



**LONG – TERM CARE ONE – GIÀ “CRONICITÀ”**  
**ROMA, 11 -12 LUGLIO 2016**

# Riabilitazione post-acuzie

## Criticità e Sfide

Enrico Brizioli,  
*Istituto S.Stefano – Gruppo KOS*

## **Demenza**

La riabilitazione motoria del paziente con diagnosi di demenza non deve costituire un tema di discussione in termini di appropriatezza, ma piuttosto un tema di specializzazione dell'intervento dal punto di vista dell'approccio, dei tempi e della qualificazione professionale di chi la opera.

Purtroppo, proprio per questa carenza di conoscenze e di specializzazione di approccio l'accesso di questi pazienti alle cure è spesso fortemente limitato o negato

Le nuove regole sulla appropriatezza in riabilitazione rischiano di introdurre ulteriori elementi di discriminazione se non tengono conto della diagnosi di demenza come fattore di complicazione piuttosto che di inappropriata.

# Key Points

- **La Sfida dell'Appropriatezza**
- **La Riabilitazione Geriatrica**
- **La Sfida delle Tecnologie**
- **La Criticità “tariffaria”**
- **La Criticità della Mobilità Sanitaria**

## La Sfida dell'Appropriatezza

Le nuove norme sulla appropriatezza (di prossima emanazione) rappresentano una necessità assoluta nell'obiettivo di qualificare le prestazioni ripulendole da comportamenti distorti ed opportunistici e raggiungere livelli di efficacia ed efficienza dei livelli di:

- Riabilitazione alta specialità ( cod. 28 e cod. 75)
- Riabilitazione Intensiva (cod. 56)
- Riabilitazione estensiva

Attenzione però ai rischi di “Downgrading” ed alla necessità di qualificazione e tariffazione adeguata dei singoli livelli

## La Sfida dell'Appropriatezza

Il “DOWNGRADING” può portare a tentare di inserire nel livello inferiore prestazioni che avrebbero invece la necessità di un trattamento più intensivo, specie se nell’ambito di quadri clinici compromessi o instabili.

La semplice regola della “capacità di recupero funzionale” può risultare fuorviante perchè in estremo si finirebbe per riabilitare solo chi ha autonoma capacità di recupero....

La qualificazione e tariffazione dei singoli livelli appare del resto necessaria, perché ripulendo i reparti delle casistica più semplice e leggera, si determina un case-mix di maggior impegno e costo che impone standard operativi e rimborsi tariffari adeguati.

## • **La Riabilitazione Geriatrica**

Nella ricerca della massima appropriatezza è necessario individuare una capitolato a se stante per la Riabilitazione Geriatrica, cioè delle persone “fragili” e/o affette da uno o più delle grandi “sindromi geriatriche”.

Si tratta di pazienti che necessitano di “percorsi” e “tempi” non riconducibili a quelli standard di una persona in salute.

A parità di diagnosi un ricovero può risultare inappropriato per un 70enne in buona salute e forma, ed essere invece necessario per una persona con BPCO, anemia, diabete grave ..... demenza

# State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges.

Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, et al.

Arch Phys Med Rehabil. 84(6):898-903, 2006



**OBJECTIVES:** To examine common clinical problems in geriatric rehabilitation and to make recommendations for current practice based on evidence from the literature.

**DATA SOURCES:**A CINAHL database and 2 MEDLINE searches were conducted for 1980 to 2001. A fourth search was completed by using the Cochrane database.

The literature was reviewed by using a level-of-evidence framework. Level 1 evidence was a randomized controlled trial (RCT) or meta-analysis or systematic review of RCTs. Level 2 evidence included controlled trials without randomization, cohort, or case-control studies. Level 3 evidence involved consensus statements or reports of expert committees.

