

La riabilitazione motoria della persona affetta da demenza

Dr Guglielmo W. Spassini

U.O. Riabilitazione Generale geriatrica, Anni Azzurri,

Residenza di Rezzato BS

Journal Club GRG – BS

20/07/2012

Arch Phys Med Rehabil. 1994 Feb;75(2):133-43. **Prediction of rehabilitation outcomes with disability measures.**

Heinemann AW, Linacre JM, Wright BD, Hamilton BB, Granger C. Source Rehabilitation Institute of Chicago, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Northwestern University Medical School.

Grande numero di pazienti in riabilitazione (27.699!), senza distinzione d'età, con valutazione cognitiva e motoria effettuate con le sottoscale della FIM, all'ingresso e alla dimissione, in relazione alla durata di degenza

La funzione motoria all'ingresso s'è rivelata più potente della cognitivà come predittore di una lunga durata di degenza

Am J Phys Med Rehabil. 1996 Jan-Feb;75(1):40-3. **Effect of cognitive impairment on rehabilitation outcome.**

Diamond PT, Felsenthal G, Macciocchi SN, Butler DH, Lally-Cassady D. Source Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Virginia School of Medicine, VA 22901, USA.

52 pazienti anziani post-acuti ricoverati in una Riabilitazione Geriatrica e valutati all'ingresso con MMSE e con la FIM all'ingresso e alla dimissione

Né il MMSE da solo né in combinazione con l'età avanzata mostravano associazione con la variazione della FIM alla dimissione, solo con un basso livello funzionale all'ingresso e alla dimissione

Aumento della FIM indipendente dal MMSE

MMSE molto bassi più suscettibili di dimissione in NH, ma il 38% comunque a domicilio e la maggioranza dei lievi e moderati al domicilio

Trattare anche i dementi può condizionare la QoL e la collocazione post-dimissione

U. O. Riabilitazione Generale Geriatrica, Residenza Anni Azzurri – Rezzato BS

Scand J Caring Sci. 1997;11(3):167-75. **The appearance and disappearance of cognitive impairment in elderly patients during treatment for hip fracture.**

Strömberg L, Lindgren U, Nordin C, Ohlén G, Svensson O. Source Department of Orthopaedics, Karolinska Institute, Huddinge University Hospital, Sweden.

256 pazienti anziani domiciliari ricoverati in ortopedia per frattura di femore, valutati all'ingresso con SPMSQ

SPSMQ normali all'ingresso 63%, con variazione negativa post-operatoria dell'13% e ritorno alla normalità alla dimissione (*delirium?*)

SPSMQ bassi all'ingresso 37%, con variazione positiva durante il ricovero nel 51% (entro una settimana: *delirium?*)

SPSMQ bassi all'ingresso non migliorati (dementi) mostravano rischio triplicato di scomposizione di frattura e quadruplicato di infezione di ferita e peggior prognosi ad 1 anno

Gli AA raccomandano di monitorare *continuamente* lo stato cognitivo, operando nel contempo un costante programma di ri-orientamento

J Am Geriatr Soc. 1997 Jan;45(1):35-42 .**Functional outcome of cognitively impaired hip fracture patients on a geriatric rehabilitation unit.**

Goldstein FC, Strasser DC, Woodard JL, Roberts VJ. Source Department of Neurology (Neurobehavioral Program), Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA.

Studio longitudinale su 58 anziani con frattura di femore in Riabilitazione, 35 dementi e 23 non dementi, valutati con il Mattis Dementia Rating Scale, la FIM iniziale e finale e il confronto tra la FIM pre-morbosa e quella al domicilio

Miglioramento della FIM totale e delle FIM-motoria simili tra dementi e non dementi

I non dementi migliorano maggiormente la motricità alla dimissione

I dementi residenti al domicilio avevano la stessa possibilità di tornarci dei non dementi

Una riabilitazione precoce e intensa anche nei pazienti dementi può promuovere un'indipendenza funzionale ed evitare l'istituzionalizzazione

Arch Phys Med Rehabil. 1999 Apr;80(4):432-6. **Cognitive status at admission: does it affect the rehabilitation outcome of elderly patients with hip fracture?**

Heruti RJ, Lusky A, Barell V, Ohry A, Adunsky A. Source Neurological Rehabilitation Department, Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel.

