Il Mobility Team come risorsa di cura in un reparto di geriatria per acuti: l'esperienza all'ospedale San Gerardo di Monza

L'ospedalizzazione nelle persone anziane è causa di frequenti complicanze, non solo cliniche ma anche motorie, psicologiche e affettive. L'inattività, l'ambiente e la mancanza di attività significative per la propria vita assumono una connotazione ancora più rilevante se la persona ospedalizzata è affetta da demenza. L'articolo presenta l'esperienza del Mobility Team nel reparto di geriatria dell'ospedale San Gerardo di Monza, approccio finalizzato a favorire, nell'anziano ricoverato, un coinvolgimento attivo e personalizzato nel percorso di riabilitazione.

Di Andrea Staglianò *(Terapista occupazionale, UOC Geriatria, ASST Monza "San Gerardo")*, Daniela Pintonello *(Referente infermieristico UOC Geriatria, ASST Monza "San Gerardo")*, Valeria Pallotta *(Fisioterapista UOC Geriatria, ASST Monza "San Gerardo")*, Christian Pozzi *(Terapista Occupazionale, Docente c/o SUPSI – Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana, Centro competenze anziani - CH)*, Giuseppe Bellelli *(Direttore Scuola di Specializzazione di Geriatria, Università degli studi Milano-Bicocca e Direttore UOC Geriatria ASST Monza "San Gerardo")*

L'ospedalizzazione delle persone anziane è un fenomeno sempre più frequente. In base a quanto riportato dai dati ministeriali, già nel periodo 1999-2001 il 37% dei ricoverati aveva un'età anziana. Il trend è peggiorato negli anni successivi: oggi quasi la metà dei ricoverati in ospedale ha più di 65 anni ed una quota rilevante ne ha più di 80.

L'ospedalizzazione delle persone anziane

A differenza dei giovani, gli anziani degenti in ospedale vanno incontro molto facilmente a complicanze, non solo cliniche ma anche di tipo motorio e psico-affettivo. Si calcola infatti che circa un terzo delle persone ospedalizzate sviluppi una perdita di autonomia durante il ricovero, di varia entità, ma tale da condizionarne la permanenza al domicilio. Perdita di massa e di forza muscolare (denominate con termine tecnico sarcopenia), condizionate dall'allettamento e dall'inattività sono evenienze molto frequenti e sono alla base della perdita dell'autonomia funzionale.

Secondo uno studio recente (Aarden et al., 2021) la prevalenza di sarcopenia può interessare fino al 40% dei pazienti anziani ricoverati. Un altro studio italiano ha inoltre rilevato un'incidenza di sarcopenia alla dimissione (cioè una perdita di massa e forza muscolare non presente all'ammissione ma che si manifesta alla dimissione) pari al 14.7% (Martone et al., 2017).

La perdita di autonomia in ospedale non è determinata solo da aspetti di tipo biologico. Fattori come la deprivazione occupazionale (Whiteford, 2000) e l'ambiente inadatto giocano infatti un ruolo cruciale. L'inattività e la mancanza di attività significative proprie della vita di tutti i giorni induce sovente il paziente anziano a non ritenersi più in grado di svolgere attività quotidiane di base, come raggiungere il bagno in autonomia o vestirsi. L'autostima, la spinta motivazionale e la volizione giocano un ruolo fondamentale nel mantenimento di queste funzioni, sulle quali bisogna trovare il modo di agire (Kielhofner, 2008).

Talora alla deprivazione occupazionale si accompagna anche la noia: **la vita ospedaliera rischia infatti di essere scandita**

dall' "attesa": attesa della somministrazione della terapia, della mobilizzazione, del pasto, dei trattamenti riabilitativi, della visita medica, della dimissione. **La mancanza di occupazione e l'attesa assumono una rilevanza ancora maggiore se i pazienti sono persone con un deficit cognitivo e/o demenza** pre-esistenti al ricovero: in costoro, infatti, la mancanza di riferimenti relativi al proprio ambiente di vita (come coniuge o gli oggetti dell'ambiente domestico) può scatenare comportamenti inappropriati e veri e propri stati confusionali.

L'equipe medico-assistenziale e riabilitativa può svolgere un ruolo fondamentale per contrastare la deprivazione occupazionale e motivare il paziente. Tale nuovo approccio non può tuttavia essere semplicemente demandato alla volontà del paziente: un ambiente "facilitante" e "protesico" (inteso come di supporto) potrà stimolare una maggiore propensione al fare in nome del tanto auspicato ma mai ben declinato miglioramento della qualità di vita del paziente anziano, riducendo la percezione di solitudine (Pozzi et al., 2020).

Da queste premesse, si capisce quindi come sia necessario (fin dall'ammissione in reparto) inquadrare le problematiche (non solo cliniche, ma anche funzionali, motivazionali e psico-cognitive) del paziente e iniziare, se necessario, un trattamento (Pedersen et al., 2013) secondo schemi concettuali e modelli di intervento innovativi.

Il *Mobility Team* nel reparto di geriatria all'ospedale San Gerardo di Monza

Esistono evidenze che dimostrano come la presenza in un team di professionisti sanitari che facilitano e favoriscono una riabilitazione precoce permetta di ottenere buoni risultati in termini di outcomes funzionali. Purtroppo, attualmente, le maggiori evidenze riguardano i soli setting di terapia intensiva mentre risultano essere meno indagati i setting di geriatria per acuti (Fraser et al., 2015) (Ratcliffe & Williams, 2019). Un articolo di riferimento è quello pubblicato da Schweickert et al (Schweickert et al., 2009) che dimostra come fisioterapia e terapia occupazionale, iniziate precocemente, riducano i giorni di *delirium* (stato confusionale acuto) e migliorino la funzione motoria, permettendo quindi una dimissione più rapida dal reparto.

Sulla base di queste preliminari esperienze in terapia intensiva, è nato il progetto di implementazione del *Mobility Team* presso il reparto di Geriatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza, un reparto ospedaliero con 32 posti letto dedicati all'anziano fragile con problematiche cliniche acute o croniche riacutizzate. Il *Mobility Team* è inserito all'interno dell'equipe interprofessionale costituta da geriatri, infermieri e operatori socio-sanitari e **si compone di una fisioterapista ed un terapista occupazionale**; non una presenza saltuaria o on demand ma una e vera e propria risorsa che il reparto può attivare in base alle necessità cliniche e riabilitative.

Il *Mobility Team* è attivato in presenza di stabilità clinica (National Early Warning Score <7) e stato funzionale premorboso diverso dall'allettamento (*Clinical Frailty Scale* < 8). Il *National Early Warning Score* (NEWS) è uno score derivante dalla misurazione di 7 parametri fisiologici (atti respiratori, saturazione, ossigeno supplementare, temperatura, pressione sistolica, frequenza cardiaca e stato di coscienza). A ciascun parametro viene assegnato un punteggio, la somma finale identifica il livello di gravità negli stati acuti di malattia (McGinley & Pearse, 2012).

La *Clinical Frailty Scale* (Church et al., 2020) è una scala che valuta il grado di fragilità della persona anziana in base all'autonomia/dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL). Viene identificato con un valore =1 la persona indipendente nelle ADL, motivata e con una vita attiva, che effettua attività fisica in relazione all'età ed ha uno stato di forma ottimale. Il punteggio aumenta all'aumentare della fragilità ed in relazione alla perdita di autonomia. Con un valore =8 si identifica una persona allettata e completamente dipendente, con un valore =9 la persona in fase terminale di vita (aspettativa di vita <6 mesi).

Come è possibile osservare, questi criteri di inclusione sono indipendenti dalla diagnosi clinica. L'attivazione del *Mobility Team* dipende esclusivamente dallo stato funzionale premorboso e dalle condizioni cliniche all'ingresso. Una volta inviato il

paziente al *Mobility Team* sarà compito del fisioterapista e del terapista occupazionale effettuare (entro le 48 ore dall'ingresso del paziente in reparto) una valutazione delle capacità motorie e nello svolgimento delle attività della vita quotidiana mediante la *Cumulated Ambulation Score* (CAS), la scala ADL di Katz, il Trunk Control Test e la scala Tinetti. Inoltre, verrà effettuata una intervista approfondita (telefonica o in presenza) con il caregiver di riferimento.

Successivamente inizierà il trattamento che verte essenzialmente su 5 elementi chiave:

- Coaching/training del personale medico-infermieristico in relazione alle corrette tecniche di mobilizzazione/riattivazione motoria dei pazienti
- Coaching in reparto ed in tele-riabilitazione dei caregiver dei degenti
- Analisi dei possibili interventi non farmacologici e riabilitazione dei disturbi del comportamento
- Attivazione funzionale "sartorializzata" mediante esercizi motori e di recupero occupazionale
- Adattamento dell'ambiente per favorire la partecipazione attiva in relazione al quadro clinico (Tijsen et al., 2019).