**DATA SYNTHESIS:**Of the 336 articles evaluated, 108 were level 1, 39 were level 2, and 189 were level 3. Recommendations were made for each subtopic according to the level of evidence in the specific area. In cases in which several articles were written on a topic with similar conclusions, we selected the articles with the strongest level of evidence, thereby reducing the total number of references.

**CONCLUSIONS:** Frail older patients with hip fracture should receive geriatric rehabilitation. They should also be screened for nutrition, cognition, and depression. Older persons should receive nutritional supplementation when malnourished. If severe dysphagia occurs in stroke patients, gastrostomy tube feeding is superior to nasogastric tube feeding.

- **La Riabilitazione Geriatrica (segue)**

Nell'ambito della riabilitazione geriatrica il tema della Demenza costituisce un paradigma a se.

La riabilitazione del paziente con diagnosi di demenza non deve costituire un tema di appropriatezza, ma piuttosto un tema di specializzazione dell'intervento dal punto di vista dell'approccio, dei tempi e della qualificazione professionale di chi la opera.

Purtroppo, proprio per questa carenza di conoscenze e di specializzazione di approccio l'accesso di questi pazienti alle cure è spesso fortemente limitato o negato

Le nuove regole sulla appropriatezza in riabilitazione rischiano di introdurre ulteriori elementi di discriminazione se non tengono conto della diagnosi di demenza come fattore di complicazione piuttosto che di inappropriata.



## Geropsychological Problems in Medical Rehabilitation: Dementia and Depression Among Stroke and Lower Extremity Fracture.

Mast BT, MacNeil SE, Lichtenberg PA

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1999 Dec;54(12):M607-12.

Results. Overall, **34.7%** of stroke and **27.8%** of lower extremity fracture patients met the criteria for dementia. In addition, 33.3% of stroke and 25.1% of lower extremity fracture patients scored in the depressed range on the Geriatric Depression Scale. The prevalence rates for dementia and depression did not differ significantly between these two patient groups.



*% dementia in Stroke*



*% dementia in Lower fracture*

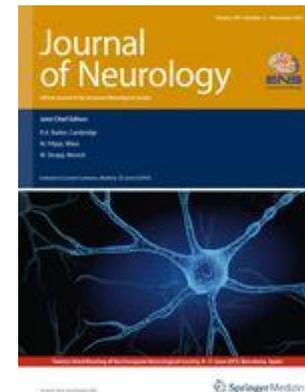
**I pazienti affetti da demenza rappresentano circa un terzo dei casi incidenti annui per stroke e per frattura di femore.**

**Si tratta quindi di un fenomeno che non può essere considerato come marginale, ma un vero e proprio sottogruppo della casistica riabilitativa, che spesso, tuttavia non riesce ad accedere ai servizi.**

## Is pre-existing dementia an independent predictor of outcome after stroke? A propensity score-matched analysis.

Saposnik G , Kapral MK, Cote R et al.

Journal of Neurology. 259 (11): 2366-2375, 2012.



With an aging population, patients are increasingly likely to present with stroke and pre-existing dementia, which may lead to greater death and disability. The aim of this work was to assess the risk of all-cause mortality and poor functional outcomes after ischemic stroke in patients with and without pre-existing dementia. We conducted a multicenter cohort study. (...) We matched 877 patients with an acute ischemic stroke and pre-existing dementia to 877 stroke patients without dementia. The mean age was 82 years and 58 % were women. Mortality at discharge, 30 days, and 1 year after stroke was similar in patients with and without dementia [for mortality at discharge RR 0.88 [95 % CI 0.74–1.05]; mortality at 30-days: RR 0.88 (95 % CI 0.75–1.03) and mortality at 1 year: RR 1.01 (95 % CI 0.92–1.11). Patients with pre-existing dementia had similar disability at discharge and home disposition. In the subgroup of patients who received thrombolysis, there were no differences between those with and without dementia in the risk of intracerebral hemorrhage (RR 1.27; 95 % CI 0.69–2.35) and no differences in mortality or disability at discharge.