224 anziani ricoverati in Riabilitazione Geriatrica dopo intervento per frattura di femore

MMSE e FIM-cognitiva all'ingresso, FIM-motoria e una scala specifica (Montebello Rehabilitation Factor Score per la valutazione del potenziale di miglioramento funzionale) all'ingresso e alla dimissione

L'efficacia e l'efficienza motorie assolute e il guadagno funzionale alla dimissione hanno mostrato una associazione molto più forte in relazione allo stato cognitivo migliore rispetto allo stato cognitivo compromesso

Injury. 2000 Jun;31(5):327-31. **Outcome after hemi-arthroplasty for displaced intracapsular femoral neck fracture related to mental state.**

van Dortmont LM, Douw CM, van Breukelen AM, Laurens DR, Mulder PG, Wereldsma JC, van Vugt AB. Source St. Franciscus Hospital, Rotterdam, The Netherlands.

- 202 anziani seguiti per due anni o fino alla morte dopo un'artroprotesi per frattura di femore, dal 1991 al 1995, di cui 31 affetti da Demenza
- la mortalità a 4 mesi era del 33% nei dementi e del 11% nei non dementi
- la mortalità a 1 anno 43% versus 19% (ambedue queste differenze $p < 0.001$)
- dei sopravvissuti dementi, il 75% dei deambulanti prima della frattura a 4 mesi non era più deambulante
- dei sopravvissuti non dementi, l'11% dei deambulanti prima della frattura a 4 mesi non era più deambulante (anche queste due differenze $p < 0.001$)

Gli AA concludono che il deficit cognitivo ha un effetto negativo significativo sulla mortalità e sulla funzione dopo 4 mesi dall'intervento di artroprotesi

Arch Phys Med Rehabil. 2002 Feb;83(2):158-64. **An investigation of factors predictive of independence in transfers and ambulation after hip fracture.**
Duke RG, Keating JL. Source Physiotherapy Department, Dandenong Hospital, Victoria, Australia.

Un lavoro con un'affermazione forte: Per predire il ripristino della marcia autonoma

Due campioni di 50 pazienti anziani con diagnosi di frattura di femore in reparto ortopedico

Dati raccolti: età, stato mentale, mobilità pre-morbosa, 4 specifiche misurazioni di passaggi posturali e marcia in seconda giornata post-chirurgica

Analisi di regressione logistica bivariata: tutti predittori significativi

Analisi di regressione logistica multipla: solo le misurazioni di distanza camminata e di grado d'aiuto per il passaggio supino-seduto della seconda giornata, sono risultate indipendentemente significative e attendibili, con un'accuratezza di predizione di risultato dell'88%!

Gli AA concludono: misuriamo solo quello!

Clin Rehabil. 2002 May;16(3):321-8. **Functional gain of hip fracture patients in different cognitive and functional groups.**

Beloosesky Y, Grinblat J, Epelboym B, Weiss A, Grosman B, Hendel D. Source Department of Geriatrics, Rabin Medical Center, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Petach Tikvah, Israel.

Studio longitudinale per pazienti anziani con frattura di femore, in Reparto Ortopedico, valutati all'ingresso con MMSE, FIM e ADL di Katz premorbose, FIM alla dimissione e dopo sei mesi

Considerando anche età, sesso, tipo di frattura, tipo di trattamento (conservativo o chirurgico) è emerso che solo la FIM-motoria e le ADL premorbose sono variabili indipendenti rispettivamente per il guadagno motorio e per il guadagno funzionale a 6 mesi e

Non il livello cognitivo: il paziente cognitivamente compromesso può ottenere e mantenere lo stesso guadagno motorio e funzionale del paziente lucido, se era mobile prima della frattura

Int J Geriatr Psychiatry. 2004 May;19(5):472-8. Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture.

Lenze EJ, Munin MC, et al, 3rd.SourceIntervention Research Center for the Study of Late Life Mood Disorders, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA.

