

INDICE

1. SCOPO	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. RESPONSABILITÀ	2
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	2
5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	3
6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	3
7. RIFERIMENTI EBM	4
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	4
LE PRINCIPALI CAUSE D'IMMOBILIZZAZIONE	4
9. I DANNI	5
10. LA PREVENZIONE	5
11. ALLEGATO 1	7
12. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA	7
ALLEGATO 1: PREVENZIONE SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE	8

REV.	REDATTA DA DS		VERIFICATA RQ		APPROVATA DS	
	DATA	FIRM A	DATA	FIRM A	DATA	FIRM A
00	05.10.2017	//	08.10.2017	//	10.10.2017	//
01	25.09.2022	//	28.09.2022	//	29.09.2022	//
02	26.01.2023	//	28.01.2023	//	01.02.2023	//
03	09.05.2023	<i>Testo Celestina</i>	09.05.2023	<i>Cefalù Carlo</i>	09.05.2023	<i>Testo Celestina</i>

1. SCOPO

Si definisce Sindrome da immobilizzazione o da allettamento prolungato il complesso di segni e sintomi a carico dei vari organi e apparati, che si manifesta quando una persona, specie se anziana, è costretta all'immobilità (a letto o altro tipo di decubito obbligato) per un lungo periodo. Si verifica, in particolare, quando subentra una riduzione delle riserve funzionali e dei meccanismi di adattamento, anche in presenza di più patologie cronico degenerative.

Nell'anziano si verifica spesso a causa di una prolungata immobilizzazione a letto e, se non adeguatamente contrastata, può portare ad uno stato di disabilità ingravescente, fino ad arrivare alla morte.

Di per sé l'invecchiamento fisiologico si accompagna alla riduzione della funzionalità di vari organi importanti per il movimento: la riduzione della forza muscolare e il rallentamento dei riflessi.

Il presente documento si pone come obiettivo quello di fornire indicazioni al personale sulla gestione di questi pazienti.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alla sindrome di immobilizzazione rivolta ai pazienti afferenti le cure domiciliari integrate di I, II e III livello.

3. RESPONSABILITÀ

Il responsabile della corretta attuazione di questo protocollo PT.8.5.ASS_12 è il coordinatore infermieristico.

La responsabilità nell'esecuzione delle attività è affidata ai seguenti operatori:

Responsabilità	Attività
Infermiere	Valuta il rischio da sindrome da immobilizzazione
Operatore Socio Sanitario	Collabora nella corretta mobilizzazione del paziente

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direttore Sanitario;
- Responsabile Qualità
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Fisioterapisti;
- Infermieri;
- O.S.S;
- Presidente CdA;
- Consiglieri Delegati;

- Direttore Amministrativo;
- Direttore Operativo;
- Direttore Tecnico;
- Responsabile Formazione;
- Coordinatore Infermieristico;
- Coordinatore Fisioterapisti;
- Coordinatore Amministrativo;
- Tutti gli operatori domiciliari.

5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- DS: Direttore Sanitario
- DO: Direttore Operativo
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DA: Direttore Amministrativo
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA

6. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop box; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sito web.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Dr. Marjory Warren: the mother of geriatrics., Hong Kong, Journal of the Hong Kong Geriatrics Society., 2000, Vol.10 No. 2.
- A Barton, G Mulley. History of the development of geriatric medicine in the UK. Postgraduate Medical Journal 2003;79:229-234
- Warren MW. Care of the chronic aged sick. Lancet 1943; ii: 822-3
- Powel C. Whither geriatrics? Do we need another Marjory Warren?. Age Ageing 2007; 36: 607-10
- Morley JE. A brief history of Geriatrics. J Gerontol 2004; 59A: 1132-52
- biomed.gerontologyjournals.org
- Vito Sansone, La quarta età, Editori Riuniti, 2000
- Sistema qualità aziendale Ausl Romagna - U.O. Geriatria P.O. Bufalini

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

le Principali Cause D'immobilizzazione

Si elencano di seguito le principali cause di immobilizzazione nell'anziano:

- *artriti, osteoartrosi, osteoporosi e fratture e le patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico;*
- *malattie neurologiche quali ictus, demenza in fase avanzata, morbo di Parkinson, neuropatie periferiche;*
- *quadro di scompenso cardiaco che provoca difficoltà di respirazione, infarti miocardici acuti, angine e tutte le altre patologie a carico dell'apparato cardiovascolare;*
- *malattie polmonari che provocano dispnea ingravescente;*
- *patologie a carico della struttura scheletrica dei piedi;*
- *alterazioni della vista con riduzione del visus;*
- *gravi stati di malnutrizione;*
- *patologie neoplastiche;*
- *stati febbrili;*

- *effetti collaterali di alcuni farmaci;*
- *situazioni psicologiche quali, la paura di cadere, la solitudine, la depressione, il lutto e l'isolamento sociale e l'indigenza;*

9. I DANNI

I danni che può provocare sono molteplici e si riflettono, in maniera sistemica (da qui il termine Sindrome) in tutti, o in parte, gli apparati colpiti.

