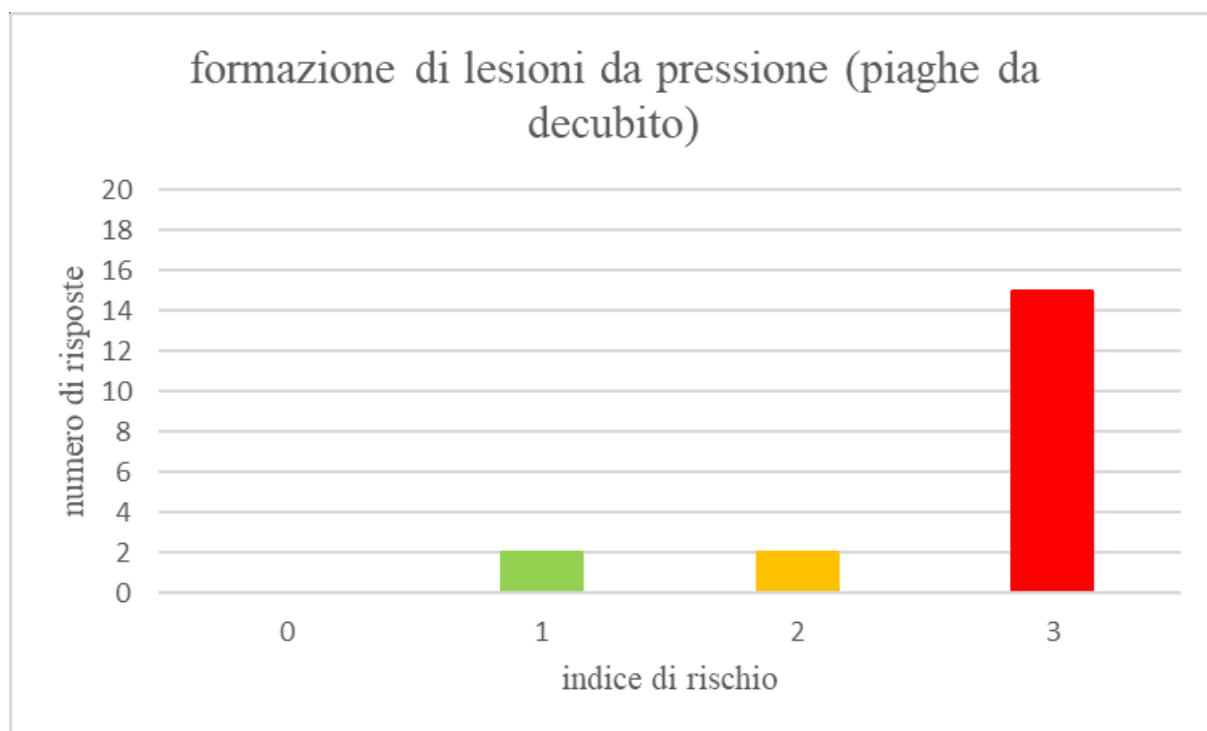
20) Sistema respiratorio/2



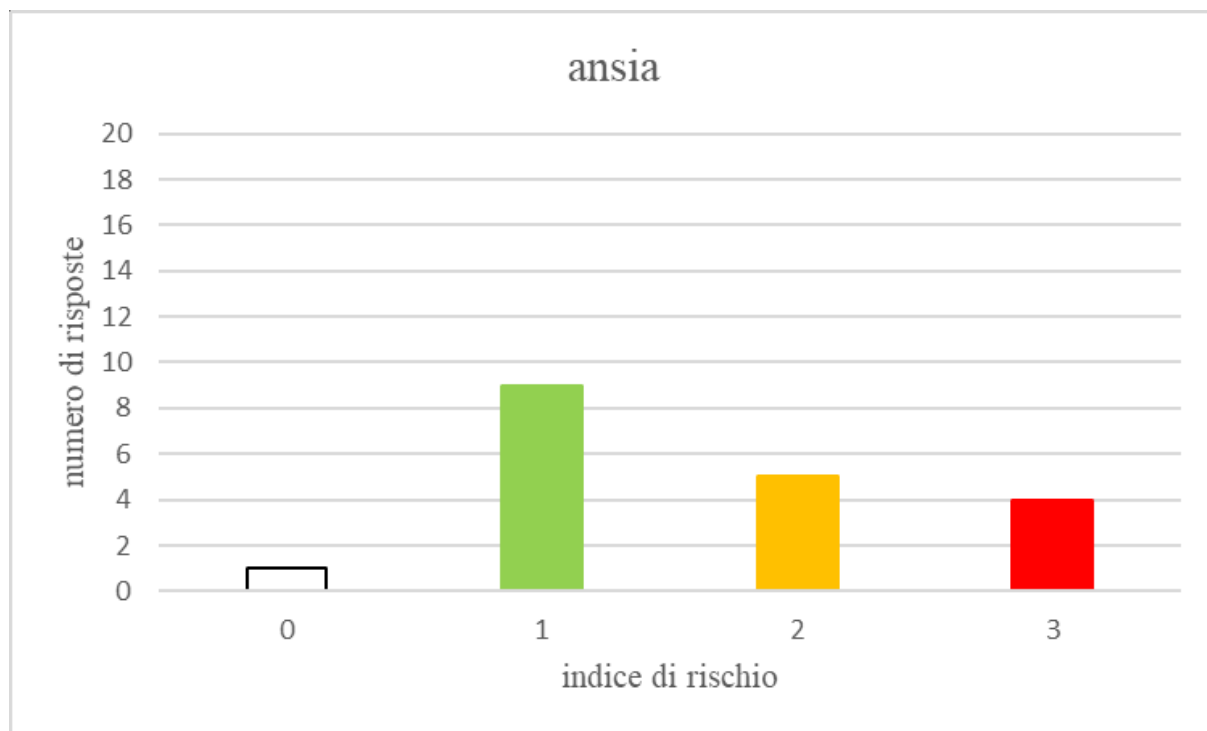
21) Sistema respiratorio/3



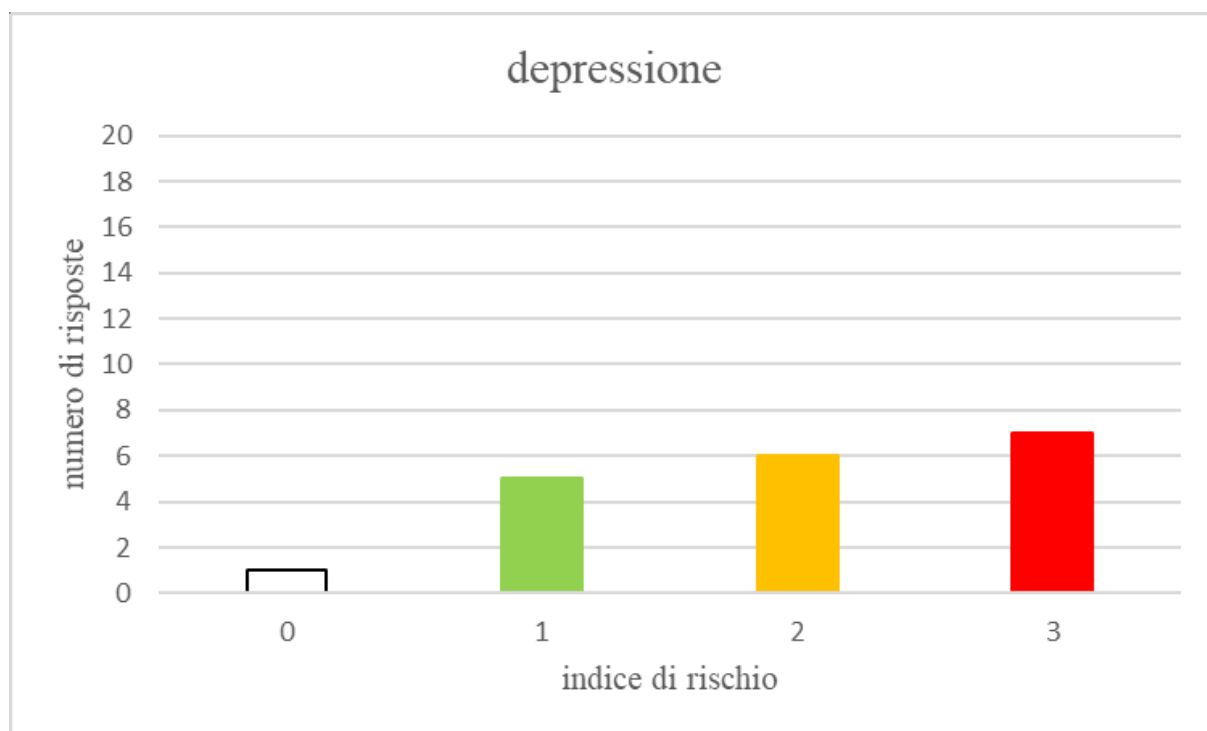
22) Cute