La frequenza degli interventi riabilitativi è variabile in base alle condizioni cliniche ed alle capacità del paziente. Gli *outcomes* attesi sono:

1. Miglioramento della performance occupazionale e dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana;
2. Contenimento dei disturbi del comportamento;
3. Aumento della partecipazione proattiva nelle attività del reparto (siano esse di matrice riabilitativa o assistenziale).

In prospettiva potrebbe anche essere favorito il processo di dimissione verso il domicilio o altre strutture territoriali. È stata effettuata una prima analisi dei dati raccolti da febbraio 2021 a luglio 2021 su 98 pazienti (tabella). Dal confronto dei dati all'ingresso (T0) e alla dimissione (T1) dal reparto si evince che i pazienti trattati dal *Mobility Team* hanno un miglioramento statisticamente significativo nelle variabili inerenti le attività di vita quotidiana ($p.value < 0.001$) e motorie (valutate attraverso le scale *Cumulated Ambulation Score*, *Truck Control Test* e Tinetti) ($p.value < 0.001$).

Variabili (N=98)	Ingresso (T0)	Dimissione (T1)	p-value
Età, anni (media ± deviazione standard)	82,9 ±6,71		
Sesso femminile, numero (%)	53 (55,2)		
Affetti da Sars-Cov2, numero (%)	43 (44,8)		
Activity of Daily Living (indice di Katz)	2 (1-5,75)	3,5 (2-6)	<0.001
Cumulated Ambulation Score	3,5 (3-5)	5 (3-6)	<0.001
Truck Control Test	61 (36-69,5)	61 (49-87)	<0.001
Tinetti Scale	17 (10-22)	21,5 (16-23)	<0.001

I valori sono espressi come mediana + range interquartili a meno che non specificato diversamente

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella 1 – Analisi descrittiva di N=98 pazienti ricoverati presso reparto di geriatria all'ospedale San Gerardo di Monza e trattati dal *Mobility Team*

Indipendentemente dai risultati ottenuti sul paziente, l'integrazione del *Mobility Team* ha portato a due ulteriori importanti risultati:

1. i membri del team stanno modificando la propria idea di approccio riabilitativo, intravvedendo chances di recupero anche in pazienti giudicati in passato come non riabilitabili
2. i membri del team stanno sempre più comprendendo come i trattamenti non farmacologici rivestano un ruolo essenziale nel percorso di cura ospedaliero.

Mondo reale: *a single case study*

La signora M. giunge in reparto proveniente dal Pronto Soccorso per stato di agitazione psicomotoria. È una donna di 77 anni, coniugata, con due figli. Vive con il marito ed è affetta da malattia di Alzheimer grave (*Mini-mental State Examination*

eseguito circa un anno prima =11/30); la famiglia riferisce autonomia in 2/6 attività di vita quotidiana di base (BADL) (mangia autonomamente e si alza dal letto senza aiuti), mentre è totalmente dipendente nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL, Indice di Lawton =0/8). Nei giorni precedenti il ricovero, netto scadimento delle performances funzionali, rifiuto dell'igiene e atteggiamenti di opposizione all'assunzione delle terapie. Rabbia ed a tratti aggressività verbale e fisica verso il marito. Prima di questo improvviso scadimento delle funzioni, era possibile la deambulazione in autonomia all'interno del domicilio mentre le passeggiate all'esterno della casa avvenivano con la presenza costante del marito.

All'ingresso in Pronto Soccorso l'infermiere valuta la paziente come agitata ed aggressiva sia verbalmente che fisicamente nei confronti del personale di reparto. Segnala inoltre il rifiuto della paziente ad assumere la terapia farmacologica. Il medico di guardia prescrive terapia sedativa (½ fl di promazina i.m.) e dispone ricovero in UOC Geriatria. Il mattino seguente la paziente è vigile, a tratti agitata, aggressiva e confabulante, poco collaborante se nella stanza sono presenti persone, più tranquilla se lasciata a sé. Viene posta diagnosi di delirium. PA 140/95, FC 94 R, SpO2 98% in aria ambiente, apiretica. Richiesta la valutazione del terapista occupazionale.

Il processo valutativo inizia con l'Intervista al paziente ed al caregiver (in videochiamata, in relazione ai confinamenti dovuti alla pandemia da COVID19) seguendo l'Intervista sulla Storia della *Performance* Occupazionale (OPHI – II) enunciata nel Modello di Occupazione Umana (MOHO). La signora M. è un ex insegnante di lettere, appassionata di arte e pittrice per passione. Il caregiver è stressato e depresso; ha abbandonato molte delle sue routine quotidiane per assistere al meglio la moglie. Alla valutazione funzionale, la signora M. partecipa alle attività di vestizione della parte superiore ed inferiore del corpo, è autonoma nell'alimentazione con setting predisposto e ambiente sereno e tranquillo, ma è dipendente per tutte le attività di base della vita quotidiana ed oppositiva alla mobilizzazione dentro e fuori dal letto.