A volte possono coesistere danni a carico di più organi. Ma vediamo nel dettaglio cosa può verificarsi:

- *riduzione della massa e della forza muscolare, contratture muscolari, predisposizione e aumento dell'osteoporosi, incapacità nel mantenere la stazione eretta e rischi di cadute aumentato, anchilosi a carico delle articolazioni;*
- *trombosi venosa profonda con rischio elevato di embolia polmonare;*
- *ipotensione ortostatica e capogiri;*
- *infezioni polmonari per il ristagno dei liquidi pleurici;*
- *stitichezza ostinata, formazione di fecalomi, fermentazione intestinale e incontinenza fecale;*
- *infezioni delle vie urinarie e incontinenza vescicale;*
- *rallentamento cognitivo e depressione;*
- *lesioni da pressione con conseguenti ulcere, che a loro volta possono essere facilitate anche dall'incontinenza e dalla ridotta capacità di movimento;*

10. LA PREVENZIONE

Ai fini della prevenzione e del recupero della sindrome da immobilizzazione non sono necessari provvedimenti speciali, ma semplici regole di comportamento e di assistenza. Occorre evitare il prolungato riposo a letto, incoraggiando invece la precoce mobilizzazione, appena le condizioni lo consentano.

Sollecitare dapprima alla postura seduta (allo scopo di ridurre i disturbi dell'equilibrio) e, successivamente, al movimento ed alla ripresa delle consuete attività.

È fondamentale e importante stimolare la persona a muoversi ugualmente anche se non può scendere dal letto. Attivare programmi di mobilizzazione passiva. Favorire la posizione seduta per i problemi respiratori.

Per una prevenzione efficace della sindrome ipocinetica è determinante la motivazione non solo dell'ammalato, ma anche di chi lo circonda, senza la quale nessun successo potrà essere garantito.

Rieducarlo agli orari, anche se non avverte lo stimolo, sia delle minzioni sia delle defecazioni anche se non è ancora in grado di alzarsi dal letto. Aiutarsi con padella e pappagallo. Fargli assumere una dieta varia e ricca di frutta, verdure (le scorie e le fibre) e latticini (ad es. yoghurt).

Molto importante è stimolare a bere almeno un litro e mezzo di acqua o altri liquidi al giorno. Per prevenire la comparsa di lesioni da decubito occorre osservare quotidianamente il malato ponendo particolare attenzione a:

- *Alimentazione e idratazione stimolandolo sia a mangiare sia a bere, magari con alimenti e bevande appetibili;*
- *Effettuare attente e accurate cure igieniche, ispezionare la cute e cambiare la biancheria qualora sia umida o bagnata;*
- *Mobilizzare la persona aiutandola a mettersi seduta in poltrona o stimolarla a modificare la propria postura nel letto. Mobilizzarla ogni 2 ore qualora non sia in grado di compiere alcun movimento;*
- *Aver cura della cute e delle mucose controllandone integrità, secchezza, screpolamenti e arrossamenti. È utile l'impiego di sostanze emollienti e idratanti quando la cute è secca, e l'uso di pellicole protettive per proteggere i punti a maggior pressione. Mai utilizzare sostanze a base alcolica ed effettuare frizioni che possono facilitare l'insorgenza delle piaghe.*

Per contrastare gli effetti negativi dovuti alla pressione tra il piano del letto e le prominenze ossee, quando la persona è allettata, è necessario stabilire un programma di cambio di posizione ogni due ore, questo anche quando la persona è seduta in carrozzina. Va ricordata, nel cambio delle posture, la corretta successione delle 4 posizioni: posizione supina, fianco destro, posizione prona (se possibile e gradito dal paziente), fianco sinistro.

Utilizzare ausili (come cuscini o schiume) per alleviare la pressione sulle prominenze ossee. Utilizzare un sistema di supporto dinamico (ad esempio materassi a pressione alternata) se il malato non è in grado di cambiare la sua posizione.

Il bagno o la doccia devono essere eseguiti tutti i giorni, evitando l'acqua troppo calda.

Utilizzare prodotti idratanti ed emollienti per proteggere la cute, come creme e oli (olio di mandorla, olio di argan). Non utilizzare profumi e talco, che causano secchezza della pelle, nonché pomate, creme e lozioni oleose, che possono facilitare la macerazione cutanea.

Un buon programma assistenziale può sicuramente aiutare sia nella prevenzione sia nel miglioramento della sindrome da immobilizzazione.

È fondamentale agire sulla motivazione della persona, sulla sua forza di volontà e attivare un programma di attività condiviso.

11. ALLEGATO 1:

PREVENZIONE SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

12. INDICATORI DI MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA

- N. di pazienti nell'anno con lesione da pressione in esito alla sindrome sul numero di pazienti a rischio di sindrome
 - < 2
- N. di pazienti nell'anno con bronchiti/polmoniti in esito alla sindrome sul numero di pazienti a rischio di sindrome
 - < 2
- N. di pazienti nell'anno con trombosi venose profonde in esito alla sindrome sul numero di pazienti a rischio di sindrome
 - < 2

Allegato 1: PREVENZIONE SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

Paziente _____

cartella clinica N. _____

	INGRESSO	II VALUTAZIONE	III VALUTAZIONE	IV VALUTAZIONE
Mobilizzazione precoce				
Cambi posturali ad intervalli regolari				
Posizionamento su sedia a rotelle o poltrona				
Controllo del tronco				
Controllo incontinenza urinaria				
Controllo della stipsi				
Alimentazione				
Controllo delle lesioni da decubito				
Idratazione				
Igiene personale				

Firma Operatore