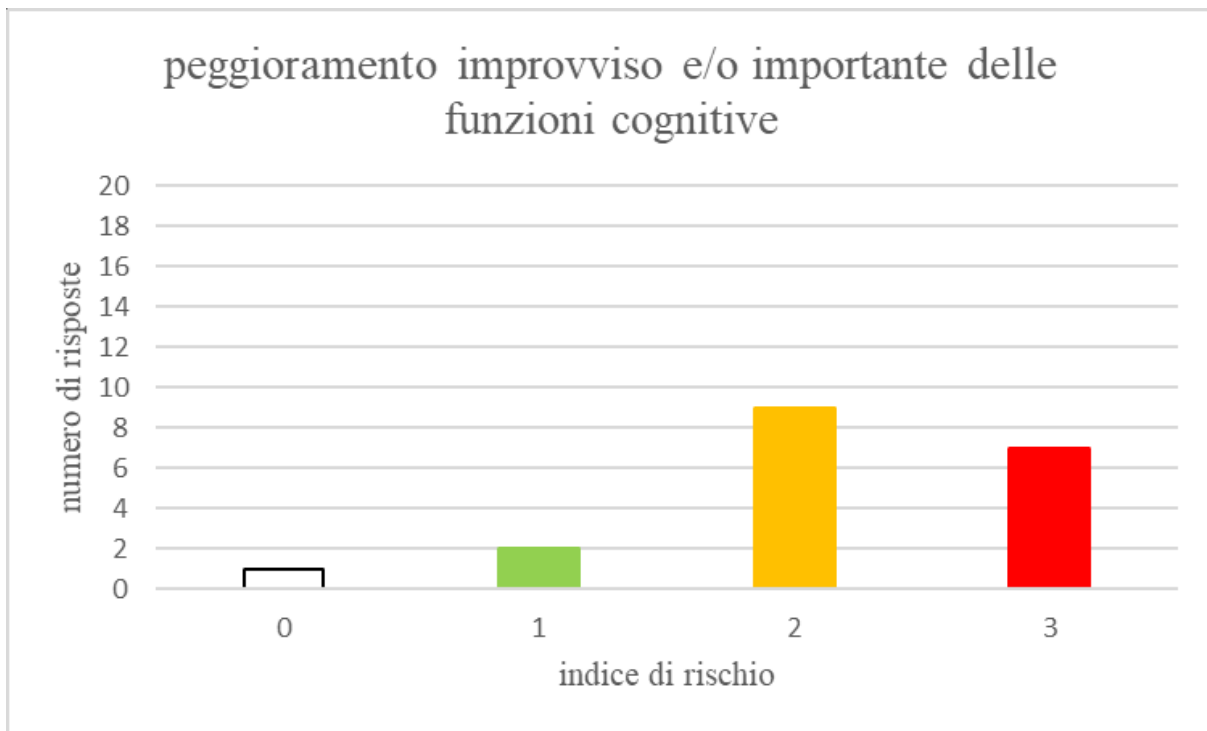
23) Psiche/1



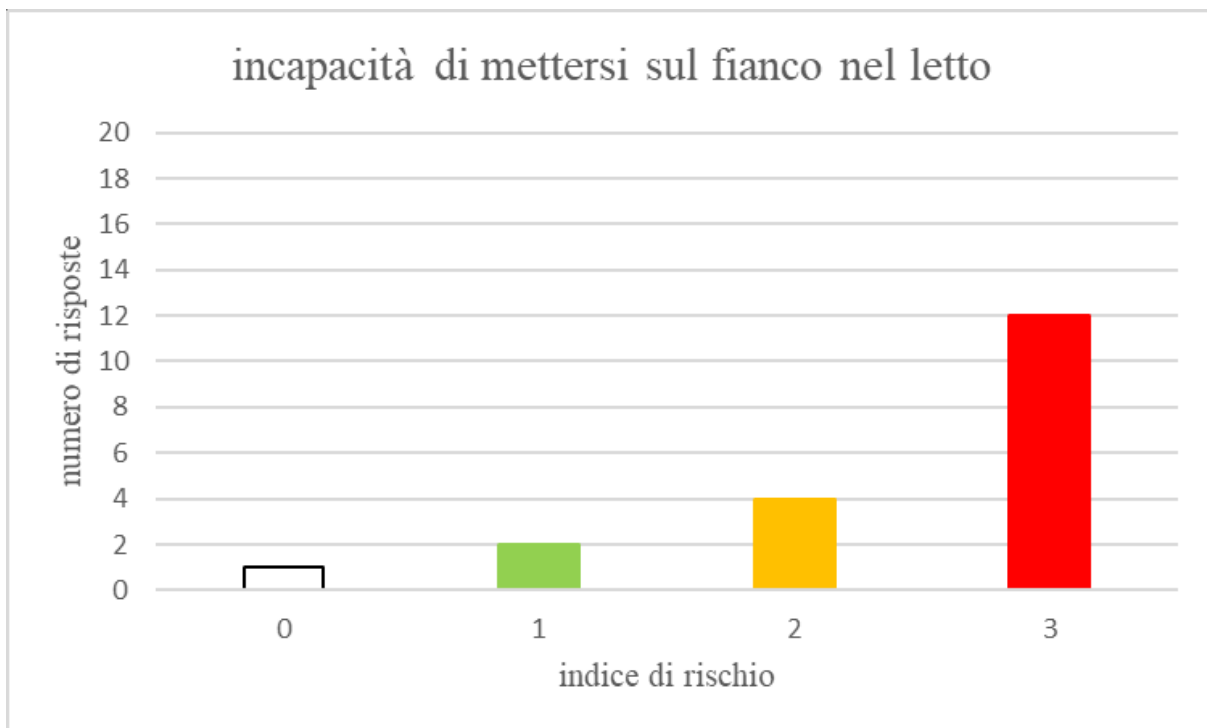
24) Psiche/2



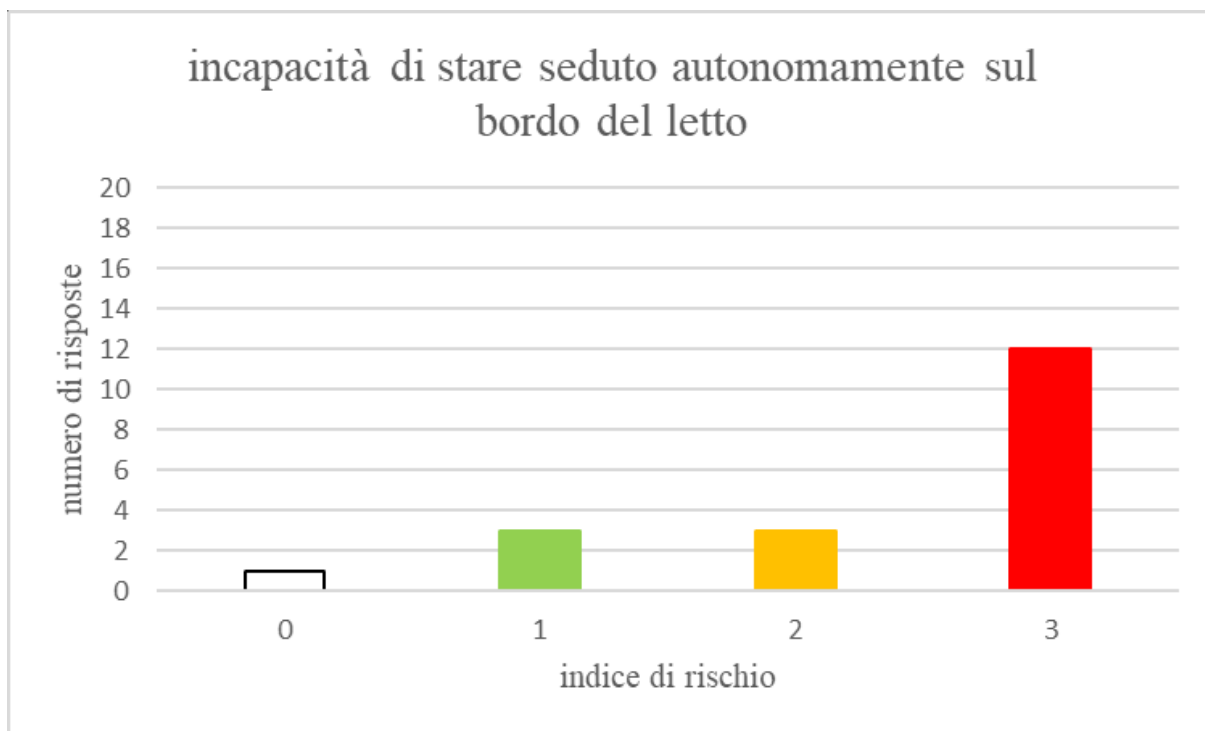
25) Psiche/3



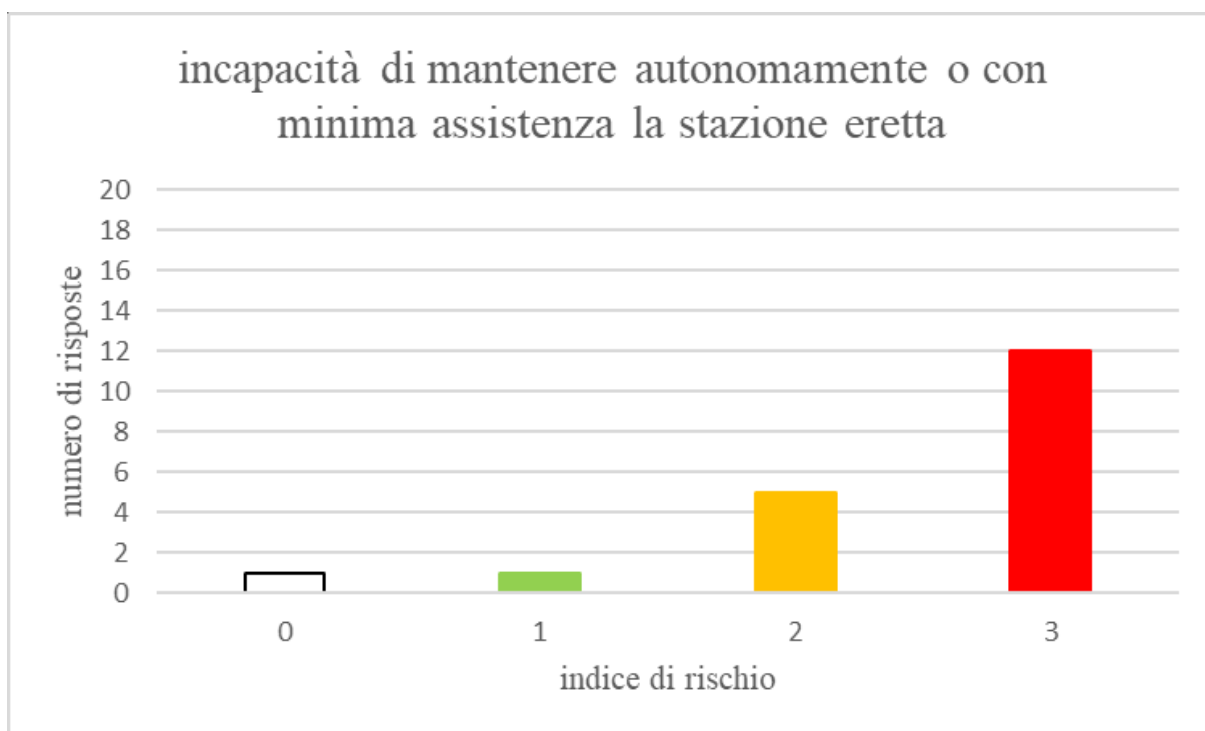
26) Declino funzionale/1