Il trattamento di terapia occupazionale è stato suddiviso in varie attività, pianificate nell'arco della giornata, scelte con specifici obiettivi che tengono conto della routine quotidiana del paziente, dei suoi interessi e abitudini. Ogni sessione è durata 20 minuti e 3 volte al giorno. Durante il primo trattamento è stato proposto alla signora M. di mobilizzarsi dal letto alla sedia e la lettura di un giornale. Per lettura si intendeva lo sfogliare le pagine e talvolta osservare delle figure … nulla di più. A metà mattina, dopo la lettura del giornale, si è proposto l'igiene al lavandino orientando nel contempo la paziente nel tempo e nello spazio.

Dopo qualche sessione, M. si alza e accetta di camminare con il sostegno del terapista. Arrivata in bagno porta a termine l'igiene al lavandino in stazione eretta in modo approssimativo e rapido: lava le mani ed accenna a lavarsi il viso; le viene proposto di lavarsi i denti e pettinarsi, ma rifiuta senza però mostrare aggressività. È già un buon risultato: si decide in equipe di non insistere. Assume la terapia sia al mattino che a mezzogiorno: si alimenta in stanza tranquilla, con tapparelle quasi completamente abbassate. Si infonde fiducia alla paziente. Dal giorno successivo vengono portate in stanza matite e fogli in modo da rievocare l'attività di pittura che era solita svolgere negli anni precedenti (grazie alla fattiva collaborazione del caregiver che veniva tempestivamente aggiornato sulle variazioni delle *performances* motorie e cognitive della paziente). Anche l'alimentazione, segnalata come carente al domicilio, avviene al tavolo, proponendo alla paziente un piatto alla volta ed una posata soltanto, in modo da evitare distrazioni e confusioni.

Dopo alcuni giorni di trattamenti la paziente appare più collaborante, mai episodi di aggressività, maggior riposo nelle ore notturne. La performance occupazionale è migliorata: accetta l'igiene al lavandino che è svolta in autonomia per la parte superiore; inoltre M. si sposta dalla camera al bagno senza assistenza. Non vi è stata durante l'intero ricovero la necessita di contenzioni. La valutazione finale dimostra un miglioramento anche nelle performance motorie: il punteggio alla CAS è 6/6. Indice di Katz= 10/12 (Katz et al., 1970).

Il caso clinico volutamente non riporta le diagnosi cliniche e i trattamenti farmacologici effettuati: infezioni delle vie urinarie, ritenzione di feci e moderato scompenso cardiaco erano le cause del grave peggioramento funzionale. Si vuole invece

enfatizzare **l'importanza degli interventi non farmacologici per il controllo dei disturbi del comportamento della paziente. L'approccio attraverso il *fare*, inteso come coinvolgimento "attivo" della persona, ha permesso alla paziente di percepire le attività come "proprie" e significative per sé, limitando l'atteggiamento oppositivo**.

Fondamentale è stato non sostituirsi alla paziente, ma lasciarle svolgere le attività così come ne era capace, senza correggerla, ed intervenendo solo in caso di pericolo o per aiutare la buona riuscita dell'attività. Il modus operandi è stato dunque quello di **far sentire la paziente protagonista del proprio percorso di recupero**, costruendo in questo modo l'alleanza terapeutica necessaria per l'accettazione all'intervento stesso. Tutte le attività, anche quelle più ludiche e semplici, possono essere utili e concorrere al raggiungimento degli obiettivi. La cura deve essere gentile, in grado di superare barriere e rifiuti, e si esprime con la ricerca del lenimento delle sofferenze altrui, senza perdere di serietà e credibilità(Trabucchi, 2018).

