Dal circuito vizioso della dis-abilità al circuito virtuoso delle abilità

L'esperienza riabilitativa al Centro Medico di Fisioterapia di Padova, durante la pandemia, mostra come siano notevolmente aumentati i nuovi accessi di pazienti anziani con rallentamento motorio legato all'isolamento protettivo in cui hanno vissuto. L'equipe curante ha cercato di ricalibrare il progetto riabilitativo individuale, focalizzandolo in modo particolare sul recupero delle abilità ridotte e sulla valorizzazione di quelle residue.

Di Patrizia Scarso *(psicologa psicoterapeuta, Centro Medico di Fisioterapia Padova)*, Eliana Pettenello *(terapista della riabilitazione, Centro Medico di Fisioterapia Padova-Tencarola)*, Giuditta Fellin *(medico fisiatra, Centro Medico di Fisioterapia Padova)*

In letteratura sono ormai numerose le pubblicazioni relative all'impatto dell'isolamento sociale sulla salute fisica e mentale degli anziani durante la pandemia Covid-19 (Sepùlveda-Lojola et al., 2020a; Hwang et al., 2020; Goethals et al., 2020; Ingram et al., 2021).

In una revisione narrativa del 2020 (b) Sepùlveda-Lojola e collaboratori riferiscono che *"il distanziamento sociale a causa della pandemia di Covid-19 potrebbe portare a conseguenze negative per la salute fisica degli anziani."* Questo sembra essere in relazione alla diminuzione dei livelli di attività fisica conseguenti alla restrizione totale o parziale della partecipazione sociale ai gruppi comunitari, alle attività familiari ed anche alla costrizione dello *"spazio vitale" inteso come "gli spazi (ad esempio casa, quartiere, città ecc.) che una persona frequenta."* (Ingram et al., 2021).

Il rispetto della regola del "distanziamento sociale" ha significato per una buona parte delle persone anziane, essere poste in una situazione di "confinamento protettivo". Esortati a stare a casa, **gli anziani si sono ritrovati improvvisamente a dover ridurre i propri spazi di autonomia personale**, a dipendere dagli altri per le usuali incombenze, a rinunciare a molte attività, spesso lontani dalla propria rete familiare e dai luoghi di socialità per loro significativi. Gli studi hanno anche evidenziato come questo "isolamento affettivo e relazionale" (Sepùlveda-Lojola et al., 2020a; Hwang et al., 2020) abbia influito negativamente sulle performance fisiche e cognitive (Makizako et al., 2021; Goethals et al., 2020).

L'OMS nel *Rapporto mondiale sull'invecchiamento e la salute*, basandosi sulle due idee di capacità e abilità, già nel 2015 definiva l'invecchiamento in buona salute come *"il processo di sviluppo e mantenimento della capacità funzionale che permette il benessere in età avanzata"*. Con il termine capacità si definisce *"il composito di tutte le capacità fisiche e mentali a cui un individuo può attingere per far fronte alle richieste dell'ambiente circostante"*. L'abilità funzionale, invece, è definita come *"l'insieme di attributi relativi alla salute che consentono alle persone di essere e di fare ciò che hanno motivo di apprezzare."* **L'invecchiamento in buona salute riflette, quindi, l'interazione continua tra gli individui e gli ambienti in cui essi vivono**.

Vari studi hanno sottolineato come per le persone anziane la partecipazione sociale favorisca il mantenimento di un certo livello di attività fisica e di funzionamento cognitivo (Douglas et al., 2017; Sepùlveda-Lojola et al., 2020b). Questo si traduce in un aumento della massa muscolare, maggior equilibrio, sviluppo della cognizione e minori comorbidità e disabilità, implementando il livello di indipendenza, salute mentale e benessere (Goethals et al., 2020).

E' possibile che **l'improvviso isolamento sociale** a causa delle politiche pubbliche di protezione e delle preoccupazioni personali di essere esposti al virus, **abbia favorito una progressiva limitazione del movimento con un calo nelle prestazioni motorie e cognitive** (Ingram et al., 2021), esponendo così la persona anziana al rischio di di-sabilità, cioè la riduzione progressiva delle proprie abilità fisiche, funzionali, relazionali, a volte cognitive, che si susseguono in modo circolare, innescando un circuito vizioso che tende ad autoalimentarsi.

L'esperienza al Centro Medico di Fisioterapia di Padova

Il Centro Medico di Fisioterapia è una struttura riabilitativa ambulatoriale che si occupa anche di riabilitazione neuromotoria. Una parte della popolazione dei pazienti è rappresentata da persone anziane con varie patologie, in prevalenza Parkinson, esiti di ictus e rallentamento motorio, equamente distribuiti.

