



GRIGLIA PER VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO NEI PAZIENTI ONCOLOGICI PER I FISIOTERAPISTI: EDMONTON FUNCTIONAL ASSESSMENT TOOL 2-I (EFAT2-I)

Gruppo di Studio Cure Palliative Anno 2025

Coordinatori: Matteo Cometto, Ferdinando Garetto, Paolo Rappa Verona, Maria Marcella Rivolta

A cura di: Marco Vacchero, Cinzia Vaisitti (Fisioterapisti)

Documento approvato dal Gruppo di Studio

Introduzione

Gli obiettivi della fisioterapia in cure palliative (CP) devono prevedere “l’aiuto al paziente a raggiungere il massimo potenziale funzionale in un quadro temporale realistico, a conservarlo, durante la fase terminale della malattia, modificando costantemente il trattamento e gli obiettivi, tenendo conto del declino delle abilità” (1). Inoltre, in cure palliative, la fisioterapia viene applicata sempre di più, nella gestione del linfedema, della dispnea, della fatigue, del dolore (2, 3, 4), nel miglioramento della mobilità articolare, dell’abilità nei trasferimenti, della deambulazione, incidendo positivamente sul tono dell’umore dei pazienti in fase avanzata di malattia (5, 6, 7). Come descritto nella cosiddetta “rehabilitation-in-reverse” (8, 9): mentre nella fisioterapia “convenzionale” l’obiettivo è il miglioramento o la risoluzione di una o più disfunzioni causate da una determinata patologia con esiti di risultato ampiamente verificabili, nelle cure palliative il trattamento fisioterapico ha la finalità di guidare il paziente nell’ultima fase della malattia, passando da un iniziale miglioramento funzionale a un progressivo declino fisico. Questo significa che il fisioterapista, durante il percorso assistenziale, dovrà rimodulare costantemente gli obiettivi del trattamento, l’eventuale introduzione di ausili; tutto ciò sempre in stretta relazione con lo stato clinico, funzionale ed emotivo del paziente.

Razionale

Da una revisione della letteratura (10) emerge che, nella fisioterapia in cure palliative esiste una notevole eterogeneità nell’utilizzo di strumenti di valutazione dell’efficacia dei trattamenti nei pazienti in fase avanzata di malattia. Alcuni strumenti verificano soltanto lo stato di performance del paziente in fase avanzata di malattia e lo fanno in maniera molto generica. Inoltre, la principale criticità di questi strumenti fisioterapici è quella di non riuscire a conciliare una valutazione funzionale, con una verifica dell’impatto dei trattamenti sulla qualità di vita dei pazienti in fine vita, che rappresenta l’obiettivo principale nelle cure palliative. In Italia, le uniche scale riabilitative **validate (FIM, Barthel, Tinetti) si sono rivelate poco appropriate ai bisogni fisioterapici dei pazienti** in cure palliative (13).

Secondo l’Association of Palliative Medicine of Great Britain and Ireland (11) tra gli strumenti di valutazione fisioterapici l’Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) (12) è l’unico strumento validato e specifico per la valutazione funzionale in cure palliative ed è stato raccomandato l’utilizzo nella pratica clinica in questo ambito. L’Edmonton Functional Assessment Tool-2 (EFAT-2) è uno strumento appropriato per la valutazione in cure palliative e oggi ne esiste una versione validata in lingua italiana (EFAT2-I) (14).



Nonostante ciò, non esistono in Italia studi sull'utilizzo dell'EFAT2-I per valutare l'efficacia degli interventi fisioterapici nei setting delle cure palliative.

Si è, quindi, deciso di procedere strutturando uno studio per valutarne l'efficacia. Sono stati coinvolti 5 centri sul territorio nazionale: Antea Roma (centro promotore), Fondazione FARO Torino, Samot Palermo, Vidas Milano, Hospice Seragnoli Bentivoglio. Il gruppo dei fisioterapisti (iscritti alla SICP) coinvolti nello studio e appartenenti alla Rete delle CP, 34 in totale, ha codificato e unificato i trattamenti in modo che l'esecuzione fosse condivisa e uniforme.

Tra gennaio 2023 e dicembre 2023 è stato effettuato uno studio osservazionale, prospettico, multicentrico, nei setting delle CP, con l'intento di raccogliere dettagliate informazioni sulle caratteristiche del dolore e il trattamento in una popolazione di pazienti oncologici in carico a una rete di centri specialistici di CP e per valutare l'impatto degli interventi fisioterapici nei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia tramite l'utilizzo dell'EFAT2-I.

Questo strumento è sviluppato per valutare il grado di performance dei pazienti tumorali in fase terminale. E' costituito da 10 domini che valutano lo status di alcune funzioni principali quali: **lo stato cognitivo , la comunicazione , l'equilibrio** (raggiungere e mantenere la statica eretta), **la mobilitazione , la locomozione** (a piedi o in carrozzina), **il dolore , la dispnea , la fatigue , la motivazione, le attività di vita quotidiana** (ADL); ognuno di questi domini è valutato secondo 4 possibilità di punteggio su una scala da 0 a 3 (0 = indipendenza nella performance funzionale; 1 = minima dipendenza nella performance funzionale; 2 = moderata dipendenza nella performance funzionale 3 = totale perdita della performance funzionale).

Attraverso i risultati dello studio possiamo affermare che: lo strumento è efficace nei diversi setting di cura (ambulatorio, domicilio, hospice), che l'impatto sulla qualità di vita percepita dai pazienti è risultata di un valore numerico medio di 8 (in una scala Mc Gill compresa tra 0 e 10), che i pazienti sono stati soddisfatti dei trattamenti ricevuti e infine che la frequenza dei trattamenti ottimale risulta essere di 2/3 passaggi settimanali a seconda del piano terapeutico di cura e che la durata del singolo trattamento dovrà essere di 25 minuti (come tempo ideale).

In conclusione e per completare il lavoro sulla Griglia di Valutazione strutturata negli anni precedenti, dal gruppo dei fisioterapisti della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta (utilizzata per la prima valutazione del MMG e dell'infermiera per la segnalazione al Servizio di Fisioterapia dei pazienti meritevoli di valutazione funzionale), ci sentiamo di poter proporre l'utilizzo dello strumento Efat-2 per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti di fisioterapia nei diversi setting di Cure Palliative Oncologiche.

REFERENZE BIBLIOGRAFICHE

1. Gray R. "The role of physiotherapy in hospice care. *Physiother Practice*". 1989;5 (1):1–16.
2. Yoshioka H. "Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil*". 1994;73(3):199–206.
3. Drouin JS, Bush L. "Physical therapy treatment of individuals with cancer: an examination of practice patterns in Michigan". *Rehab Oncology*. 2008; 26(1): 3–7.
4. Cobbe S, Kennedy N. "Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy". *J Palliat Med*. 2012; 15(7):760–767.
5. Sabers SR, JE Kokal, JC Girardi, et al. "Evaluation of consultation-based rehabilitation for hospitalized cancer patients with functional impairment". *Mayo Clin Proc* 1999;74(9):855–861.
6. Montagnini M, Lodhi M, Born W. "The utilization of physical therapy in a palliative care Unit". *J Palliat Med*. 2003;6(1):11–17.
7. Kumar Sp, Jim A. "Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review". *Indian J Palliat Care*. 2010;16(3): 111–116.
8. Briggs Richard W. Models for physical therapy practice in palliative medicine. *Rehabilitation Oncology*. 2000; 18.(2): 18–19.
9. Kasven–Gonzalez N, Souverain R, Miale S. "Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report". *Palliat Support Care*. 2010;8(3):359–69.
10. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *J Palliat Med*. 2011;14(5): 638–648.
11. Association for Palliative Medicine (APM) of Great Britain and Ireland. "THE 'WHICH TOOL' GUIDE: Preliminary review of tools to measure clinical effectiveness in palliative Care". August 2001. <https://it.scribd.com/document/82058122/Which-Tool-Guide> last access 28 December 2020
12. Kaasa T, Loomis J, Gillis K, Bruera E, Hanson J. "The Edmonton Functional Assessment Tool: preliminary development and evaluation for use in palliative care". *J Pain Symptom Manage*. 1997;13(1):10–19.
13. Cobbe S, Kennedy N. "Framework for measurement of physiotherapy in palliative cancer Care". *Physiother Pract Res*. 2009;30(2): 41–46.



14. Magrelli A, Scannavini P, D. D'Angelo, Latini CM, Felli S, Di Nitto M, Russo G, Mastroianni C, Navalesi G, Casale G. "Cultural Adaptation and Testing of the Italian Version of the Edmonton Functional Assessment Tool-2 (EFAT2-I)". J Palliat Care. December 2021.

DATA: ID:	0 Stato funzionale	1 Disfunzione minima	2 Disfunzione moderata	3 Disfunzione grave	
<u>Comunicazione</u>	Indipendente in tutti gli aspetti della comunicazione 0	Necessita di ausili. Comunica in maniera efficace più del 50%, ma inferiore al 100% 1	Comunica in maniera efficace meno del 50% delle volte 2	Incapace di comunicare 3	
<u>Stato mentale</u>	Orientamento x 3 memoria intatta 0	Orientamento/memoria ridotta di 2/6 esegue semplici comandi 1	Orientamento/memoria ridotta di 3-4/6 risponde in modo incoerente, od inquieto, agitato, ansioso 2	Orientamento/memoria ridotta di 5-6/6 o non risponde a comandi verbali 3	
<u>Dolore</u>	Nessuno o dolore occasionale che non incide sulle funzioni 0	Il dolore inibisce alcune attività. Inibisce le funzioni in maniera minima. Può avere brutte giornate 1	Dolore presente nella maggior parte del tempo. Inibisce le funzioni in maniera moderata 2	Dolore sempre presente. Incapace di effettuare qualsiasi attività a causa del dolore 3	
<u>Dispnea</u>	Nessuna disfunzione. Non incide sulla partecipazione alle AVQ 0	Respirazione veloce o corta. Urgenza di respirare dopo aver contato fino a 15. 1	Richiede un respiro aggiuntivo per completare il conteggio fino a 15 2	Richiede 2 o più respiri per completare il conteggio fino a 15 3	
<u>Equilibrio Dalla posizione seduta (Raggiungere e mantenere la statica eretta)</u>	Equilibrio normale 0	Equilibrio raggiunto/mantenuto ottenuto/mantenuto con ausilio o con l'aiuto di una persona. Rischio minimo di caduta 1	Equilibrio instabile Mantiene la posizione con l'aiuto di 1 o 2 persone Rischio di caduta 2	Mantiene l'equilibrio con la massima assistenza di 1/2 persone o non valutabile 3	
<u>Mobilità</u>	Controlla/muove tutti gli arti. Agisce in modo sicuro e indipendente 0	Controlla/muove tutti gli arti; richiede 1 assistente per muoversi in sicurezza, nel girarsi, sedersi, stare in piedi 1	Richiede l'assistenza di un'altra persona per iniziare il movimento. Richiede 2 assistenti per trasferimenti in sicurezza 2	Completamente assistito nei movimenti. Necessita di sollevamento meccanico per i trasferimenti 3	
<u>Locomozione A piedi Su sedia a rotelle</u>	Cammina senza assistenza o guida e spinge in maniera indipendente la sedia a rotelle 0	Cammina con un assistente + un ausilio o una supervisione nel guidare la sedia a rotelle 1	Cammina con 2 assistenti per brevi distanze o richiede assistenza nel guidare e spingere la sedia a rotelle 2	Incapace di camminare. Dipende da altri nella gestione della sedia a rotelle 3	
<u>Stanchezza (affaticamento)</u>	Raramente necessita di riposo 0	Necessita di riposo <50% del giorno 1	Necessita di riposo >50% del giorno 2	Costretto a letto per la stanchezza 3	
<u>Motivazione</u>	Desideroso di partecipare a dispetto delle limitazioni 0	Attivo /passivo > 50% del tempo 1	Attivo /passivo < 50% del tempo 2	Nessun desiderio di partecipare alle attività 3	
<u>Autonomia nelle attività di vita quotidiana (AVQ)</u>	Indipendente 0	Indipendente con l'aiuto di equipaggiamento adeguato 1	Assistenza manuale di 1, assistenza verbale, supervisione per completare un compito 2	Totale necessità di essere assistito nella routine giornaliera 3	
<u>Stato della prestazione</u>	Indipendente in camera o in reparto 0	Indipendente con minima assistenza di 1 1	Assistenza moderata di 1 persona in camera reparto 2	Assistenza di 1-2 persone in camera 3	
<u>Punteggio totale</u>					PT:

