



Regione Emilia Romagna
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

**DIREZIONE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO,
TECNICO E RIABILITATIVO**

Centro Studi EBN
Area Governo Clinico



Evidence Based Phisyotherapy

La presa in carico del
paziente anziano allettato

Ricercatore EBN

Maria Antonietta Mandrioli

Fisioterapisti

Angelo Cappai

Nella Lugli

Claudia Montebugnoli

Anna Rosa Oliva

Rossana Rinaldi

Anna Verivaki

2007

La presa in carico del paziente anziano allettato

**Mandrioli M.A; *Cappai A, *Lugli N; *Montebugnoli C; *Oliva A.R; *Rinaldi R; *Verivaki A

**Fisioterapista-Ricercatore EBN, *Fisioterapista

Introduzione

L'esercizio riduce il rischio di tutte le cause di mortalità approssimativamente del 10% e dei disturbi cardiovascolari del 20%.¹

Una delle *major recommendations* della linea guida "*Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases*" redatta da NCG² afferma che "...l'attività fisica è il maggiore ed il più significativo modo di assicurare il mantenimento della capacità funzionale; è perciò particolarmente importante nella prevenzione degli effetti deterioranti delle malattie croniche e dell'invecchiamento e nella prevenzione dei disturbi coronarici ed altre malattie correlate ad eziopatologia arteriosclerotica, ipertensione, diabete del tipo 2, osteoporosi, fratture osteoporotiche, ecc.). (U.S. Department of Health and Human Services [DHHS], 1996).

Le patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, l'ictus e il morbo di Parkinson sono tra le più comuni cause della immobilità degli anziani.³ Molti autori concordano con l'opinione che una prolungata inattività, come per esempio un lungo allettamento, produca nelle persone anziane delle modificazioni patologiche di organi e sistemi del corpo che si manifestano con quella che è generalmente conosciuta come la "*immobilization syndrome*"⁴. I suoi effetti, facilmente reversibili nei soggetti giovani, negli anziani possono protrarsi al lungo e portare frequentemente ad una perdita dell'autonomia. Tale dato trova maggiore riscontro tra le persone istituzionalizzate affette da patologie a carattere cronico ed invalidante per le quali è più ridotta l'offerta di interventi riabilitativi rivolti alla prevenzione e al recupero funzionale dell'ipocinesia.⁵

In ambito nosocomiale sono pochi gli studi che hanno indagato tale situazione, pertanto le indicazioni utili a tracciare un percorso riabilitativo interamente basato su prove di efficacia sono poche e parziali.

Secondo gli autori precedentemente citati^{6, 7} una gestione attiva, messa in atto da un team multidisciplinare può ridurre la frequenza e la gravità delle complicanze dell'immobilità. Essi suggeriscono che, per esempio, una precoce deambulazione, una buona assistenza infermieristica e fisioterapica, minimizzando la durata dell'allettamento, possono prevenire le complicanze correlate a tale situazione ed all'inattività prolungata.

¹ EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. (2004).: *Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases*. In: [CDROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.

² EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine (2004). Op Cit.

³ Walsh K, Roberts J, Bennett G. (1999): *Mobility in old age*. Gerodontology. 16(2):69-74. PMID: 10825844 [PubMed - indexed for MEDLINE]

⁴ Denes Z. (1996): *The immobilization syndrom*. Orv Hetil. Aug 11;137(32):1739-43. PMID: 8966014 [PubMed - indexed for MEDLINE]

⁵ Benedetti M.G.: *Corso integrato di medicina interna e dell'invecchiamento*. Facoltà di Medicina e Chirurgia, A.A. 2005-2006

⁶ Walsh K, Roberts J, Bennett G. (1999). Op Cit.

⁷ Denes Z. (1996). Op Cit.