**Pre-existing dementia is not independently associated with mortality, disability, or institutionalization after ischemic stroke. Pre-existing dementia may not necessarily preclude access to thrombolytic therapy and specialized stroke care.**

## Pre-stroke dementia does not affect the post-acute care functional outcome of old patients with ischemic stroke

Geriatr Gerontol Int. 3 2015

Mizrahi EH, Arad M, and Adunsky A.



**AIM:**The purpose of the present study was to evaluate whether a diagnosis of dementia before stroke onset (pre-stroke dementia [PSD]) affects the short-term functional outcome of elderly ischemic stroke patients.**METHODS:**This was a retrospective case-control study comprising of consecutive elderly ischemic stroke patients. Functional outcome was assessed by the Functional Independence Measure scale (FIM) at admission and discharge.

**RESULTS:**There were 919 patients with acute ischemic stroke, out of whom 11.5% were diagnosed with PSD on index day. Compared with non-PSD patients, those with pre-stroke dementia had a shorter length of stay ( $P < 0.001$ ), higher rate of female patients ( $P < 0.001$ ) and lower Mini-Mental State Examination scores ( $P < 0.001$ ). Both total and motor FIM scores at admission and discharge, and their respective FIM gain scores at discharge were higher in non-PSD compared with PSD patients ( $P < 0.001$ ).

**CONCLUSIONS:**The present findings suggest that a diagnosis of pre-stroke dementia is associated with lower FIM scores at admission and discharge in patients with ischemic stroke. Yet, daily motor FIM gains were similar in PSD and non-PSD patients, suggesting that these patients should not be deprived of a post-acute rehabilitation, based on a diagnosis of dementia before stroke onset.

# Casistica Istituto S.Stefano

(2010-2015)



## Casi trattati per frattura di femore (250 + 250)

Valutazione del punteggio FIM Cognitivo (SPC 5-35) e Motorio (SPM 13-91)

|             | Età m. | a 0 gg |     | a 15 gg |     | a 30 gg |     | a 60 gg |     |
|-------------|--------|--------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|
|             |        | SPC    | SPM | SPC     | SPM | SPC     | SPM | SPC     | SPM |
| Dementi     | 82     | 12     | 47  | 16      | 55  | 17      | 67  | 18      | 84  |
| Non dementi | 84     | 27     | 42  | 31      | 68  | 32      | 82  | 32      | 87  |

Nota: dati preliminari in fase di analisi e pubblicazione

# Riabilitazione del paziente affetto da demenza:

## **UN DIRITTO SPESSO NEGATO**

- Gli esiti di una frattura di femore o di uno stroke tendono ad amplificare la sintomatologia del paziente demente (amplificata da disorientamento, anemia, smaltimento dell'anestesia, disidratazione, farmaci sedativi, edema cerebrale, afasia e disartria etc.)
- Il paziente viene in genere classificato a priori come “scarsamente collaborante”, oppure “non collaborante”
- La maggior parte dei reparti di riabilitazione preferisce non accettare pazienti con diagnosi di demenza medio-grave
- La famiglia tende ad accettare come ineludibile un progressivo decadimento
- Le sue aspettative di recupero vengono in genere sottostimate
- Gli operatori non sono formati alla sua gestione, non dedicano al paziente la necessaria attenzione e non applicano strategie facilitative per favorire l'esercizio riabilitativo

## Fattori di peggioramento del quadro cognitivo

Gli esiti di una frattura di femore o di uno stroke tendono ad amplificare la sintomatologia del paziente demente

La semplice ospedalizzazione causa disorientamento ed ansia

Nella frattura di femore si aggiunge dolore, anemia, lento smaltimento dell'anestesia, disidratazione, malnutrizione, delirio, farmaci sedativi .....

Nell'ictus edema cerebrale, afasia e disartria, neglect etc.

