

La rivista è distribuita in abbonamento, per informazioni vai su

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - LO/MI

www.riabilitazioneoggi.com

Riabilitazione Oggi

ENDOR

DIATERMIE DIGITALI

Nuova offerta a pag. 5

- **Gli ultimi orientamenti giurisprudenziali in tema di equipollenza/equivalenza del diploma di MFT** pag. 9
- **Diabete di tipo 2 e attività motoria** pag. 12
- **Il legamento crociato anteriore nel calcio** pag. 22
- **TNFP e FtR: due professioni a confronto** pag. 31

Anno XXXV **2018** 4
Luglio/Agosto



A cura di
Consorzio Ospedaliero Colibrì
<http://www.consorziocolibri.com>

La riabilitazione postictale degli ultraottantenni

L'esperienza dell'Ospedale privato accreditato Villa Bellombra di Bologna: un successo anche nei pazienti complessi con l'approccio multidisciplinare

M. Rosaria Leo¹, Marina Farinelli², Valentina Rossi³, Daniele Calligola⁴, Laura Mascia⁵, Laura Gestieri² e Vincenzo Pedone⁶

¹Fisiatra e Responsabile medico, ²Psicologo clinico, ³Internista, ⁴Coordinatore dei fisioterapisti, ⁵Coordinatore infermieristico, ⁶Cardiologo, Geriatra e Direttore sanitario Ospedale Riabilitativo Villa Bellombra - Bologna www.villabellombra.it, info@villabellombra.it

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

L'ictus è, per dimensioni epidemiologiche e rilievo clinico-funzionale, uno dei più gravi problemi sanitari e socio-assistenziali. È infatti la prima causa d'invalidità permanente, la seconda causa di demenza (dopo la malattia di Alzheimer) e la terza causa di morte dopo infarto miocardico e neoplasie.

In Italia si contano ogni anno circa 200.000 ricoveri per ictus (l'80% nuovi episodi e il 20% recidive).

L'ictus è una patologia cerebrovascolare acuta che riconosce differenti meccanismi patogenetici:

- *l'ictus ischemico* è il più frequente, ed è generalmente secondario a patologia aterotrombotica delle arterie cerebrali, ma riconosce un meccanismo cardioembolico in 1/5 dei casi, molto spesso legato a fibrillazione atriale;
- *l'ictus emorragico* si caratterizza da un'evidenza radiologica di lesione puramente emorragica.

Il rischio di ictus aumenta con l'età; infatti la sua incidenza raddoppia ogni decennio a partire dai 45 anni, per cui il 75% degli

ictus colpisce i soggetti di età >65 anni. La gestione della fase acuta dell'ictus tende sempre più a essere concentrata in unità di cura dedicate, le Stroke Unit che, in condizioni appropriate (primissime ore), assicurano interventi di ripristino farmacologico o strumentale della pervietà nell'arteria trombizzata. La strategia interventistica è stata estesa negli ultimi anni anche ai pazienti >80 anni.

IL PAZIENTE "VERY OLD"

Le persone molto anziane ("very old") presentano alcune caratteristiche comuni che vanno considerate nel progetto riabilitativo postictale: la riduzione delle riserve funzionali, la facilità alle complicanze a cascata, la riduzione delle prestazioni neuromotoria e cardiorespiratoria, la frequenza di patologie quali la poliartrite, la malnutrizione, la sarcopenia e l'osteopenia, lo scompenso cardiaco, la bronchite cronica con/senza insufficienza respiratoria, il deterioramento cognitivo e la depressione del tono dell'umore. Aumenta in generale quindi nell'anziano la predisposizione a eventi morbigeni acuti e a manifestare in tale evenienza quadri clinici più gravi. Come insegna la geriatria, nel paziente "very old" è indicato l'approccio olistico dal lato valutativo (*valutazione multidimensionale*) e dal lato dell'intervento (*comprehensive management*): nell'anziano l'approccio bio-psico-sociale è cioè più adatto e redditizio rispetto all'approccio biomedico tradizionale.



COLIBRÌ

Telefono: 051.334546

Fax: 051.333581

Email: info@consorziocolibri.com

IL PROGETTO RIABILITATIVO DEL PAZIENTE "VERY OLD" CON RECENTE ICTUS CEREBRALE

A Villa Bellombra vengono ricoverati circa 120 pazienti/anno con recente ictus; i più sono anziani, in un terzo dei casi >80 anni. La strategia d'intervento attuata è di tipo multidisciplinare. Nell'arco delle 24 ore successive all'arrivo in ospedale, il degente viene sottoposto alle indagini necessarie alla valutazione puntuale del quadro clinico: fisiatra e internista/geriatra valutano il profilo del paziente nella sua multidimensionalità (disabilità postictale, copatologie internistiche, cognitivtà e stato nutrizionale) e definiscono un percorso riabilitativo adeguato; il neuropsicologo verifica e gestisce eventuali disturbi delle funzioni della sfera cognitiva e comunicativa preesistenti o emergenti; il logopedista-deglutologo approfondisce gli aspetti della **disfasia** e della **disfagia** da sottoporre a trattamento; il servizio di psicologia clinica gestisce l'inquadramento diagnostico e gli interventi psicologici e, quando necessario, le cure psicofarmacologiche, in particolare dedica attenzione agli elementi psicoemozionali e motivazionali dei pazienti e dei familiari per supportare il processo riabilitativo nella sua interezza.

Infine un ruolo strategico è affidato al fisioterapista che ha il compito di effettuare la neuroriabilitazione, sotto la guida del fisiatra, e di rieducare il paziente alle attività della vita quotidiana. Il programma di **riabilitazione multidisciplinare** può avere una durata

da 30 a 45 giorni e impegna il paziente per oltre 3 ore al giorno. Tale piano ha una prognosi prevedibile, una modalità attuativa personalizzata (quanto ad ambiti ed operatori) e prevede un lavoro coordinato (team work) per obiettivi precisi cui tendere. Si sottolinea tra le best practice organizzative, essenziali per il successo dell'intero percorso riabilitativo, il ruolo del "team allargato" con la partecipazione dei familiari o care-giver per la definizione del progetto terapeutico, il coordinamento con le strutture invianti e riceventi, la continuità riabilitativa anche domiciliare e la prescrizione tempestiva di ausili personalizzati.

Casistica di 6 anni di attività (2012-2017)

I dati di seguito esposti sono relativi ai pazienti con esiti di ictus recente, di età >80 anni, ricoverati presso l'OPA Villa Bellombra per un ciclo di riabilitazione intensiva dal 2012 al 2017.

I soggetti coinvolti sono in totale 348, di cui 149 (43%) maschi e 199 (57%) femmine con un'età media di **84,72 anni** (DS: 3,75). Relativamente allo stato civile, prevalgono i vedovi (46%) e i coniugati (35%). Il livello di scolarità prevalente è la licenza elementare (47%) e la quasi totalità (96%) è pensionata. Per quanto riguarda l'ospedale di provenienza, i pazienti sono così ripartiti:

- 292 (84%) Ospedale Maggiore (sede della stroke unit deputata ai trattamenti interventistici);
- 12 (3%) Ospedale Bellaria;
- 9 (3%) Ospedale Sant'Orsola;
- 35 (10%) altra provenienza.

Il tempo medio di permanenza a Villa Bellombra è stato di 31,67 giorni (DS: 14,2).

La distanza media dall'evento acuto è stata di 12,05 giorni (DS: 14,2) e tende a ridursi negli anni.

Natura, lato e sede lesionale nei nostri pazienti sono risultati in linea con i dati di letteratura.

Nella tabella 1 vengono riportate le frequenze dei principali interventi e dei relativi riscontri in ambito medico-psicologico, neuro-psicologico e logopedico ottenuti a VB negli ictati ultraottantenni del biennio 2012-13 (N=106).

Analizzando il livello di deterioramento cognitivo misurato con la somministrazione del MMSE (Mini Mental State Examination) a pochi giorni dall'ingresso in struttura, emerge che (Figura 1):

- il **28%** dei pazienti ha un profilo **normale** (anche se spesso ai limiti);
- il **18%** dei pazienti ha un **deterioramento lieve**;
- il **19%** dei pazienti ha un **deterioramento moderato**;
- il **2%** dei pazienti ha un **deterioramento grave**;
- il 30% dei pazienti è risultato non valutabile (per impedimenti clinici, es. afasia);
- il 2% dei pazienti non ha accettato la somministrazione del test psicometrico.

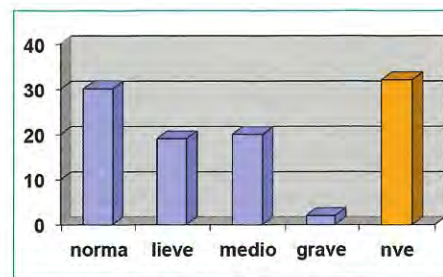


Fig. 1 - Percentuale di pazienti per ogni grado di compromissione cognitiva.

Tab. 1 - Pazienti post-ictus >80 anni ricoverati a Villa Bellombra nel biennio 2012-2013

Valutazione medico-psicologica		Valutazione neuropsicologica		Valutazione logopedica	
Psicologico + Farmacologico	75%	Norma/Limiti	17%	Norma	5%
Psicologico	25%	NSU	4%	Disturbi linguali + disfagia	2%
		Deficit frontali	13%	Afasia	11%
		Impoverimento cognitivo	15%	Disfagia +Afasia	17%
		Deficit multidominio	24%	Anomia, disartria, VII nc	20%
		Non valutabili	17%	Disfagia	30%
		Mancanti	10%	Mancanti	15%

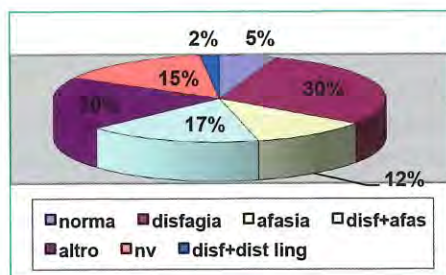


Fig. 2 - Percentuale di disturbi del linguaggio e della deglutizione.

La valutazione logopedica è espressa come incidenza percentuale di disturbi del linguaggio e della deglutizione (Figura 2).

Principali patologie cardiovascolari associate (pazienti del 2017)

È stato effettuato un approfondimento relativo alle patologie associate che più impattano in questa popolazione su morbilità e disabilità. Limitandoci alle sole patologie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ictus pregressi) e al campione di pazienti ricoverati nel 2017 (N= 98) sono emerse una prevalenza di ipertensione arteriosa in oltre la metà dei casi e di fibrillazione in quasi il 40% degli ultraottantenni ictati.

Risultati di 6 anni di attività (2012-2017)

Passando alla valutazione globale dei risultati, sono presentati i principali dati di outcome.

La **FIM®** (*Functional Independence Measure*) è lo standard internazionale di misura della disabilità.

La scala **FIM®** è costituita da un questionario che censisce 18 attività della vita quotidiana (13 motorio-sfinteriche, 5 cognitive). Ogni attività può ricevere un punteggio variabile fra 1 (completa dipendenza) e 7 (completa autosufficienza). I punteggi cumulativi (18-126) definiscono un indice quantitativo della disabilità della persona.

Nella nostra casistica di 348 ultraottantenni è stata effettuata l'analisi statistica della variazione dei punteggi FIM tra ingresso e dimissione (test parametrico T-test per campioni appaiati).

