

Carissima/o collega

in questa newsletter troverai un breve report del **"XI Congresso Nazionale Animo' che si è svolto a Roma il 14 e 15 maggio"**; cogliamo l'occasione per ringraziare tutti i soci che hanno partecipato con noi all'evento.

Troverai inoltre, un focus evidence based, sul problema del *"bed rest"*.

Ti ricordiamo anche di visitare il sito dell'associazione, all'interno del quale troverai informazioni inerenti **la vita associativa, gli eventi formativi regionali, i nostri evidence reports** ed una raccolta delle **newsletters** che abbiamo prodotto ed inviate precedentemente.

Siamo aperti sempre ai tuoi suggerimenti, osservazioni o contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: info@associazione-animo.it.

Ti auguriamo una buona lettura e buone vacanze!

Giovanna Pentella Presidente Animo, Letizia Tesei Referente Newsletter
e il Direttivo Animo

Sommario:

Presentazione

Vita associativa

- **XI Congresso Nazionale Animo Roma 2016 L. Tesei**

Focus

- **Riposo a letto o mobilitazione precoce? L. Tesei, I.Lo Burgio, R.Rapetti, F. Bertocin, S. Di Berardino**

Approfondimenti Bibliografici

ANiMO informa

- **Prossimi incontri, Congressi, Convegni, Pubblicazioni**

Vita associativa

XI Congresso Nazionale Animo - Roma 2016



Roma è stata la città che il 14 e 15 maggio 2016 ha accolto l'XI Congresso Nazionale ANiMO.

Un clima particolare, sostenuto dall'entusiasmo di tutti i partecipanti, ha consentito di ottenere un alto livello di professionalità e vivacità in tutte le sessioni, che come consuetudine si sono svolte in plenaria, parallela e congiunta. **La cura sobria, rispettosa e giusta in Medicina Interna**, è stato il tema centrale della sessione congiunta, nella quale, le interessanti relazioni di Andrea Gardini, Sandra Vernerio, Luigi Lusiani e Gabriella Bordin ci hanno consentito di avvicinarci al pensiero della **Slow Medicine**, al progetto **Choosing Wisely** e di conoscere meglio il contributo di FADOI e di ANiMO.

Nelle sessioni parallele, oltre ai temi particolarmente cari ai nostri iscritti, come **l'ecografia pratica in infermieristica e l'infermieristica basata sulle evidenze**, sono state proposti alcuni corsi novità: il **Self Empowerment e le Communication Skills**.

Il Self Empowerment, inteso come potenziamento personale e professionale e quindi risorsa per l'infermiere nell'organizzazione, è stata affrontato attraverso temi come gli strumenti conoscitivi e operativi per gestire gli interventi relazionali, il lavoro come gioco eccellente e il servizio pubblico come occasione di fierezza e dignità.

Le Communication Skills, l'altro tema nuovo affrontato nelle sessioni parallele, ha previsto focus su concetti importanti, quali la medicina della complessità e del caos, l'assistenza patient-oriented, l'approccio team oriented, offrendo importanti spunti di riflessione su quale migliore formazione per sviluppare le abilità di comunicazione nella relazione con i pazienti all'interno delle nostre medicine.

Il Convegno si è chiuso infine con un report sullo stato dei **lavori "in progress" dell'Associazione** ed in particolare sull'attività del gruppo ricerca Animo e la presentazione ed approvazione del **bilancio 2015**.

Riposo a letto o mobilitazione precoce?

a cura di Letizia Tesei, Ignazia Lo Burgio, Roberta Rapetti, Fabio Bertoncin, Stefania Di Bernardino



La ridotta attività fisica e il riposo a letto obbligato negli anziani, sono associati ad un più rapido declino funzionale, inteso come incapacità a svolgere le normali attività della vita quotidiana (ADL) a causa della debolezza, della ridotta forza muscolare, e della ridotta attività fisica.¹

A tale proposito, numerose ricerche hanno evidenziato come il ricovero in ospedale può influenzare negativamente la capacità funzionale negli adulti più anziani, anche in condizioni di non disabilità.² Gli studi suggeriscono che il 34% - 50% della popolazione anziana, ricoverata in ospedale, subisce un declino funzionale che interessa tutto il periodo di degenza. Questo dato è particolarmente importante per l'area medico-chirurgica, in quanto gli anziani rappresentano circa la metà dei pazienti degenti. Il declino funzionale può verificarsi già a partire dal secondo giorno di ricovero ospedaliero. Senza un'adeguata mobilitazione, un individuo può perdere giornalmente fino al 5% della massa muscolare.³

L'immobilizzazione prolungata inoltre, aumenta il rischio di complicanze ospedaliere, quali cadute e ulcere da pressione. Queste possono portare ad un ulteriore aggravamento delle condizioni cliniche del paziente, così come aumentare la durata della degenza e i costi sanitari.⁴

Indipendentemente dal fatto che i pazienti siano in grado o meno di camminare autonomamente, comunemente, in ospedale la deambulazione è limitata e l'inattività conseguente è la causa del declino funzionale nella persona anziana. Ciò, rappresenta un fattore di rischio significativo di una maggiore probabilità di morte e di minore probabilità di rientro a casa dopo la dimissione.⁵

Numerosi studi dimostrano infatti, come la ridotta mobilità durante il ricovero, sia causa dell'aumento dell'istituzionalizzazione, del tasso di mortalità e della riduzione delle abilità nella ADL quotidiane ad un mese dalla dimissione.⁶

Il rischio di declino funzionale post ricovero è stato ampiamente studiato, ma poche ricerche hanno esplorato l'associazione tra processi di cura e outcomes funzionali post ricovero, nonostante esistano evidenze a sostegno dell'associazione tra questi ultimi e la ridotta mobilità, l'isolamento sensoriale, l'ambiente estraneo ed ostile, il diminuito apporto nutrizionale durante il periodo di degenza.⁷

Lo studio di Pedersen et al, attraverso l'uso di accelerometri, ha cercato di quantificare la mobilità di base durante il ricovero, di un gruppo di pazienti anziani in medicina interna in grado di camminare autonomamente prima dell'ammissione in reparto. Lo studio, ha dimostrato che i pazienti, pur in grado di deambulare al momento del ricovero, hanno trascorso in media 17 ore della giornata a letto, 5,1 ore seduti, e sole 1,1 ore in piedi o a camminare. I risultati di questo studio sono del tutto comparabili con i risultati di altri ricerche.⁸

Ad esempio, lo studio di Brown et al, ha evidenziato che i pazienti degenti rimangono a letto per il 73,7% della giornata, il 22,6% delle ore sono seduti e solo il 3,7% del tempo viene trascorso in piedi.⁹

Allo stesso modo, lo studio di Callen et al monitorando pazienti internistici anziani, ha dimostrato come questi risultano essere distesi a letto mediamente per l'83,3% della giornata, seduti per il 12,9%, e in piedi o a camminare per il 3,8% del tempo.¹⁰

Ma, fattori diversi dalla dipendenza nella mobilità di base rappresentano la cause principali per cui i pazienti rimangono inattivi durante il ricovero. Studi dimostrano ad esempio, che né l'indipendenza funzionale al momento del ricovero, né il dolore si correlano con il livello di mobilità dei pazienti in ospedale, suggerendo che elementi diversi da quelli che riguardano la sfera fisica, possono influenzare il livello di attività stessa del paziente durante il ricovero.⁵

Questi fattori possono essere rappresentati ad esempio, da barriere quali la sintomatologia, la paura di cadere, la carenza di personale, la mancanza di assistenza, la presenza di devices, piuttosto che la mancanza di incoraggiamento da parte dei medici e degli infermieri.¹¹

In particolare, il vissuto dei professionisti sanitari circa la mobilitazione dei pazienti, soprattutto quando questi necessitano di assistenza per alzarsi dal letto, sollevarsi da una sedia o camminare, chiedendo una maggiore attenzione da parte del personale di reparto, può rappresentare un fattore incidente sul livello di mobilità del paziente ricoverato.¹¹

Anche se la mobilitazione precoce (esercizi passivi fino alla deambulazione attiva, iniziata entro 24 ore dal ricovero), ha dimostrato di prevenire il declino funzionale e le complicanze nosocomiali e gli studi clinici hanno dimostrato l'efficacia di interventi multidisciplinari, come l'esercizio fisico e il camminare, il tempo dedicato alla deambulazione dei pazienti anziani in ospedale è minimo.⁶



Ma, poiché il livello di mobilità è legato agli outcomes funzionali dei pazienti, sia per quelli che presentano un declino prima del loro ricovero, sia per quelli che sono funzionalmente stabili, è importante sviluppare e valutare strategie per una mobilitazione efficace e precoce dei pazienti anziani ricoverati nelle medicine interne.¹²

A tale proposito, studi hanno evidenziato le motivazioni che maggiormente agiscono come fattori incidenti sull'attività fisica negli adulti anziani. Comprendere quindi gli atteggiamenti e le aspettative degli anziani, verso l'esercizio fisico in ospedale, può rappresentare un primo passo di promozione di strategie utili ad incrementare l'attività fisica in questa popolazione.⁶

Lo studio di So & Pierluissi, ha dimostrato per esempio, come i pazienti anziani degenti in ospedale hanno una percezione positiva rispetto all'esercizio fisico e che i professionisti sanitari hanno una forte influenza in tale attività durante la degenza, ma che raramente il problema viene affrontato. La maggior parte dei partecipanti allo studio, pur ritenendo l'attività fisica importante, non pensava di doverla praticare durante il ricovero. Gli stessi dichiarano che i medici e gli infermieri li hanno poco stimolati ad esercitarsi.¹³

Inoltre, questo studio ha evidenziato quattro motivazioni che dovrebbero essere considerate per incrementare l'attività fisica degli anziani ricoverati: evitare gli effetti negativi del riposo a letto, promuovere il senso di benessere, migliorare il recupero funzionale, e ridurre la noia. I programmi per aumentare l'esercizio fisico in ospedale dovrebbero pertanto considerare questi fattori motivanti e sviluppare l'incoraggiamento proattivo da parte di medici, infermieri e fisioterapisti, quali strategie efficaci.

Gli infermieri in particolare, dovrebbero concentrare i loro sforzi per elaborare protocolli di intervento atti a promuovere la mobilità e prevenire il declino funzionale.¹³

In particolare, all'interno dei programmi di mobilitazione, dovrebbero essere previste la deambulazione e la promozione dell'attività fisiche, la disponibilità di ausili come bastoni e deambulatori, interventi educativi per insegnare ai pazienti l'utilizzo appropriato degli ausili, il controllo adeguato del dolore e di altri sintomi, e tempo dedicato per assistere i pazienti durante l'esercizio fisico.³



Bibliografia

1. Hvid L, Aagaard P, Justesen L, et al. Effects of aging on muscle mechanical function and muscle fiber morphology during short-term immobilization and subsequent retraining. *J Appl Physiol*. 2010;109(6):1628-1634. doi:10.1152/jappphysiol.00637.2010.
2. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Robert M, Fortinsky RH, Kresevic D. Recovery in Activities of Daily Living Among Older Adults Following Hospitalization for Acute Medical Illness. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(12):2171-2179. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x.Recovery.
3. Pashikanti L, Von Ah D. Impact of Early Mobilization Protocol on the Medical-Surgical Inpatient Population. *Clin Nurse Spec*. 2012;26(2):87-94. doi:10.1097/NUR.0b013e31824590e6.
4. Graf BC. functional decline in hospitalized. 2006;106(1).
5. Healey F, Monro A, Cockram A, Adams V, Heseltine D. Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: A randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2004;33(4):390-395. doi:10.1093/ageing/afh130.
6. Zisberg A, Shadmi E, Sinoff G, Gur-Yaish N, Srulovici E, Admi H. Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(2):266-273. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03276.x.
7. Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *Jama*. 2010;304(17):1919-1928. doi:10.1001/jama.2010.1568.
8. Pedersen MM, Bodilsen AC, Petersen J, et al. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2013;68(3):331-337. doi:10.1093/gerona/gls165.
9. Brown CJ, Roth DL, Allman RM. Validation of use of wireless monitors to measure levels of mobility during hospitalization. *J Rehabil Res Dev*. 2008;45(4):551-558. doi:10.1682/JRRD.2007.06.0086.
10. Callen BL, Mahoney JE, Grieves CB, Wells TJ, Enloe M. Frequency of hallway ambulation by hospitalized older adults on medical units of an academic hospital. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2004;25(4):212-217. doi:10.1016/j.gerinurse.2004.06.016.
11. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Older Patients. 2004:1263-1270.
12. Kleinpell RM, Fletcher K, Jennings BM. Chapter 11 . Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly Hospitalization and Patient Safety Considerations for the Elderly. 2002:251-266.
13. So C, Pierluissi E. Attitudes and Expectations Regarding Exercise in the Hospital of Hospitalized Older Adults : A Qualitative Study. 2012:713-718. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03900.x.

Approfondimenti bibliografici

Reference 1

Attitudes and Expectations Regarding Exercise in the Hospital of Hospitalized Older Adults: A Qualitative Study

Cynthia So, MPH, and Edgar Pierluissi, MD†*

[J Am Geriatr Soc](#). 2012 Apr;60(4):713-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03900.x. Epub 2012 Mar 16.

Objectives: To describe expectations of, and perceived motivators and barriers to, in-hospital exercise of hospitalized older adults.

Design: Qualitative study using the framework theory.

Setting: Public hospital general medical wards.

Participants: Twenty-eight English- or Spanish-speaking inpatients aged 65 to 103.

Measurements: Semistructured interviews were conducted at the bedside. Questions explored attitudes and expectations regarding in-hospital exercise. Interviews were tape recorded and transcribed, and content analysis was performed to identify major themes.

Results: For most participants (71%), exercise in the hospital meant walking. Only 29% of participants expected to be exercising in the hospital, although threequarters perceived it to be appropriate. Major themes included motivating factors and barriers

Reference 2

Twenty-Four-Hour Mobility During Acute Hospitalization in Older Medical Patients

Mette Merete Pedersen,^{1,2} Ann Christine Bodilsen,^{1,2} Janne Petersen,¹ Nina Beyer,³ Ove Andersen,¹ Louise Lawson-Smith,¹ Henrik Kehlet,⁴ and Thomas Bandholm^{1,2,5}

[J Gerontol A Biol Sci Med Sci](#). 2013 Mar;68(3):331-7. doi: 10.1093/gerona/gls165. Epub 2012 Sep 12.

Background. Inactivity during hospitalization in older medical patients may lead to functional decline. This study quantified 24-hour mobility, validated the accelerometers used, and assessed the daily level of basic mobility in acutely admitted older medical patients during their hospitalization.

Methods. This is a prospective cohort study in older medical patients able to walk independently (ambulatory patients) and those not able to walk independently (nonambulatory patients) on admission. The 24-hour mobility level during hospitalization was assessed by measuring the time in lying, sitting, and standing and/or walking, by two accelerometers. Basic mobility was quantified within 48 hours of admission and repeated daily throughout hospitalization.

Results. Forty-three ambulatory patients and six nonambulatory patients were included. The ambulatory patients tended to be hospitalized for fewer days than the nonambulatory patients (7 vs 16, $p = .13$). The ambulatory patients were lying median 17 hours, (interquartile range [IQR]: 14.4–19.1), sitting 5.1 hours (IQR: 2.9–7.1), and standing and/or walking 1.1 hours (IQR: 0.6–1.7) per day. On days with independency in basic mobility, the ambulatory patients were lying 4.1 hours less compared with days with dependency in basic mobility ($p < .0001$), sitting 2.4 hours more ($p = .0004$), and standing 0.9 hours more ($p < .0001$). The algorithm identification for lying, sitting, and standing and/or walking of the accelerometers, corresponded by 89%–100% with positions performed by older medical patients.

Conclusions. Older acutely hospitalized medical patients with walking ability spent 17 h/d of their in-hospital time in bed, and the level of in-hospital mobility seemed to depend on the patients' level of basic mobility. The accelerometers were valid in assessing mobility in older medical patients.

Reference 3

Low Mobility During Hospitalization and Functional Decline in Older Adults

Anna Zisberg, RN, PhD,* Efrat Shadmi, RN, PhD,* Gary Sinoff, MD, PhD,^{††} Nurit Gur-Yaish, PhD,[§] Einav Srulovici, RN, MHA,* and Hanna Admi, RN, PhD^{||}

[J Am Geriatr Soc](#). 2011 Feb;59(2):266-73. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03276.x.

Objectives: To examine the association between mobility levels of older hospitalized adults and functional outcomes.

Design: Prospective cohort study.

Setting: A 900-bed teaching hospital in Israel.

Participants: Five hundred twenty-five older (70) acute medical patients hospitalized for a nondisabling condition.

Measurements: In-hospital mobility was assessed using a previously validated scale. The main outcomes were decline from pre-morbid baseline functional status at discharge (activities of daily living (ADLs)) and at 1-month follow-up (ADLs and instrumental ADLs (IADLs)). Hospital mobility levels and functional outcomes were assessed according to prehospitalization functional trajectories. Logistic regressions were modeled for each outcome, controlling for functional status, morbidity, and demographic characteristics.

Results: Forty-six percent of participants had declined in ADLs at discharge and 49% at follow-up; 57% had declined in IADLs at follow-up. Mobility during hospitalization was twice as high in participants with no preadmission functional decline. Low versus high in-hospital mobility was associated with worse basic functional status at discharge (adjusted odds ratio (AOR) 518.03, 95% confidence interval (CI) 57.68–42.28) and at follow-up (AOR 5.47, 95% CI 1.98–11.28) and worse IADLs at follow-up (AOR 5.00, 95% CI 1.05–3.78). The association with poorer discharge functional outcomes was present in participants with preadmission functional decline (AOR for low vs high mobility 515.26, 95% CI 54.80–48.42) and in those who were functionally stable (AOR for low vs high mobility 510.12, 95% CI 52.28–44.92).

Conclusion: In-hospital mobility is an important modifiable factor related to functional decline in older adults in immediate and short-term (1-month follow-up) functional outcomes. *J Am Geriatr Soc* 59:266–273, 2011.

Reference 4

Impact of Early Mobilization Protocol on the Medical-Surgical Inpatient Population

An Integrated Review of Literature

Lavanya Pashikanti, MSN, RN ■ Diane Von Ah, PhD, RN

[Clin Nurse Spec](#). 2012 Mar-Apr;26(2):87-94. doi: 10.1097/NUR.0b013e31824590e6.

Purpose/Objectives: The purpose of this review article was to examine the efficacy of an early mobilization protocol in hospitalized medical-surgical inpatient population.

Background/Rationale: Prolonged immobilization can result in functional decline and heighten the risk for hospital-associated complications such as falls and pressure ulcers. Early mobilization, on the other hand, has been shown to prevent functional decline and hospital-associated complications. However, currently no evidence-based guidelines exist with regard to an early mobilization protocol for the medical-surgical inpatient population. Therefore, the purpose of this review was to provide a thorough analysis of current evidence pertaining to an early mobilization protocol for the medical-surgical inpatient population.

Methods: A comprehensive search of the literature was conducted using Ovid, MEDLINE, and PubMed databases using the following search terms: early ambulation, postoperative care, and length of stay.

Outcome: We found a total of 9 empirical studies that met the inclusion criteria. Studies revealed that using the basic tenets of an early mobilization protocol was associated with improved outcomes for patients with deep vein thrombosis, reduced length of stay in patients with community-acquired pneumonia, and maintained or improved functional status from admission to discharge of hospitalized older adults and patients recovering from major surgery.

Interpretation/Conclusion: Overall, our review found that early mobilization (especially early ambulation) of the medical-surgical inpatient population may improve patient outcomes.

Animo informa



Buone vacanze a tutti!