Conclusioni

Il *Mobility Team* in un reparto di geriatria ospedaliera per acuti è una novità negli standard di cura. Ad esempio, in Lombardia, l'attuale quadro normativo, cui i reparti si attengono in termini di organizzazione del servizio e dunque di ore di presenza delle figure professionali di comparto, è rappresentato dalla DGR n. 755 del 10 dicembre 1997 e dalla dgr 38133 del 6 agosto 1998: **il combinato disposto di queste due normative classifica i reparti ospedalieri in differenti tipologie sulla base dei minuti giornalieri di presenza di quella che è, di fatto, l'unica figura di comparto normata, ovvero l'infermiere professionale.**

Non sono invece previste nella delibera figure professionali come i fisioterapisti o i terapisti occupazionali, atte specificatamente a garantire il mantenimento dei livelli di performance motoria e di autonomia nelle attività di vita quotidiana del paziente. La nostra esperienza rappresenta dunque in qualche modo un primo step verso un possibile cambiamento. Il *Mobility Team* si pone come obiettivo quello di ottenere la maggiore partecipazione possibile del paziente allo svolgimento delle attività di vita quotidiana o delle occupazioni significative e significanti per il paziente stesso.

La relazione con il paziente geriatrico ed il suo caregiver inizia fin dal primo giorno di degenza ed inizia attraverso uno studio strutturato e metodologico delle attività svolte, delle inclinazioni e degli interessi della persona. Ogni attività terapeutica ha il fine di garantire una dimissione nelle migliori condizioni possibili dal punto di vista funzionale e cognitivo per il paziente ricoverato. I risultati potranno essere raggiunti solo se sarà possibile l'integrazione piena del *Mobility Team* nelle attività e nel "sentire" dello staff: un'operazione complessa. Ma d'altro canto la geriatria non ha bisogno di semplificazioni ma di risposte articolate a bisogni complessi.

BIBLIOGRAFIA

Aarden JJ., Reijnierse EM., Schaaf M. van der, Esch M. van der, Reichardt LA., Seben R. van Bosch JA., Twisk JWR., Maier AB., Engelbert RHH., Buurman BM., Kuper I., Jonghe A. de, Kamper A., Posthuma N., Brendel N., Wold, J. (2021), L*ongitudinal Changes in Muscle Mass, Muscle Strength, and Physical Performance in Acutely Hospitalized Older Adults*, in Journal of the American Medical Directors Association, 22(4), 839-845E1.

Church S., Rogers E., Rockwood K., Theou O. (2020), *A scoping review of the Clinical Frailty Scale*, in BMC Geriatrics, 20(1), 393.

Della Croce F. (2003), *Anziani e ospedale: alcuni spunti per una riflessione sul tema*, I luoghi della cura, n. 2.

Fraser D., Spiva L., Forman W., Hallen C. (2015), *Original Research: Implementation of an Early Mobility Program in an ICU*, in The American Journal of Nursing, 115(12), 49–58.

Katz S., Downs TD., Cash HR., Grotz R. C. (1970), *Progress in development of the index of ADL*, in The Gerontologist; 10(1):20-30

Kielhofner G. (2008), *Model of Human Occupation: Theory and Application*, Lippincott Williams & Wilkins.

Martone AM., Bianchi L., Abete P., Bellelli G., Bo M., Cherubini A., Corica F., Bari MD., Maggio M., Manca G. M., Marzetti E., Rizzo MR., Rossi A., Volpato S., Landi F. (2017), *The incidence of sarcopenia among hospitalized older patients: Results from the Glisten study*, in Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 8(6), 907–914.

McGinley A., Pearse RM. (2012), *A national early warning score for acutely ill patients*, in BMJ, 345.

Pedersen MM., Bodilsen AC., Petersen J., Beyer N., Andersen O., Lawson-Smith L., Kehlet H., Bandholm T., (2013), *Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. The Journals of Gerontology. Series A*, in Biological Sciences and Medical Sciences, 68(3), 331–337.

Pozzi C., Lanzoni A., Graff MJL., Morandi A. (A c. Di), (2020), *Occupational Therapy for Older People*, Springer International Publishing.

Ratcliffe J., Williams B. (2019), *Impact of a Mobility Team on Intensive Care Unit Patient Outcomes*, in Critical Care Nursing Clinics of North America, 31(2), 141–151.

Schweickert WD., Pohlman MC., Pohlman AS., Nigos C., Pawlik AJ., Esbrook CL., Spears L., Miller M., Franczyk M., Deprizio D., Schmidt GA., Bowman A., Barr R., McCallister KE., Hall JB., Kress JP. (2009), *Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial*, in Lancet (London, England), 373(9678), 1874–1882.

Tijsen LM., Derksen EW., Achterberg WP., Buijck BI. (2019), *Challenging rehabilitation environment for older patients. Clinical Interventions*, in Aging, 14, 1451–1460.

Trabucchi M. (2018), *Cura – una parola del nostro tempo*, La Feltrinelli.

Whiteford, G. (2000), *Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200–204.