

Il fisioterapista e il paziente anziano: prevenzione, riabilitazione, educazione e continuità

Paolo Pillastrini*, Matteo Paci#

* Presidente della Società Italiana di Fisioterapia (S.I.F.); Università di Bologna

Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Fisioterapia (S.I.F.); Azienda USL 4, Prato

Con il progressivo invecchiamento della popolazione la riabilitazione assume, in ambito sanitario, un ruolo sempre più importante.

La riabilitazione, intesa sia come intervento preventivo sia come terapia specifica in caso di conclamata disabilità, richiede interventi coordinati di operatori in grado di valutare, curare e, più in generale, prendersi cura del paziente geriatrico, termine che sta a indicare una condizione non tanto semplicemente anagrafica, quanto di oggettiva fragilità. Lo stato di salute della persona anziana è condizionato infatti da molteplici fattori quali la multimorbilità, generalmente rappresentata da patologie croniche, possibili limitazioni funzionali, disturbi psico-emozionali e problematiche sociali ed economiche.

La pluripatologia cronica in particolare è caratterizzata da elementi specifici: insorgenza graduale nel tempo, cause multiple e mutevoli nel tempo, diagnosi e prognosi spesso incerte, terapia causale spesso non disponibile, recupero del normale stato di salute spesso impossibile. È quindi necessaria una accurata gestione, che comprenda anche attività assistenziali e auto-cura (Baccini, 2011). La persona anziana con problemi di salute rappresenta un paziente complesso (Grossi, 2010), che richiede una valutazione e una gestione multiprofessionale, competenze specifiche qualificate, coinvolgimento del paziente e dei familiari e continuità delle cure in un sistema a rete (Baroni, 2011; Salvioli e Foroni, 2008). Secondo il profilo professionale, istituito con D.M. 14.09.1994, n. 741, il fisioterapista [...] svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.

Le competenze del fisioterapista trovano quindi sempre maggiore spazio nei processi di assistenza alla persona anziana, dove sono necessarie non solo attività di prevenzione e riabilitazione, ma anche di educazione dei caregiver e di continuità dell'intervento.

Il fisioterapista, per sua peculiare formazione ed esperienza, si orienta alla valutazione della funzione e non solo sulla specifica patologia, e questo lo aiuta nella gestione del paziente anziano fragile, dato che le sue limitazioni funzionali sono più spesso conseguenti all'interazione di molteplici fattori che all'effetto di una singola patologia.

La combinazione della complessità dei problemi del paziente anziano e dei numerosi ambiti di competenza del fisioterapista fa emergere il ruolo fondamentale della cosiddetta fisioterapia geriatrica, i cui ambiti possono essere descritti con alcuni esempi per diversi livelli di intervento.

INTERVENTI DI PREVENZIONE

La prevenzione delle cadute può essere considerato il prototipo delle attività che coinvolgono il fisioterapista nella gestione della persona anziana, anche per le sue implicazioni di carattere socio-economico e per i dati che ne supportano l'efficacia. Ad esempio, l'esercizio di rinforzo contro resistenza non solo aumenta la forza muscolare e riduce il dolore osteoarticolare, ma induce un miglioramento delle prestazioni anche in attività semplici, come camminare, alzarsi da una sedia o salire le scale, e in attività più complesse, come fare il bagno o preparare un pasto (Breen e Phillips, 2011). Inoltre, insieme ad una attività fisica regolare focalizzata sulla forza e sulla fles-

ESPERIENZE

sibilità muscolare, un programma per il miglioramento dell'equilibrio e l'utilizzo di ausili per il cammino, insieme a suggerimenti per incrementare la sicurezza dell'ambiente, sembrano essere strategie efficaci di prevenzione delle cadute e di riduzione del rischio di frattura (SIGN, 2005; Brunner e Eshilian-Oates, 2003; Gillespie et al., 2009).

INTERVENTI DI RIABILITAZIONE

La riabilitazione della persona anziana malata, date le caratteristiche specifiche di complessità precedentemente descritte, implica la capacità di unire competenze tecniche relative a diversi settori (neurologico, ortopedico, cardiologico, ecc.), sulle quali deve essere inserita una visione di insieme che tenga conto non solo della menomazione, ma anche delle altre patologie e menomazioni concomitanti, della situazione socio-economica e delle aspettative del paziente e della famiglia.

L'intervento del fisioterapista si rivolge anche a quei pazienti non affetti da una patologia che interessa direttamente la funzione motoria. Infatti, si è osservato che come gli anziani che vengono ricoverati in ospedali per acuti mostrino un declino nella forza muscolare, nella mobilità e in molte funzioni (Hirsch et al., 1990).

INTERVENTI DI EDUCAZIONE

Al fianco di altri professionisti, il fisioterapista è in grado di fornire informazioni sulle menomazioni, sulla loro progressione e sugli effetti attesi del proprio trattamento. Informazioni su un corretto posizionamento, sull'igiene posturale, su spostamenti e trasferimenti, su strategie per l'incremento dell'autonomia, consigli su eventuali modifiche ambientali al domicilio e sull'utilizzo di adeguati ausili per la mobilità sono solo alcuni esempi (Paci, 2011). L'intervento formativo e informativo è sempre basato su una valutazione che tenga conto delle caratteristiche specifiche del paziente, dei caregiver e degli ambienti.

In generale, le strategie che coinvolgono attivamente i pazienti e i caregiver migliorano gli effetti dell'intervento riabilitativo, anche se molte variabili ne influenzano l'efficacia (Brunner e Eshilian-Oates, 2003; SPREAD, 2007).

CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

Necessariamente, l'assistenza al paziente anziano trova

la sua espressione più significativa nelle fasi successive al ricovero nell'ospedale per acuti. La continuità dell'assistenza dovrebbe prevedere strutture intermedie di ricovero, con lo scopo prioritario di un reinserimento nella vita familiare e sociale, quando possibile. Spesso si rende comunque necessario ricorrere a strutture di lungodegenza, dove "una metodologia operativa specifica, propria della cultura geriatrica, caratterizzata da un approccio funzionale, integrato e multidimensionale all'anziano fragile" può offrire gratificazione ed efficacia ad interventi apparentemente poco motivanti e ritenuti privi di obiettivi concreti (Brignani, 2011).

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

La multidimensionalità e la multidisciplinarietà sono elementi essenziali nell'approccio clinico-riabilitativo alla persona anziana. Per esempio, tale approccio sembra essere più efficace della sola fisioterapia nel migliorare l'outcome del paziente e nel ridurre il periodo e i costi di ospedalizzazione (de Morton et al., 2007). Inoltre, lavorare in team multiprofessionali con una leadership condivisa e autorevole contribuisce a ridurre il burnout degli operatori (Van Bogaert et al., 2012).

FISIOTERAPIA E GERIATRIA

La forte attenzione che il mondo della fisioterapia pone nei confronti del paziente anziano ha prodotto una serie di iniziative a livello internazionale. Da 35 anni la sezione di Geriatria dell'American Physical Therapy Association pubblica la rivista scientifica "Journal of Geriatric Physical Therapy", indicizzata nelle più importanti banche dati e prossima a ricevere l'impact factor. Una seconda rivista statunitense con specifico interesse per la fisioterapia in ambito geriatrico è "Physical & Occupational Therapy in Geriatrics".

Nell'ambito della World Confederation for Physical Therapy (WCPT), nel 2002, è stata creata l'International Association of Physical Therapists working with Older People (IPTOP), che riunisce numerosi gruppi nazionali e ha lo scopo di facilitare la cooperazione fra i fisioterapisti e le associazioni nazionali, sviluppare la ricerca e l'attività clinica in ambito geriatrico.

La Società Italiana di Fisioterapia (S.I.F.) ha dedicato nel 2011 alla fisioterapia in geriatria il suo primo congresso dal titolo: "La Fisioterapia nella Prevenzione e nel Trattamento

delle Disfunzioni nell'Anziano". Oltre alle letture di prestigiosi relatori internazionali, il congresso ha visto numerosi e qualificati contributi presentati dai partecipanti sotto forma di poster e comunicazioni orali, indice di interesse e competenza dei fisioterapisti italiani nell'ambito geriatrico. Il congresso della SIF è stato preceduto dal 16° Congresso Internazionale della WCPT, ricco anche esso di contributi di alto livello sulla fisioterapia nel paziente anziano (Gatti, 2011).

BIBLIOGRAFIA

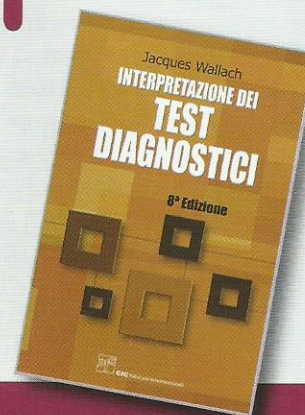
- Baccini M. Care and rehabilitation of the medically complex patient. Proceedings of the 1st SIF Congress. Pacengo del Garda (VR), October 6-7, 2011.
- Baroni A. Modelli di organizzazione dei servizi geriatrici. In: Baccini M, Bernabei R, Marchionni N, Paci M. *Riabilitare la persona anziana*, Elsevier, 2011.
- Birignani A. Lavorare in strutture per lungodegenza. In: Baccini M, Bernabei R, Marchionni N, Paci M. *Riabilitare la persona anziana*, Elsevier, 2011.
- Breen L, Phillips SM. Skeletal muscle protein metabolism in the elderly: Interventions to counteract the 'anabolic resistance' of ageing. *Nutrition & Metabolism* 2011;8:68.
- Brunner LC, Eshilian-Oates L. Hip Fractures in Adults. *Am Fam Physician* 2003;67:537-42.
- de Morton NA, Keating JL, Jeffs K. Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(1):CD005955.
- Gatti R. Prevention and treatment of functional decline in older adults: the S.I.F. guessed the theme of its 1st International Congress. *It J Physiother* 2011;1:39-40.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD000340.
- Grossi E. Artificial Adaptive Systems and predictive medicine: a revolutionary paradigm shift. *Immun Ageing* 2010;7(suppl 1):S3.
- Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1296-303.
- Paci M. Caregiver. In: Baccini M, Bernabei R, Marchionni N, Paci M. *Riabilitare la persona anziana*, Elsevier, 2011.
- Salvioli G, Foroni M. La Medicina della Complessità, la Medicina Interna e la Geriatria. *G Gerontol* 2008;56:1-10.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and management of hip fracture in older people. SIGN Publication 2002;56. Update 2005.
- SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: Linee guida italiane, 2007.
- Van Bogaert P, Clarke S, Wouters K, Franck E, Willems R, Mondelaers M. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *Int J Nurs Stud.* 2012 Jun 11. [Epub ahead of print].

Jacques Wallach

Interpretazione dei TEST DIAGNOSTICI

VIII edizione

Volume cartonato di 624 pagine
f.to cm 21x28
€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali