

**Roberto Gramiccia**

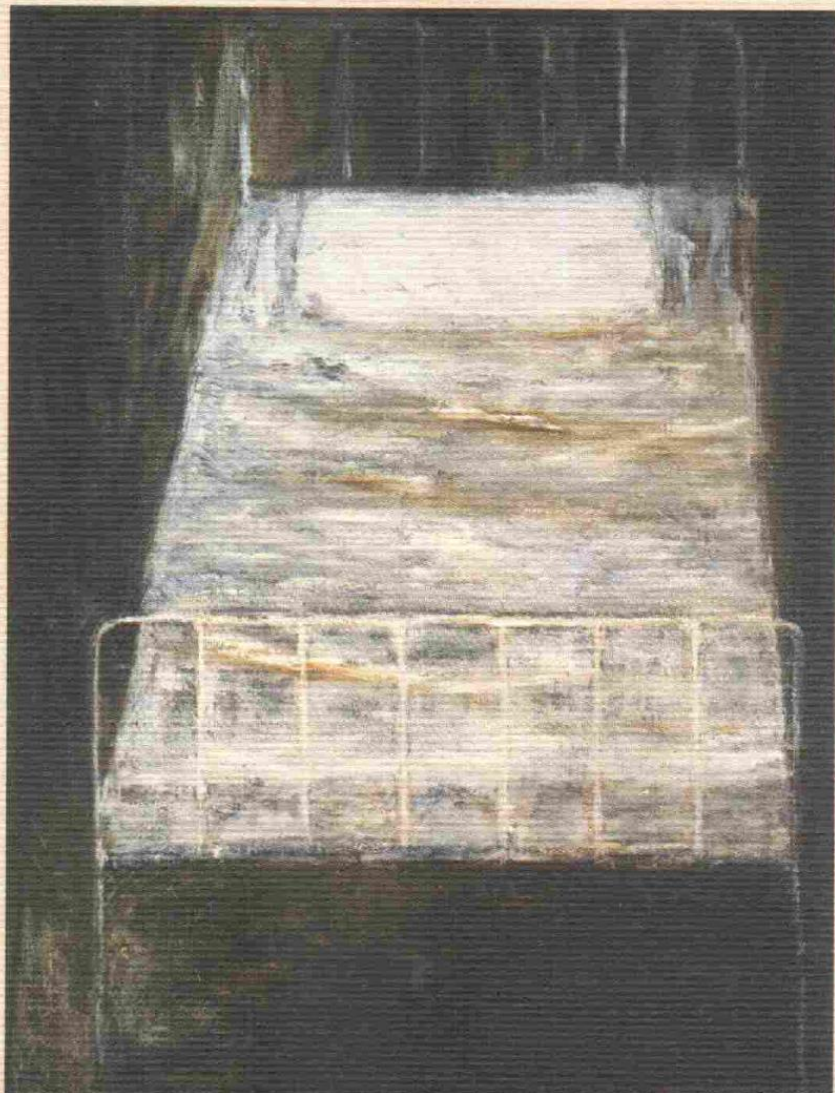
con la collaborazione di Vittorio Bonanni

# **La strage degli innocenti**

**Terza età: anatomia  
di un omicidio sociale**

*prefazione di*

Margherita Hack



# La sindrome da immobilizzazione

*dottorssa Giulia Ganci, dottorssa Luigia J. Dominguez,  
professor Mario Barbagallo\**

## *Introduzione*

Si definisce *sindrome ipocinetica* una condizione caratterizzata da ridotta o assente autonomia nel movimento ad insorgenza acuta o cronicamente progressiva, con difficoltà dell'anziano a svolgere le attività di vita quotidiana che richiedono la capacità di spostarsi nell'ambiente circostante indispensabili per la vita autonoma. L'importanza di conoscere e quindi di identificare il più precocemente possibile questa condizione può evitare la sua forma più grave, la cosiddetta *sindrome da immobilizzazione*, con tutte le conseguenze del prolungato confinamento a letto. La *sindrome da immobilizzazione* rientra a pieno titolo nelle «grandi sindromi geriatriche». Tale condizione, pur non esclusiva dell'età avanzata, è particolarmente grave e frequente nell'anziano per una serie di fattori che predispongono alla sua insorgenza. Se non adeguatamente contrastata, porta inesorabilmente ad uno stato di disabilità ingravescente e alla morte.

## *Cause*

Le principali cause iniziali comprendono fattori biologici, psicologici, sociali e più frequentemente una commistione di essi, in

\* Uoc di Geriatria e Lungodegenza, Aoup Policlinico, Università degli studi di Palermo.

cui la causa scatenante è talvolta difficilmente identificabile. In un paziente anziano fragile con polipatologia complessa, anche una ridotta stimolazione ambientale può favorire l'insorgenza di un circolo vizioso, che, da una situazione di isolamento e di emarginazione, può condurre a manifestazioni di insufficienza cerebrale e provocare infine la comparsa di una sindrome ipocinetica con incontinenza urinaria, sino alla perdita dell'autosufficienza. La espressione più grave e spesso conclusiva di questa catena di eventi invalidanti è proprio la sindrome di immobilizzazione.

### *Fattori biologici*

Le cause iniziali possono includere malattie che interessano diversi apparati:

– *Sistema nervoso*: ictus, demenze, morbo di Parkinson, dolore acuto e cronico.

– *Apparato muscolo-scheletrico*: osteoporosi e fratture (soprattutto a carico del femore), polimialgia reumatica, artrite.

– *Apparato respiratorio*: bronchite cronica ostruttiva e sindromi restrittive.

– *Apparato cardiovascolare*: scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica.

– *Alterazioni visive*: molto comuni nell'anziano, cataratta e retinopatie.

### *Fattori psicologici*

Tra i fattori psicologici ricordiamo la sindrome depressiva (molto frequente nell'anziano per perdita del suo status sociale, vedovanza, ecc.) e il timore delle cadute, specie se precedentemente verificatesi. È bene includere in questa categoria l'eccessiva preoccupazione del *caregiver*, che instaura una serie di divieti che limitano la possibilità di svolgere le attività di vita quotidiana (divieto di cucinare, di fare acquisti, di gestire il denaro, di salire e scendere le scale, di governare la casa) confinando l'an-

ziano in uno spazio ristretto e inducendolo a stazionare più a lungo tra poltrona e letto.

### *Fattori socio-ambientali*

Non è raro che l'ambiente che circonda l'anziano (domestico o ospedaliero) non sia idoneo. L'assenza, ad esempio, dell'ascensore in ambiente domestico o di ausili per la deambulazione (bastoni, girelli, corrimani) nei reparti ospedalieri hanno un impatto negativo sulla funzionalità motoria. Fattori sociali come la solitudine, l'assenteismo dei parenti, l'assenza di un *caregiver*, scarse risorse economiche possono aggravare e far precipitare una condizione motoria già precaria.

### *Quadro clinico e conseguenze*

Il primo organo interessato è l'apparato muscolo-scheletrico ma il coinvolgimento rapido di tutti gli altri organi classifica la sindrome da immobilizzazione come una *sindrome multisistemica*.

– *Apparato muscolo-scheletrico*: l'immobilità determina ipotrofia e ipostenia muscolare. La perdita di massa muscolare è del 2% per ogni giorno di allettamento. L'impoverimento della massa ossea causa osteoporosi e fratture. L'assenza del carico e delle sollecitazioni meccaniche indotte dall'attività fisica altera le proprietà biomeccaniche delle strutture cartilaginee, causandone degenerazione progressiva fino all'anchilosi.

– *Apparato respiratorio*: la posizione supina riduce l'escursione polmonare con riduzione della capacità vitale, causa ristagno delle secrezioni endobronchiali predisponendo alle atelettasie e alle infezioni polmonari. La posizione orizzontale, inoltre, rende difficoltosa la deglutizione del cibo, predisponendo alle polmoniti *ab ingestis*.

– *Apparato cardiovascolare*: la stasi venosa, l'aggregazione piastrinica, la riduzione della produzione locale di fattori antitrombotici

ci, l'aumento del tono adrenergico può causare la trombosi venosa profonda e quindi embolia polmonare.

– *Apparato gastroenterico*: si riduce la motilità intestinale aumentando i tempi di transito causando stipsi e fecalomi. Altra complicanza è l'incontinenza fecale.

– *Apparato urinario*: l'allettamento può determinare ristagno di urina con infezioni ricorrenti. Non è raro che i pazienti allettati siano portatori di cateteri a permanenza moltiplicando gli episodi di infezioni delle vie urinarie.

– *Apparato tegumentario*: nell'anziano sono presenti diverse alterazioni fisiologiche a carico di tutti gli strati cutanei (processi di guarigione più lenti, ridotta irrorazione sanguigna, tessuto meno elastico, secchezza) e, per questo, mantenere l'integrità cutanea è una sfida continua. L'allettamento e il perpetuarsi di forze di pressione e/o frizione può causare la comparsa di lesioni da decubito. Le aree maggiormente interessate sono quelle con prominenze ossee come il sacro, i malleoli, il calcagno, il grande trocantere, le tuberosità ischiatiche.

– *Malnutrizione*: può essere una causa di allettamento o conseguire ad essa. In una condizione di malnutrizione l'organismo attiva i processi di adattamento metabolico che consentono un risparmio energetico idoneo a proteggere le funzioni vitali. Fornire glucosio e quindi energia al Snc e altri organi e amminoacidi sono attività che si verificano con la conseguenza di un bilancio energetico negativo e di perdita di massa magra, della componente idrica e più lentamente di quella grassa (lipolisi). La perdita della massa magra non soltanto aumenta il rischio di lesioni da decubito ma ha effetti negativi sulla funzione di sostegno, di postura e di locomozione dell'apparato muscolo-scheletrico, aumentando il rischio di cadute.

### *Prevenzione e terapia*

Va sottolineata la necessità di realizzare sempre, nel paziente anziano, una attenta valutazione multidimensionale geriatrica e

un approccio diagnostico-terapeutico globale che riguardi, quindi, non solo l'aspetto biologico e sanitario in senso stretto, ma altresì quello psicologico e quello sociale. È importante la valutazione dei pazienti a rischio tramite scale che esplorano l'autonomia e l'autosufficienza (Adl, Iadl) e l'andatura e l'equilibrio (test di Tinetti). Incrementare la capacità del paziente ad eseguire le attività quotidiane, stimolando l'utilizzo delle capacità residue anche attraverso l'utilizzo di ausili per la deambulazione e calzature idonee. Nel paziente che è già immobilizzato il momento fondamentale del trattamento è la terapia riabilitativa che mira al ripristino delle funzioni motorie e alla prevenzione dell'aggravamento della disabilità. È fondamentale prevenire le ulcere da pressione, tramite l'uso di materassi antidecubito e la variazione della postura ogni ora e mediante un regime dietetico equilibrato con adeguato apporto proteico e vitaminico. La stretta collaborazione medico-infermieristica è necessaria per la prevenzione delle complicanze e per instaurare il processo riabilitativo, con lo scopo di condurre il paziente al più alto livello di autonomia possibile.