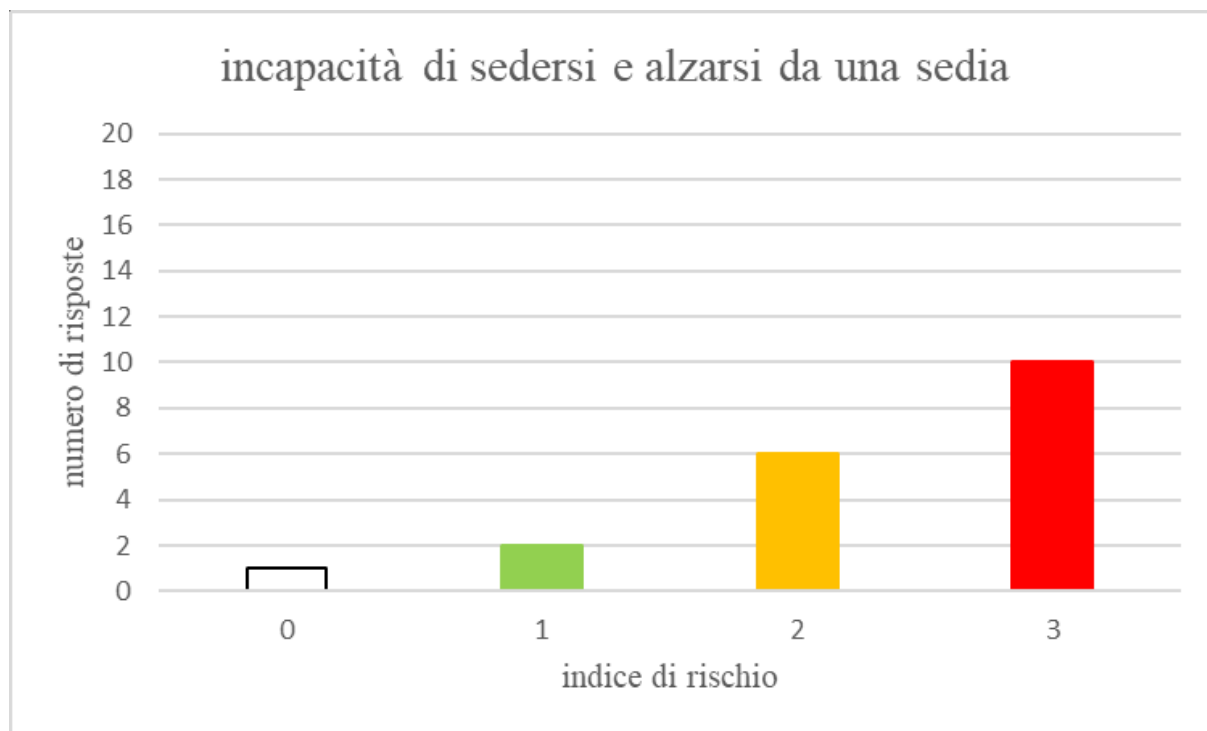
27) Declino funzionale/2



28) Declino funzionale/3



29) Declino funzionale/4



30) Altro

31) Misure di contrasto alla Sindrome da Immobilità (Risposte aperte)

Una volta individuati gli indicatori di rischio, quali misure metti in atto per fermare o rallentare il decorso della sindrome? Sono pervenute 18 risposte che si possono ricondurre a 5 diversi tipi di soluzione.

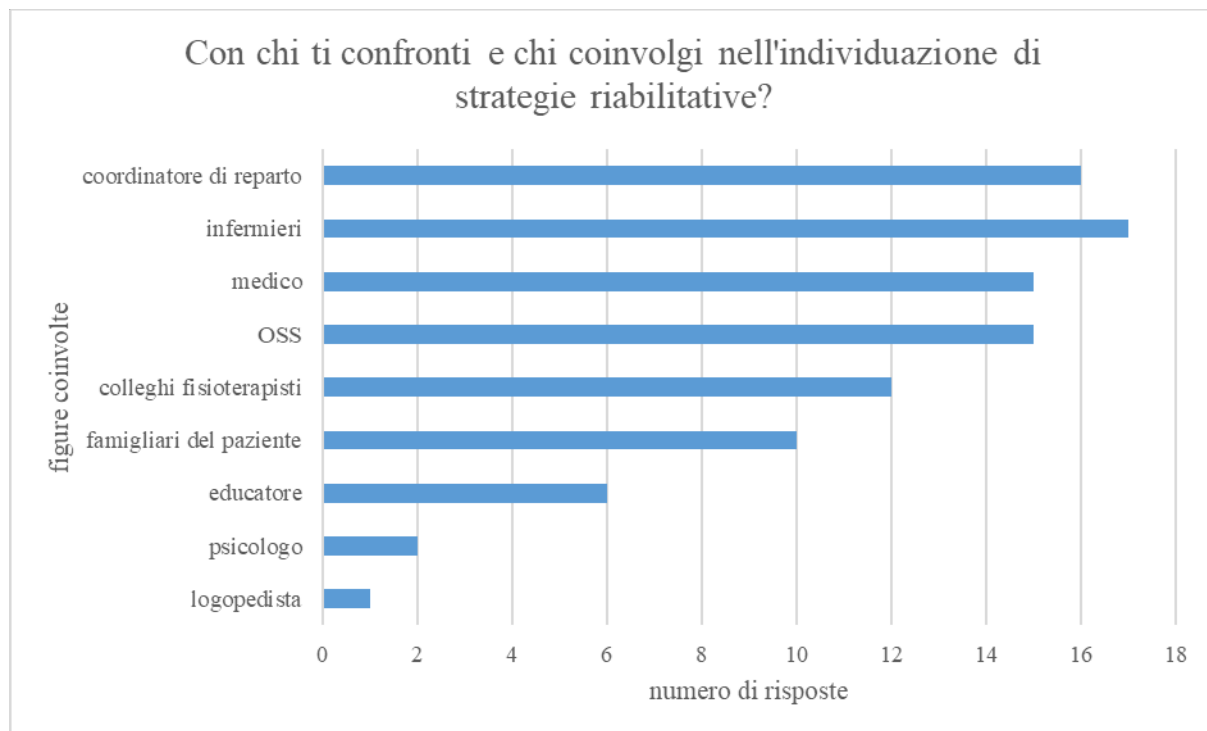
- La prima soluzione riguarda il cambio programmato di posture a letto del paziente. Come misure sono state proposte la pianificazione di un programma di igiene posturale con la variabilità delle posture mantenute e la formazione degli operatori sulle posture idonee per i pazienti.
- La seconda fa riferimento alla promozione della socialità del paziente. Come misure sono state proposte la riduzione dell'isolamento in camera e la possibilità di condividere i tempi e gli spazi con altri ospiti nelle zone comuni e durante le attività ricreative per prevenire la depressione.
- La terza soluzione mira al mantenimento delle capacità motorie residue (ADL, passaggi posturali, trasferimenti). Come misure sono state proposte la mobilizzazione attivo-assistita, la

mobilitazione attiva, la promozione dell'alzata precoce dal seggiolone/carrozzina in modo tale da togliere l'ausilio quanto prima, il riadattamento precoce alla stazione seduta ed eretta con l'attivazione di un piano di alzate programmate con l'ausilio idoneo, la stimolazione dell'autonomia nelle ADL, il tentativo di mantenimento dei passaggi posturali, la stimolazione motoria globale dove possibile e la proposta di un piano di esercizi di riattivazione.

d. La quarta ha come obiettivo l'utilizzo di ausili e presidi. Come misure sono state proposte l'utilizzo di presidi antidecubito (come, per esempio, il materasso antidecubito) per la prevenzione delle lesioni da pressione a letto e in carrozzina e la ricerca di ausili idonei per facilitare e supportare il paziente durante le alzate dal letto e durante la marcia.

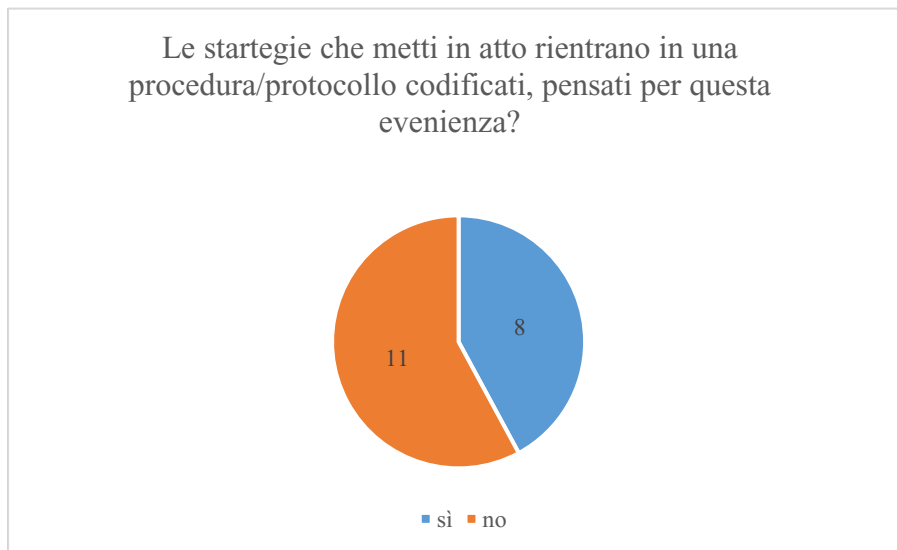
e. La quinta soluzione richiede il confronto con il medico, il personale infermieristico e il personale OSS (progetto riabilitativo condiviso) e l'educazione del personale infermieristico e OSS. Come misure sono state proposte la presa in carico complessiva da parte dell'equipe multidisciplinare, con definizione di un progetto riabilitativo individuale condiviso, l'informazione del personale sul pericolo dei pazienti di sviluppare la SI e le indicazioni agli operatori per la mobilitazione e postura del paziente.

32) Coinvolgimento da parte del fisioterapista di altre figure dell'equipe (più risposte possibili)



33) Presenza di procedure e protocolli di contrasto della SI codificati

risposta	n.ft
sì	8
no	11



34) Utilità della presenza di procedure o protocolli: considerazioni (risposte aperte)

La risposta a questa domanda è il sì unanime dei fisioterapisti che hanno risposto (11), con la considerazione che ogni paziente è un caso a sé stante, per cui sarebbe utile e auspicabile che le linee guida da utilizzare possano essere adattate in base all'ospite e alla situazione del reparto.

35) Commenti/suggerimenti sul tema della Sindrome da Immobilità (risposte aperte)

Le 5 risposte a questa domanda si possono ricondurre a due differenti suggerimenti.

Il primo consiste nell'educazione terapeutica e nella sensibilizzazione sull'argomento del personale OSS e infermieristico, proponendo l'utilizzo di materiale semplice, come per esempio infografiche in singola pagina con indicati cause/segni da riconoscere per individuare la SI e la conseguente modalità di gestione, per ri-educare personale OSS di lunga esperienza.

Il secondo riguarda il coinvolgimento a tutti i livelli del personale e dei familiari del paziente in ottica preventiva, con il recupero e il mantenimento delle abilità residue come obiettivo principale, per evitare la SI lasciandola come extrema ratio.

5. Discussione

Uno dei punti di forza di questo studio è l'originalità. La ricerca svolta si è concentrata infatti sulla prevenzione e il trattamento della Sindrome da Immobilità nell'ambito dei Centri Servizi per Anziani, con pazienti cronici, mentre in letteratura attualmente si trovano studi sulla SI principalmente in contesto ospedaliero, con pazienti in acuto o in sub-acuto.

È stato interessante osservare come, con i dati raccolti in letteratura relativi a situazioni in acuto, si potesse interrogare anche un contesto diverso, quello del paziente cronico istituzionalizzato.

Osservando le risposte al questionario si nota una grande coerenza di fondo: coerenza interna tra risposte, coerenza professionale, dato che i "campanelli d'allarme" ritenuti più significativi sono relativi alle capacità funzionali, e coerenza con la letteratura esaminata.

Dalla seconda sessione del questionario riguardante il lavoro in equipe, è emerso che il confronto con le figure professionali presenti in struttura, soprattutto personale infermieristico e OSS, risulta essere fondamentale per i fisioterapisti, dal momento che tutti affermano di lavorare in equipe. Il confronto con i colleghi avviene principalmente attraverso le riunioni programmate (18 fisioterapisti), il passaggio di consegne formale (17 fisioterapisti) e il passaggio di consegne informale (16 fisioterapisti). Le comunicazioni scritte risultano essere utilizzate comunque da più della metà dei fisioterapisti (13 su 19). Per quanto riguarda la percezione dei fisioterapisti sulla conoscenza della SI del personale infermieristico e sul rischio che hanno gli utenti a svilupparla, è risultato che il 97,4% ritiene che il personale infermieristico sia preparato. Secondo il 73,3% dei fisioterapisti il personale OSS è ugualmente a conoscenza della SI e del rischio degli utenti di svilupparla. Questi dati sono incoraggianti dal momento che denotano un'alta considerazione dei fisioterapisti circa la preparazione del personale soprattutto infermieristico. In un'ottica di lavoro in equipe, il fatto che siano presenti conoscenze condivise sulla Sindrome da Immobilità fa sì che essa possa essere individuata precocemente da più professionisti. Di conseguenza sarà più facile mettere in atto le misure preventive quando la sindrome non si sarà ancora instaurata nel paziente. Per quanto riguarda il personale OSS una buona parte dei fisioterapisti lo considera preparato, mentre il 25% circa esprime delle criticità.

Nella terza sessione del questionario sono stati valutati i "campanelli d'allarme". Tutti i fisioterapisti ritengono che esistano dei "campanelli d'allarme" che precedono lo sviluppo della SI. Secondo i

fisioterapisti le alterazioni/deficit si osservano principalmente nel sistema muscolo-scheletrico (100% delle risposte), nella funzionalità e nell'autonomia (100% delle risposte), nella cute (94,7% delle risposte) e nella psiche (73,7% delle risposte). Il tratto urinario, il sistema cardiocircolatorio e il sistema respiratorio, invece, sono stati valutati suscettibili di alterazioni/deficit da circa il 50% dei fisioterapisti. Questo sembra, a prima vista, in contrasto con quanto suggerito dalla letteratura che dà molta importanza soprattutto al sistema cardiocircolatorio e al sistema respiratorio come possibili cause dell'allettamento, mentre i fisioterapisti intervistati sembrano ritenerli meno indicativi di altri organi o apparati dal punto di vista delle alterazioni osservate; in realtà, al momento di attribuire un livello di significatività ai sotto indicatori relativi a questi sistemi, gli intervistati li riconoscono quasi tutti come significativi o molto significativi, come sotto riportato.

L'analisi della valutazione dell'indicatività di rischio dei vari "campanelli d'allarme" ha permesso di suddividerli in tre sottogruppi:

- a. I sotto indicatori considerati significativi o molto significativi da più del 70% dei fisioterapisti sono la debolezza/ipotrofia del muscolo, il deficit di articularità, le fratture patologiche, la riduzione della riserva cardiaca, l'ipotensione ortostatica, l'embolia polmonare, la formazione di lesioni da pressione (piaghe da decubito), il peggioramento improvviso e importante delle funzioni cognitive, l'incapacità di mettersi sul fianco nel letto, l'incapacità di stare seduto autonomamente sul fianco del letto, l'incapacità di mantenere autonomamente o con minima assistenza la stazione eretta e l'incapacità di sedersi e alzarsi da una sedia.
- b. I sotto indicatori considerati significativi o molto significativi dal 51% al 70% dei fisioterapisti sono l'osteoporosi, la tromboflebite, l'atelettasia, la polmonite e la depressione.
- c. I sotto indicatori considerati significativi o molto significativi da meno del 50% dei fisioterapisti sono l'infezione delle vie urinarie, l'aumento della frequenza cardiaca e l'ansia.