Rispetto agli anni precedenti, da aprile ad ottobre 2021 abbiamo osservato **un aumento di circa il 45% di nuovi accessi di pazienti anziani con rallentamento motorio**. Sebbene l'invio di questa tipologia di pazienti riguardi prevalentemente le problematiche fisiche, il nostro approccio è sempre multidisciplinare e la presa in carico avviene attraverso una equipe composta da medico fisiatra, psicologo, logopedista, fisioterapista.

Nella **valutazione fisiatrica** i sintomi riferiti in modo più frequente da questi pazienti sono il dolore, soprattutto alla colonna vertebrale, una ridotta tolleranza allo sforzo e un senso di affaticamento agli arti inferiori verbalizzato dalla frase *"non mi tengono le gambe"*. Spesso in visita i pazienti riferiscono di sperimentare un "sentimento di isolamento" (*"sto sempre chiuso in casa"*) e di restrizione degli abituali legami sociali. I familiari molte volte riportano una diminuzione della partecipazione e coinvolgimento nelle attività quotidiane e la loro preoccupazione di un maggior carico assistenziale.

La **valutazione fisiatrica** viene affiancata da quella **neuropsicologica**, che valuta sia il funzionamento cognitivo globale sia le singole funzioni cognitive, al fine di evidenziare le difficoltà ma soprattutto le risorse residue, che diventano parte integrante del processo riabilitativo.

Consapevoli che la riduzione di una abilità o funzione, in particolare negli anziani, va a coinvolgere l'intera persona, l'equipe curante ha cercato in questi primi mesi di ricalibrare il progetto riabilitativo individuale, focalizzandolo in modo particolare sul recupero delle abilità ridotte e sulla valorizzazione delle abilità residue. Questo allo scopo di mantenere il maggior grado di autonomia possibile e **trasformare il circolo vizioso della DIS-ABILITA' in un circolo virtuoso di ABILITA' prevenendo la cronicizzazione**.

Una particolare attenzione viene riservata all'approccio relazionale con il paziente, in un'ottica del "prendersi cura" della persona, in modo da favorire gli scambi interpersonali così ridotti durante l" isolamento protettivo". Inoltre viene ampliato l'aspetto di "counseling" ai familiari su strategie, modificazioni ambientali ed ausili che posso essere attivati a domicilio per facilitare l'indipendenza del paziente.

Programma Riabilitativo

Il programma riabilitativo è multifocale con esercizi per la mobilità articolare, per la stabilità posturale, l'equilibrio e la coordinazione. L'obiettivo è favorire una maggior consapevolezza e percezione della propria funzionalità fisica e far riacquistare fiducia nelle proprie capacità. **Ogni attività fisica proposta è finalizzata al recupero delle abilità ridotte**: manualità, resistenza nel cammino, alzarsi e sedersi da una sedia, girarsi nel letto, allacciarsi le scarpe, vestirsi, svestirsi, un certo grado di sicurezza nel cammino.

La seduta di riabilitazione ha una frequenza bi o trisettimanale. Inizia sempre con un momento di incontro e di dialogo fra il

paziente ed il terapista che permette una prima “osservazione-valutazione” del paziente. Questo dialogo viene frequentemente stimolato durante l’intera seduta.

Con l’entrata in palestra riprende vita **l’accoglienza in un contesto nuovamente sociale**, pur nel rispetto delle misure di prevenzione e contenimento Covid (la rilevazione della temperatura, la disinfezione delle mani, l’areazione e il distanziamento fra coppie terapista-paziente). Eseguire, tuttavia, tutte queste “pratiche” col proprio terapista annulla la sensazione di essere soli ed isolati. La continua interazione con il terapista, le frequenti sollecitazioni verbali permettono inoltre, di riprendere uno scambio relazionale che attenua il senso di isolamento. Questa prima fase di accoglienza permette anche di stabilire un primo contatto con il paziente e creare l’alleanza terapeutica necessaria a sviluppare e mantenere la motivazione al trattamento riabilitativo.

Tipo di esercizi
– mobilità articolare – stabilità posturale – equilibrio – coordinazione
Frequenza
due o tre sedute alla settimana
Articolazione della seduta
Accoglienza 1° step - mobilizzazione passiva dei distretti articolari 2° step - esercizi attivi da seduto, con attrezzi 3° step – deambulazione 4° step - attività a tavolino per la manualità fine

Fonte: elaborazione delle autrici

Box 1 – Il programma riabilitativo per i pazienti anziani con rallentamento motorio

La seduta poi procede con un **primo step** svolto generalmente a lettino, dove il terapista esegue una mobilizzazione passiva dei distretti articolari col duplice scopo sia di verificarne articolarità/mobilità, sia di far percepire al paziente quel contatto fisico evitato per tanto tempo. Sotto le mani del terapista, il paziente può riprendere a percepirsi. A lettino vengono eseguiti esercizi di mobilizzazione attiva o passiva-assistita per stimolare in sicurezza l’aumento dell’articolarità generale, lo svincolo dei cingoli e il corretto uso del mantice respiratorio.

Un **secondo step** prevede esercizi attivi da seduto, con bastoni, palle grandi e piccole, traiettorie e pesetti, focalizzati ad aumentare le capacità di movimento residuali e rinforzare la massa muscolare degli arti inferiori, degli erettori della colonna e degli stabilizzatori del bacino. Vengono inoltre proposti semplici esercizi di equilibrio e coordinazione. Ogni esercizio ha come finalità il recupero anche parziale delle abilità che sono state ridotte (vestirsi, svestirsi, alzarsi da una sedia).

Un **terzo step** si focalizza sulla deambulazione, prima tra le parallele e poi libero in palestra, con particolare attenzione alle varie fasi del cammino. Vengono utilizzati inoltre ostacoli, percorsi accidentati, scale, pedaliera, con lo scopo di completare la stimolazione e il rinforzo globale della deambulazione. Questa fase è particolarmente importante perché il fisioterapista valuta con il medico-fisiatra l’introduzione di eventuali ausili con lo scopo di aumentare/mantenere le abilità, la sicurezza del

paziente e favorire un certo grado di autonomia.

Infine, un **ulteriore step** prevede delle attività a tavolino per la manualità fine, il miglioramento delle capacità di presa e la coordinazione oculomanuale. Alcune volte, vengono proposte delle schede che raffigurano la mappa della palestra e si invita il paziente a disegnare i vari step eseguiti, in modo da stimolare le funzioni di attenzione, le abilità visuospaziali e mnemoniche. In ogni step del percorso, vengono comunque forniti degli stimoli cognitivi diretti a sollecitare le capacità residue. Infine, quando indicato dalla psicologa, il paziente viene inserito in un percorso riabilitativo cognitivo individuale svolto in un piccolo gruppo per un intervento più specifico.

Oltre all'aspetto puramente riabilitativo stiamo osservando come sia importante per questi pazienti l'organizzazione delle sedute a cadenza tri o bisettimanale, che diventa essa stessa un primo stimolo di riattivazione, perché sollecita a "prepararsi", "vestirsi", uscire di casa con regolarità.

Conclusioni

In questo particolare momento storico contrassegnato dalla pandemia Covid-19, la **rimodulazione del progetto riabilitativo** per i pazienti con "rallentamento motorio" ci ha suscitato alcune riflessioni rispetto alla presa in carico riabilitativa delle persone anziane.

Quest'ultima assume infatti sempre di più di un significato preventivo della disabilità perché permette l'acquisizione e il mantenimento delle autonomie e delle abilità, fisiche, cognitive e relazionali, utili a rispondere anche alle piccole richieste della quotidianità, così importanti per la persona anziana. Questo potrebbe permettere di prevenire o ritardare un maggior carico assistenziale non solo per la rete familiare ma anche per il Sistema Sanitario Nazionale.

Da un punto di vista organizzativo, sarà necessario dotarci per questi pazienti di strumenti di valutazione multidimensionali ed ampliare ed affinare l'intervento riabilitativo con protocolli che vadano oltre le usuali metodiche strettamente tecnico-riabilitative e che abbiano una visione sempre più ampia secondo un'ottica biopsicosociale.

BIBLIOGRAFIA

Douglas H., Georgiou A., Westbrook J. (2017), *Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health*, Australian health review, vol. 41, n. 4, pp. 455–462.

Goethals L., Barth N., Guyot J., Hupin D., Celarier T., Bongue B. (2020), *Impact of Home Quarantine on Physical Activity Among Older Adults Living at Home During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study*, JMIR Ageing, vol. 3, n. 1.

Hwang T., Rabheru K., Peisah C., Reichman W., Ikeda M. (2020), Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic, International Psychogeriatrics, vol. 32, n. 10, pp.1217–1220.

Ingram J., Mani JC., Maciejewski G. (2021), *Social isolation during. COVID-19 lockdown impairs cognitive function*, Applied Cognitive Psychology, 17 March 2021.

Makizako H., Nakai Y., Shiratsuchi D., Akanuma T., Yokoyama K., Matsuzaki-Kihara Y., Yoshida H. (2021), *Perceived*

declining physical and cognitive fitness during the COVID?19 state of emergency among community?dwelling Japanese old?old adults, Geriatrics & Gerontology International, vol. 21, n. 4, pp. 364–369.

World Health Organization – WHO (2015), *World report on ageing and health*, World Health Organization.

Sepùlveda-Loyola W., Rodriguez-Sanchez I., Perez-Rodriguez P., Ganz F., Torralba R., Oliveira DV, L Rodríguez-Mañas L. (2020a), *Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations*, The journal of nutrition, health & aging, vol. 24, pp. 938–947.

Sepúlveda-Loyola W., Dos Santos Lopes, Pires Tricanico Maciel R., Probst VS. (2020b), *Social Participation, a factor to consider in the clinical evaluation of the older adult: a narrative review*, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pùblica, vol. 37, n.2.