Pianificazione dell'intervento riabilitativo fisioterapico

POPOLAZIONE	Paziente di età \geq 65 anni con perdita delle ADL e IADL conseguente ad evento morboso acuto (traumatico, post chirurgico, ecc...) ⁸
PERIODO DI TRATTAMENTO	Da una a tre settimane
RANGE DI DURATA DELLA SESSIONE	Da 30' a 60' minuti complessivi
FREQUENZA DELLE SESSIONI	Una volta al giorno ⁹ Per 5 volte alla settimana ¹⁰
SCALA DI VALUTAZIONE UTILIZZATA	ADL ^{11, 12} IADL ^{13, 14, 15} Barthel ^{16, 17} Timed Up And Go Test (TUG) ¹⁸
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - DI PROCESSO: adesione ai profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80% - DI ESITO: Variazione significativa di uno o più parametri relativi a risultati delle scale di valutazione iniziali/finali; misurazione delle autonomie (o raggiungimento dell'obiettivo terapeutico); deambulazione autonoma o con ausili ¹⁹

⁸ Réjean Hébert. (1997): “*Functional decline in old age*” Can Med Assoc J;157:1037-45

⁹ The Cochrane Collaboration.(2006) Latham N, Anderson C, Bennet D, Stretton C : *Progressive resistance strenght training for physical disability in older people* (Review)

¹⁰ Guida all'unità operativa di medicina fisica e riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006*

¹¹ Tupone A., Cremonini G., Cucinotta D. (1994)“*Valutazione multidimensionale ad uso certificativi: modalità d'impiego*” Argomenti di Gerontologia”: Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna. Pag. 91

¹² Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL — a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-9. In Réjean Hébert. (1997). Op. Cit.

¹³ Tupone A., Cremonini G., Cucinotta D. (1994).Op. Cit. Pag 91

¹⁴ Lawton PM, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86. In Réjean Hébert, (1997). Op.Cit.

¹⁵ Bernardini B, Bellelli G, Pagani M, Guaita A. (2006): *Definizione e implementazione di una cartella clinica per la riabilitazione*. I luoghi della cura. - Gruppo Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) della Lombardia.

¹⁶ Mahoney Fi, Barthel Dw - “*Functional Evaluation: The Barthel Index*”; *Md State Med J.* 1965 Feb;14:61-5

¹⁷ Wade DT, Collin C. (1988): “*The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?*”; *Int Disabil Stud.*;10(2):64-7

¹⁸ Walsh K, Roberts J, Bennett G. (1999). Op Cit pag.71. Tav.3

¹⁹ Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. (1991): *Standards for tests and measurements in physical therapy practice.* *Phys Ther.*; 71:589-622.Pag. 46, 47

1° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura della Cartella Riabilitativa^{20, 21} - Presa in carico valutativa - Raccolta della documentazione clinica - Somministrazione scale di valutazione²²
GIORNI SUCCESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico riabilitativa²³: allineamento posturale²⁴, esercizi di mobilizzazione per il rinforzo muscolare, esercizi per il miglioramento dell'articolari� e la prevenzione delle retrazioni muscolo-tendinee²⁵, esercizi per il miglioramento della coordinazione, postura seduta ed esercitazioni per il miglioramento e mantenimento della stessa, ortostatismo,²⁶ passaggi posturali,²⁷ trasferimenti letto carrozzina/poltrona, deambulazione libera, assistita o con ausili; allenamento all'acquisizione dei patterns motori corretti e ottimizzazione delle competenze acquisite; addestramento all'uso degli ausili e scelta ausili e presidi per il domicilio - Valutazione intermedia per verificare la validit� del programma e del progetto riabilitativo²⁸ - Partecipazione a riunione di Team per valutazione del paziente sul piano clinico, assistenziale, funzionale e riabilitativo^{29,30}; informazioni/indicazioni ai membri del team per l'addestramento e il consolidamento delle autonomie raggiunte dal paziente e da attuare nell'arco della giornata³¹, coinvolgimento e addestramento del gruppo familiare alla gestione del paziente per agevolare il reinserimento al domicilio³²
DIMISSIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione finale (somministrazione scale di valutazione)³³ - Verifica del raggiungimento degli obiettivi (deambulazione autonoma, scale) - Chiusura cartella riabilitativa

²⁰ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola – Malpighi-Divisione di Medicina Fisica e Riabilitazione. IOS 26 “Istruzione Operativa per la Corretta compilazione della cartella riabilitativa”

²¹ Bernardini B, Bellelli G, Pagani M, Guaita A. (2006). Op.Cit.

²² Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. (1991). Op.Cit

²³ Walsh K, Roberts J, Bennett G. (1999). Op Cit. Pag. 71, 72

²⁴ Benedetti M.G.: *Corso integrato di medicina interna e dell'invecchiamento*. 2005-2006. Pag.48 Op. Cit.

²⁵ Benedetti M.G.: *Corso integrato di medicina interna e dell'invecchiamento*. 2005-2006. Pag. 47 Op. Cit

²⁶ Benedetti M.G.: *Corso integrato di medicina interna e dell'invecchiamento*. 2005-2006. Pag.48 Op. Cit.

²⁷ Benedetti M.G.: *Corso integrato di medicina interna e dell'invecchiamento*. 2005-2006. Pag.48 Op. Cit

²⁸ Bernardini B, Bellelli G, Pagani M, Guaita A. (2006). Pag. 5. Op.Cit

²⁹ NGC (Kreševic DM, Mezey M) (2003): *Assessment of function: of critical importance to acute care of older adults*. Pag.2

³⁰ Bernardini B, Bellelli G, Pagani M, Guaita A. (2006). Pagg. 4, 5. Op.Cit

³¹ Walsh K, Roberts J, Bennett G. (1999). Pag. 71 Op Cit

³² Bernardini B, Bellelli G, Pagani M, Guaita A. (2006). Pag. 3. Op.Cit

³³ Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. (1991). Op.Cit

Bibliografia

1. Benedetti M.G. : “Corso integrato di medicina interna e dell’invecchiamento”. Facoltà di Medicina e Chirurgia, A.A. 2005-2006
2. Bernardini B, Bellelli G, Pagani M, Guaita A. (2006): *Definizione e implementazione di una cartella clinica per la riabilitazione*. I luoghi della cura. - Gruppo Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) della Lombardia.
3. [Denes Z.](#) (1996): *The immobilization syndrom*. Orv Hetil.Aug 11;137(32):1739-43. PMID: 8966014 [PubMed - indexed for MEDLINE]
4. EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine (2004).: *Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases*. In: [CDROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.
5. Guida all’unità operativa di medicina fisica e riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006*
6. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. (1963) *Studies of illness in the aged: the index of ADL — a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA;185:914-9. In Réjean Hébert. (1997). Op. Cit
7. Lawton PM, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86. In Réjean Hébert, (1997). Op.Cit.
8. Mahoney Fi, Barthel Dw - “*Functional Evaluation: The Barthel Index*”; Md State Med J. 1965 Feb;14:61-5
9. NGC - Linea guida (2003): *Assessment of function: of critical importance to acute care of older adults*. The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing - Academic Institution.
10. Réjean Hébert, MD, MPhil 1997 Functional decline in old age *Can Med Assoc J*;157:1037-45
11. Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. (1991): *Standards for tests and measurements in physical therapy practice*. Phys Ther.; 71:589-622.
12. The Cochrane Collaboration.(2006) Latham N, Anderson C, Bennet D, Stretton C : *Progressive resistance strenght training for physical disability in older people* (Review).
13. Tupone A., Cremonini G., Cucinotta D. (1994)“*Valutazione multidimensionale ad uso certificativi: modalità d’impiego*” Argomenti di Gerontologia”: Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna, pag. 90;
14. Wade DT, Collin C. (1988): “*The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?*”; Int Disabil Stud.;10(2):64-7
15. Walsh K, Roberts J, Bennett G. (1999): *Mobility in old age*. Gerontology. 16(2):69-74. PMID: 10825844 [PubMed - indexed for MEDLINE]