Osservando i tre sottogruppi si nota che gli item più indicativi di rischio riguardano principalmente le problematiche dei sistemi muscolo-scheletrico e cardio-circolatorio e l'incapacità di svolgere attività funzionali. È presente una grande coerenza di fondo delle risposte con quanto reperito in letteratura, che pone queste complicanze come cause primarie del declino funzionale. In particolare, gli item riguardanti l'incapacità a svolgere determinate attività funzionali, come per esempio il non essere in grado di stare seduto autonomamente o di alzarsi e sedersi autonomamente sul letto, sono

indicativi di una perdita dell'autonomia del paziente e potenzialmente di un allettamento prolungato nel tempo.

Nella quarta sessione del questionario sono state valutate le buone pratiche fisioterapiche messe in atto dai fisioterapisti per fermare o rallentare il decorso della sindrome. Le risposte pervenute sono state raggruppate in cinque soluzioni: cambio di postura a letto del paziente, promozione della socialità del paziente, mantenimento capacità motorie residue (ADL, passaggi posturali, trasferimenti), utilizzo di ausili e presidi e confronto con il medico, il personale infermieristico e il personale OSS (progetto riabilitativo condiviso) ed educazione del personale infermieristico e OSS. Da un'analisi delle risposte date si può desumere che i fisioterapisti agiscano principalmente in ottica preventiva, facendo attenzione al posizionamento a letto e all'utilizzo di presidi per prevenire le piaghe da decubito e le deformità e alla socialità del paziente per prevenire la depressione. È importante inoltre notare come anche in questo caso i fisioterapisti facciano riferimento alla collaborazione e al confronto con le altre figure professionali all'interno dell'equipe. Dal punto di vista riabilitativo è stato proposto come fondamentale il mantenimento delle capacità motorie residue (ADL, passaggi posturali, trasferimenti). Da ciò emerge che il mantenimento e il miglioramento dell'autonomia nelle attività funzionali sono promossi in modo condiviso da tutti i fisioterapisti e questo è compatibile con il dato di letteratura che individua nella perdita di autonomia e delle attività funzionali uno dei principali indicatori di rischio della SI.

Per quanto riguarda le figure coinvolte per l'individuazione di strategie riabilitative si nota che il personale infermieristico (89,5% delle risposte), il coordinatore di reparto (84,2% delle risposte), il medico (79,9% delle risposte) e il personale OSS (79,9% delle risposte) risultano essere i più gettonati. Seguono i colleghi fisioterapisti (63,2% delle risposte), i familiari del paziente (52,6% delle risposte), e infine l'educatore (31,6% delle risposte). È inoltre emerso che due fisioterapisti hanno valutato utile il coinvolgimento dello psicologo e del logopedista in azioni di prevenzione o trattamento, cosa che ancora una volta è coerente con il riscontro della grande attitudine ad un approccio multidisciplinare e al lavoro in team tipico della cultura geriatrica.

Per quanto riguarda la presenza di procedure e protocolli di contrasto alla SI, è emerso come questi ultimi vengano utilizzati solo da 8 dei fisioterapisti, ovvero meno della metà. Fra coloro che non li utilizzano emerge una valutazione positiva di questi strumenti organizzativi; ciò può significare che gli intervistati sono consapevoli che la presenza di un protocollo garantirebbe una maggiore efficacia

organizzativa nel mettere in atto misure preventive che, come risulta dalle risposte al questionario, sono sostanzialmente omogenee nelle diverse realtà e vedono il fisioterapista svolgere un ruolo proattivo. È, inoltre, emersa la considerazione che ogni paziente è un caso a sé stante, perciò sarebbe utile e auspicabile che le linee guida utilizzate possano essere modulabili in base alla situazione clinica dell'ospite e alla situazione del reparto in cui si trova.

Nell'ultima sezione del questionario si è scelto di dare spazio ad eventuali commenti o suggerimenti dei fisioterapisti sul tema della Sindrome da Immobilità. Sono stati proposti l'educazione terapeutica e la sensibilizzazione sull'argomento del personale OSS ed infermieristico oltre al coinvolgimento, a tutti i livelli, del personale e dei familiari del paziente.

Ancora una volta il punto focale del trattamento e della prevenzione della SI è rappresentato dalla collaborazione multidisciplinare.

6. Conclusioni

La Sindrome da Immobilità è una patologia molto grave per i pazienti anziani, tuttavia relativamente poco indagata. In particolare, a nostra conoscenza, poca attenzione è dedicata in letteratura alle misure di prevenzione di questa patologia nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Questo lavoro può costituire un punto di partenza per approfondire il tema. Gli indicatori di rischio relativi alla Sindrome da Immobilità trovati in letteratura sono traslabili al contesto dei Centri Servizi per gli Anziani, dal momento che i fisioterapisti che vi lavorano li utilizzano nella loro pratica clinica. Dalle risposte al questionario si evince che viene data molta importanza alla rilevazione dei disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e cardiocircolatorio e alla perdita di funzionalità; una volta individuati i "campanelli d'allarme", i fisioterapisti intervistati mirano ad operare in ottica preventiva. Al fine di raggiungere i risultati auspicati i fisioterapisti valorizzano il lavoro in equipe, ritenendolo una grande risorsa in un'ottica di prevenzione della SI, cooperando soprattutto con il personale infermieristico e OSS. Si è suggerito, inoltre, di coinvolgere attivamente i familiari del paziente. Per quanto riguarda l'utilizzo di protocolli si è rilevato che all'interno dei CSA non sempre sono presenti; ove assenti, i fisioterapisti auspicano una loro stesura, in quanto li considerano una misura che migliora l'efficienza organizzativa, tenuto conto che le azioni preventive sono sostanzialmente omogenee. A partire da questi risultati, gli sviluppi futuri possono riguardare analisi con una maggiore

numerosità delle strutture coinvolte, oppure approfondire la tematica delle procedure e dei protocolli di prevenzione della Sindrome da Immobilità e la loro implementazione all'interno dei CSA.

Bibliografia

1. Asher R. A. J. (1947), *“The dangers of going to bed”*, British Medical Journal, Vol 2, n°4536, pag 967-968
2. Brower R. G. (2009), *“Consequences of bed rest”*, Critical Care Medicine, Vol 37, n° 10, pag 422-428
3. Corbetta P. (2014), *“L’inchiesta campionaria”* in *“Metodologia e tecniche della ricerca sociale”*, Il Mulino, Bologna, pag 123-210
4. Corcoran P. J. (1991), *“Use It or Lose It-The Hazards of Bed Rest and Inactivity”*, The Western journal of medicine, Vol 154, n°5, pag 536-538
5. Dittmer K. D. (1993), *“Complications of Immobilization and Bed Rest”*, Canadian Family Physician Medicine De Famille Canadien, Vol 39, pag 1428-1432, 1435-1437
6. Harper C. M. (1988), *“Physiology and complications of Bed Rest”*, The American Geriatric Society, Vol 36, n°11 pag 1047-1054
7. Kanjwal K. (2015), *“Orthostatic hypotension”*, Journal of Cardiovascular Medicine, Vol 16, n°2, pag 75-81
8. Laksmi P. W. (2008), *“Management of Immobilization and Its Complications for Elderly”*, Acta Med Indones-Indones J Intern Med, Vol 40, n°4, pag 233-240
9. Sager M. A. (1998), *“Functional Decline Associated With Hospitalization For Acute Illness”*, Clinics in Geriatric Medicine, Vol 14, n° 4, pag 669-779
10. Senin U. et al. (2020), *“Le sindromi geriatriche”* in *“Paziente Anziano-Paziente Geriatrico, Medicina della complessità”*, EdiSES Università S.r.l., Napoli, pag 309-313
11. Senin U. et al. (2020), *“Immobilità e sindrome da immobilizzazione”* in *“Paziente Anziano-Paziente Geriatrico, Medicina della complessità”*, EdiSES Università S.r.l., Napoli, pag 349-372
12. Tousignant-Laflamme Y. (2015), *“Adding physical therapy services in the emergency department to prevent immobilization syndrome- a feasibility study in a university hospital”*, BMC Emergency Medicine, Vol 15, n° 1

Sitografia

13. Dizionario di Medicina Treccani, Sindrome, Disponibile on-line all'indirizzo:
<https://www.treccani.it/enciclopedia/sindrome/>
14. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (2019), Disponibile on-line all'indirizzo:
<https://www.sigg.it/news-geriatria/la-fragilita-sindrome-geriatrica-da-individuare-nei-diversi-setting-curativo-assistenziale-e-da-considerare-anche-nella-ricerca-clinica/>

Allegati

Allegato n.1: Questionario sulla Sindrome da Immobilità

1. Genere del fisioterapista

- Maschio
- Femmina

2. Età del fisioterapista

- <30 anni
- 30-40 anni
- 40-50 anni
- 50-60 anni
- >60 anni

3. Da quanti anni lavori con i pazienti geriatrici?

4. Solitamente lavori in equipe (medici, infermieri, OSS, educatori...)?

- Sì
- No

5. Come ti confronti con i tuoi colleghi? (più risposte possibili)
- Passaggio di consegne formale
 - Passaggio di consegne informale
 - Riunioni programmate (UOI e piani assistenziali programmati)
 - Comunicazioni scritte
 - Presenza durante il passaggio di consegne
 - Altro
6. Ritieni che il personale infermieristico sia a conoscenza della Sindrome da Immobilità e del rischio che hanno gli utenti della struttura a svilupparla?
- Sì
 - No
7. Ritieni che il personale OSS sia a conoscenza della Sindrome da Immobilità e del rischio che hanno gli utenti della struttura a svilupparla?
- Sì
 - No
8. Ci sono degli indicatori di rischio (campanelli di allarme), osservati nella tua pratica clinica, che ti fanno sospettare che il paziente stia sviluppando la Sindrome da Immobilità?
- Sì
 - No

9. Se sì, quali sono? Alterazioni/deficit osservati in: (più risposte possibili)

sistema muscolo-scheletrico: debolezza/ipotrofia del muscolo, deficit di articularità, osteoporosi, fratture patologiche

tratto urinario: infezione delle vie urinarie

sistema cardio-circolatorio: aumento della frequenza cardiaca, riduzione della riserva cardiaca, ipotensione ortostatica, tromboflebite

sistema respiratorio: embolia polmonare, atelettasia, polmonite

cute: formazione di lesioni da pressione (piaghe da decubito)

psiche: ansia, depressione, peggioramento improvviso e/o importante delle funzioni cognitive

declino funzionale: incapacità di mettersi sul fianco nel letto, incapacità di stare seduto autonomamente sul bordo del letto, incapacità di mantenere autonomamente o con minima assistenza la stazione eretta, incapacità di sedersi e alzarsi da una sedia

Altro

Rispetto alle alterazioni sopra elencate, quali, secondo te, sono quelle più indicative di un rischio? Attribuisce ad esse un punteggio da 0 a 3.

10. Debolezza/ipotrofia del muscolo

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

11. Deficit di articularità

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

12. Osteoporosi

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

13. Fratture patologiche

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

14. Infezione delle vie urinarie

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

15. Aumento della frequenza cardiaca

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

16. Riduzione della riserva cardiaca

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

17. Ipotensione ortostatica

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

18. Tromboflebite

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

19. Embolia polmonare

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

20. Atelettasia

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

21. Polmonite

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

22. Formazione di lesioni da pressione (piaghe da decubito)

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

23. Ansia

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

24. Depressione

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

25. Peggioramento improvviso e/o importante delle funzioni cognitive

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

26. Incapacità di mettersi sul fianco sul letto

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

27. Incapacità di stare seduto autonomamente sul bordo del letto

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

28. Incapacità di mantenere autonomamente o con minima assistenza la stazione eretta

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

29. Incapacità di sedersi e alzarsi da una sedia

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

30. Altro

- 0/ non indicativo
- 1/ poco indicativo
- 2/ indicativo
- 3/ molto indicativo

31. Una volta individuati gli indicatori di rischio, quali misure metti in atto per fermare o rallentare il decorso della sindrome?

32. Con chi ti confronti e chi coinvolgi nell'individuazione delle strategie riabilitative? (più risposte possibili)

- coordinatore di reparto
- infermieri
- medico
- OSS
- colleghi fisioterapisti
- familiari del paziente
- educatore
- Altro

33. Le strategie che metti in atto rientrano in una procedura/protocollo codificati, pensati per questa evenienza?

- Sì
- No

34. Se no, ritieni che sarebbe utile introdurre una procedura protocollo?

35. Hai eventuali commenti/suggerimenti sul tema della Sindrome da Immobilità?