L'aumento del livello di indipendenza funzionale per il dominio globale, cognitivo e motorio si è dimostrato statisticamente significativo, come si evince in tabella 2.

Tab. 2 - Variazione del punteggio FIM tra ingresso e dimissione dei pazienti

N=307	INGRESSO		DIMISSIONE		t	p
	M	DS	M	DS		
FIM TOTALE	51,14	21,29	79,11	26,16	-29,108	,000
FIM COGNITIVO	20,85	8,1	24,6	7,4	-13,211	,000
FIM MOTORIO	30,38	15,34	54,5	20,16	-29,926	,000

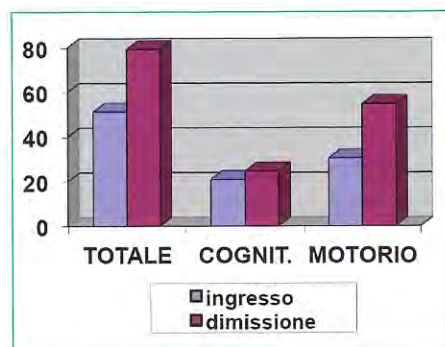


Fig. 3 - Distribuzione in ingresso e in dimissione dei pazienti in base al punteggio FIM.

La figura 3 mostra la distribuzione in ingresso e in dimissione dei pazienti in base al loro punteggio FIM, con un evidente trend all'incremento del punteggio finale rispetto all'ingresso, in particolare per FIM motoria e FIM totale. In 11 casi non è stata somministrata la FIM in ingresso e in 41 casi non è stato possibile somministrare la FIM in dimissione. Raggruppando i pazienti per classi di compromissione funzionale decrescente da 1 a 6, si osserva il netto spostamento della prevalenza verso le classi più alte, quelle della normalità o quasi normalità funzionale, come risultato del ciclo riabilitativo.

Emerge come in ingresso è pressoché assente il numero di pazienti nelle classi indicanti un maggior livello di indipendenza funzionale (classe 5 e 6) e invece la maggior parte di essi si distribuisce su valori medio-bassi (classi 1, 2 e 3) per una percentuale complessiva pari all'81%.

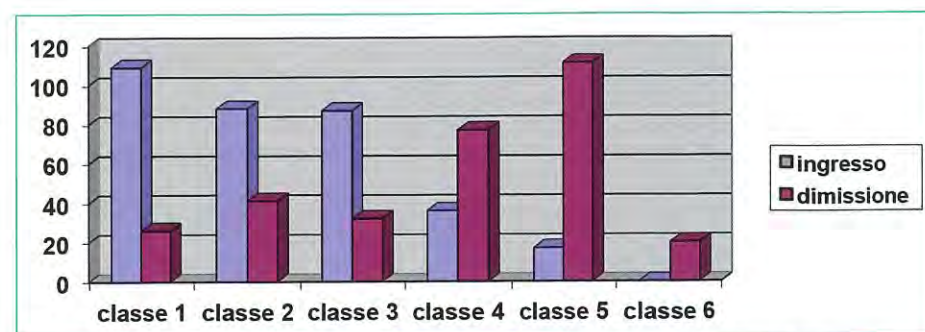


Fig. 4 - Variazione del livello di indipendenza funzionale tra ingresso e dimissione dei pazienti.

Tale percentuale scende in dimissione al 28%, quando il numero di pazienti è ripartito in circa la metà dei casi tra le classi 4 e 5, ad indicare un maggiore livello di indipendenza funzionale come buon esito del percorso di riabilitazione intensiva (Figura 4).

Per una valutazione più standardizzata, che prescindendo dal grado (variabile) di compromissione funzionale all'ingresso tra pazienti, è stata effettuata un'ulteriore analisi volta a definire la percentuale di miglioramento FIM di ciascun paziente (FIM uscita-FIM ingresso/126-FIM ingresso) rispetto al margine individuale di miglioramento possibile.