- Anche per effetto di questo peggioramento del quadro cognitivo il paziente viene in genere classificato a priori come “scarsamente collaborante”, oppure “non collaborante”
- La maggior parte dei reparti di riabilitazione preferisce non accettare pazienti con diagnosi di demenza medio-grave
- La famiglia tende ad accettare come ineludibile un progressivo decadimento
- Le sue aspettative di recupero vengono in genere sottostimate
- Gli operatori non sono formati alla sua gestione, non dedicano al paziente la necessaria attenzione e non applicano strategie facilitative per favorire l’esercizio riabilitativo

# PRINCIPI GENERALI DI INTERVENTO

Trattare e rimuovere tutte le condizioni che riducono le sue performance cognitive

Individuare gli obiettivi terapeutici gradualmente

Fare leva sulle funzioni integre e/o sulle attività motorie “spontanee”

Costruire una alleanza terapeutica con il paziente

Rispettare i “tempi” del paziente

Coinvolgere i familiari e i caregiver

## **REGOLE APPROPRIATEZZA**

Le nuove regole sulla appropriatezza dovrebbero tener conto della diagnosi di demenza,

ma anche della emersione di sintomi cognitivi e di delirio successivamente all'evento acuto, come fattore di complicazione di allungano i tempi del recupero ed impongono un trattamento più prolungato e complesso.

## • **La Sfida delle Tecnologie**

Altro tema rilevante è quello delle tecnologie.

Nella ricerca di una “evidence based rehabilitation” son sempre più necessari strumenti di misura e apparecchiature tecnologiche di supporto oggettivo al processo riabilitativo (robotica, realtà virtuale, esoscheletri etc.).

Tutto questo comporta la necessità di validazione scientifica di efficacia di queste tecnologie, ma anche costi che non vengono riconosciuti in termini di differenziazione tariffaria.

Situazioni simili si verificano in altri campi (una RMN 1,5 tesla, vs un artroscan / un intervento chirurgico realizzato con il robot Da Vinci piuttosto che con metodica tradizionale) per cui diventa necessario introdurre un coefficiente di qualificazione tecnologica delle prestazioni.

- **La Criticità Tariffaria**

L'attuale sistema tariffario a giornata di degenza, differenziato solo per codice (28,75,56,60) e per MDC, tende ad appiattare le prestazioni sia in termini di complessità (pensiamo ai pazienti in ventilazione polmonare o con gravi infezioni resistenti), che di impiego tecnologico (robotica, realtà virtuale, acqua etc.).

Inoltre le tariffe, specie quelle del cor. 56, sono di fatto ferme da 1999, essendo ormai molto lontane dagli effettivi costi di produzione. In questo modo si neutralizza una forte quota di inappropriata che registriamo, specie in alcune regioni, ma in realtà la si legittima anche....

Quindi prestazioni più selettive, ma con remunerazione adeguata.

## • **La Criticità della Mobilità**

Sul tema della mobilità sanitaria è in corso da tempo un vivace confronto tra le Regioni, con una preponderante tendenza a volerla limitare o addirittura impedire (vedi ultime determinazioni della Valle d'Aosta).

Tutto ciò è inconcepibile nell'ambito di un sistema che prevede la libera mobilità tra paesi della UE.

E' pur vero, del resto, che in alcune branche chirurgiche o diagnostiche osserviamo in alcuni casi fenomeni opportunistici e di effettivo "reclutamento" dei pazienti, ma questo non è generalizzabile e la formula per combatterli è quella della appropriatezza: se una prestazione non è appropriata non va effettuata comunque. Se è appropriata il cittadino ha diritto di fruirla dove ritiene più opportuni per lui, senza barriere.

Il tema è ancora più accentuato in riabilitazione, dove è molto difficile che si verifichino fenomeni opportunisti di "spostamento" dei pazienti, che hanno invece diritto di ricercare la struttura che gli dà le maggiori garanzie di cure.