La media del campione per la FIM totale mostra un guadagno assoluto di 27,97 punti (79,11-51,14), che costituisce il **37,36%** del massimo guadagno possibile (126-51,14).

In realtà tale dato, espressione standardizzata dell'efficacia della riabilitazione intensiva, sconta un bias ineliminabile nella particolare popolazione considerata (la multipatologia preesistente comporta infatti una FIM in ingresso gravata, oltre che dal danno ictale, anche dalle copatologie indipendenti e ad effetto invalidante come la frequentissima poliartrosi).

In base a tale considerazione, il guadagno percentuale di oltre il 37% sottostimerebbe addirittura il beneficio netto conseguito sulla sola disabilità derivante dalla patologia indice, lo stroke.

In base alla percentuale di guadagno effettivamente raggiunto sul massimo miglioramento teoricamente possibile sono stati individuati 4 cluster:

- 0-20%: 58 pazienti (**guadagno apprezzabile**);
- 21-40%: 80 pazienti (**guadagno consistente**);
- 41-60%: 113 pazienti (**guadagno definito**);
- 61-100%: 51 pazienti (**guadagno cospicuo**).

Anche questa modalità rappresentativa dei risultati attesta come la maggior parte degli ultraottantenni ha conseguito guadagni nell'autonomia funzionale da consistenti a cospicui. Pur risultando mancante il dato per 43 pazienti, solo 3 soggetti non hanno riportato alcun miglioramento.

Concludendo con le scale di valutazione fisioterapica, si segnalano significativi miglioramenti del *Motricity Index* dell'arto superiore e dell'arto inferiore, del *Trunk Control Test*, della *Trunk Impairment Scale* e dello *Standing Balance*.

Tasso di ridomiciliazione

Il risultato cruciale della riabilitazione post-ictale dei soggetti molto anziani, cioè il ritorno a domicilio (gold target) con recupero buono, anche se non totale, dell'autonomia, riguarda i 3/4 dei casi. Infatti la destinazione dei pazienti all'uscita è così ripartita (Figura 5):

- 262 pazienti in continuità terapeutica domiciliare;
- 44 pazienti in struttura socio-assistenziale;
- 38 pazienti inviati in PS;
- 4 pazienti: altro (autodimissione...).

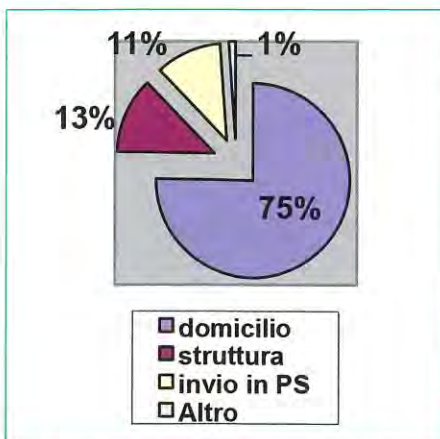


Fig. 5 - Destinazione dei pazienti alla dimissione.

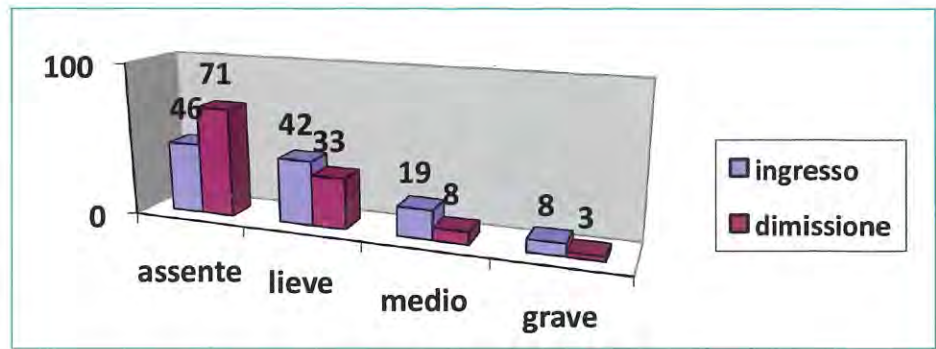


Fig. 6 - Variazioni della presenza di sintomi depressivi tra ingresso e dimissione.

Valutazione di ansia e depressione

A un sottogruppo di pazienti (N = 115) è stato infine somministrato il questionario HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) per la valutazione di sintomi ansiosi e depressivi nei pazienti ospedalizzati.

È un aspetto particolarmente importante in una popolazione fragile come quella anziana e che coinvolge significativamente la "qualità di vita".

Per quanto riguarda i sintomi depressivi (Figura 6), essi risultano presenti nel 60% dei pazienti in ingresso (36% lievi, 17% moderati, 7% severi); in dimissione si assiste a un aumento dei pazienti con sintomatologia assente (62%) e a una diminuzione dei casi con sintomi di qualsiasi grado: lievi, moderati e severi.

La presa in carico medico-psicologica in realtà avviene per tutti i pazienti con esiti di ictus anche quando non è effettuabile la valutazione psicometrica (per condizioni cliniche dei pazienti stessi, disturbo del linguaggio, confusione mentale...).

CONCLUSIONI

Con le sinergie interdisciplinari attivate a Villa Bellombra, anche nel paziente molto anziano e con copatologie sono possibili risultati soddisfacenti di recupero dell'autonomia funzionale dopo un ictus cerebrale, con guadagni consistenti negli score delle scale riabilitative e con tassi davvero lusinghieri di rientro a domicilio in condizioni di recuperata autonomia personale e di migliorati benessere psicologico e qualità di vita di pazienti e familiari.

Pur mancando una casistica di controllo (difficilmente ipotizzabile d'altra parte per motivi etici) e con la riserva che trat-

tasi di una coorte di ultraottantenni pre-selezionata in base ai correnti criteri di appropriatezza nella assegnazione dei setting riabilitativi (PDTA interaziendale di Bologna), i risultati presentati confermano la necessità di sottoporre a riabilitazione intensiva (comprehensive) i soggetti anziani con recente ictus cerebrale, i quali – nonostante la maggior prevalenza di co-patologie, di gradi preesistenti di ridotta autonomia e comunque di fragilità bio-psico-sociale – sono in grado di raggiungere livelli di recupero statisticamente importanti in termini non solo di miglioramento dei principali indici funzionali, ma anche (ed è ciò che ha più valore) in termini di proficuo ritorno alla fisiologica domiciliarietà. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Denti L, Agosti M, Franceschini M. Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly. *Eur J Phys Rehab Med* 2008;44:3-11.
2. Dodds TA, Martin DP, Stolov WC, Deyo RA. A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74(5):531-6.
3. Farinelli M, Gestieri L, Tabarroni S et al. Stile di attaccamento e riabilitazione clinica: pazienti con esiti di ictus e loro familiari. Poster presentato al IX Congresso Internazionale di Neuropsicoanalisi, Montreal, 2008.
4. Farinelli M, Panksepp J, Cevolani D et al. Le lesioni cerebrali nei pazienti con esiti di stroke influenzano le emozioni di base e lo stile di attaccamento? *J Clin Exp Neuropsychol* 2015;37(6):595-613.
5. Farinelli M, Panksepp J, Gestieri L et al. Seeking e depressione nei pazienti con esiti di ictus. Uno studio esplorativo. *J Clin Exp Neuropsychol* 2013;35(4):348-58.
6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
7. Hubbard IJ, Wass S, Pepper E. Stroke in older survivors of ischemic stroke: standard care or something different?. *Geriatrics* 2017;2:18.
8. O'Brien SR, Xue Y. Inpatient rehabilitation outcomes in patients with stroke aged 85 years or older. *Phys Ther* 2016;96:1381-8.
9. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.