57 Pazienti anziani con frattura di femore valutati all'ingresso in riabilitazione con FIM motoria, MMSE, HAM – D

Più sintomi depressivi depressivi e Più deficit cognitivo entrambe correlati ad una bassa efficienza motoria alla FIM

Il mediatore di questa associazione è la partecipazione al programma riabilitativo, che è scarsa per ambedue i fattori e predice una bassa efficienza alla FIM motoria di dimissione

Ambedue i fattori danno ragione di una peggiore locazione alla dimissione (più sono depressi e dementi più facilmente vanno in NH –MdL-)

Arch Phys Med Rehabil. 2004 Oct;85(10):1602-7. **Rehabilitation outcomes in cognitively impaired patients admitted to skilled nursing facilities from the community.**

[Barnes C, Conner D, Legault L, Reznickova N, Harrison-Felix C. Source Continuing Care Department, Kaiser Permanente, Aurora, CO 80014, USA.](#)

Analisi retrospettiva condotta in 7 SNF (*Skilled Nursing Facilities*) del Colorado, su 7159 anziani, residenti al domicilio, ricoverati dopo un'ospedalizzazione per acuzie o per declino funzionale (1998-2002)

Raccolti la FIM, la FIM-cogn, collocazione alla dimissione (domicilio, board and care, NH)

il decadimento cognitivo

- non ha influenzato i guadagni della FIM-mot e della FIM-cogn
- ha ridotto lievemente il guadagno assoluto della FIM in toto
- ha influenzato una maggior quantità di trattamenti FKT
- ha ridotto la probabilità di dimissione al domicilio (assieme all'età avanzata)

Gli AA concludono che anche i dementi possono guadagnare funzione con l'intervento riabilitativo e insistono sulla necessità di Progetti Riabilitativi Individualizzati

Clinics (Sao Paulo). 2006 Feb;61(1):35-40. Epub 2006 Mar 10. **Delirium in elderly individuals with hip fracture: causes, incidence, prevalence, and risk factors.** Furlaneto ME, Garcez-Leme LE. Source Geriatric Orthopedic Group, Institute of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas, São Paulo University Medical School--São Paulo/SP, Brazil.

103 pazienti anziani con frattura di femore, valutati con CAM all'ammissione in Ortopedia e il giorno dopo, oltre ad un Assessment Geriatrico completo

Casi con Delirium confrontati con i Controlli senza Delirium

Un terzo di pazienti con Delirium prevalente (16.5%) o incidente (12.6%) mostravano
maggiore durata di degenza,
maggiore compromissione funzionale,
in particolare maggiore presenza di demenza sottostante
e trend di maggiore mortalità

J Clin Nurs. 2006 Mar;15(3):308-14. **Documenting the cognitive status of hip fracture patients using the Short Portable Mental Status Questionnaire.**

Söderqvist A, Strömberg L, Ponzer S, Tidermark J. Source Department of Orthopaedics, Stockholm Söder Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

362 pazienti anziani con frattura di femore, in Ortopedia, confrontando la valutazione descrittiva soggettiva infermieristica, con quella effettuata tramite lo SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Mancanza di valutazione cognitiva nel 12% dei pazienti

Non corrispondenza sul riconoscimento del deficit cognitivo nel 24% dei casi

I cognitivamente intatti allo SPMSQ riconosciuti dai Nurse nel 97% dei casi

I cognitivamente compromessi allo SPMSQ riconosciuti dai Nurse solo nel 58% dei casi

Non riconoscere o non valutare il decadimento cognitivo è problema serio perché comporta complicazioni e assistenza non ottimale, nell'anziano fratturato di femore

J Bone Joint Surg Am. 2006 Oct;88(10):2115-23. **The influence of cognitive function on outcome after a hip fracture.**

[Söderqvist A, Miedel R, Ponzer S, Tidermark J. Source Department of Orthopaedics, Stockholm Söder Hospital, S-118 83 Stockholm, Sweden.](#)

213 pazienti con media di 84 anni afferenti ad un'Ortopedia per frattura di femore

SPMSQ all'ingresso con distinzione tra quelli con score <3 (deficit severo) e quelli con score più elevati

Outcome valutati a 12 mesi: Charnley Hip Score, ADL, ripresa di marcia autonoma, QoL e mortalità

Maschi con SPMSQ <3 aumentata mortalità entro un anno

SPMSQ <3 significativa peggior prognosi relativamente a ADL e marcia autonoma (36% in carrozzella e 39% totalmente dipendenti ad un anno)

Gli AA auspicano l'uso, anche nel reparto ortopedico, di uno strumento di valutazione cognitiva per la sua importanza prognostica

Scand J Caring Sci. 2007 Mar;21(1):79-83. **Cognitive function and pressure ulcers in hip fracture patients.**

Söderqvist A, Ponzer S, Tidermark J. Source Karolinska Institutet, Department of Orthopaedics at Stockholm Söder Hospital, Stockholm, Sweden.

La frequenza di sviluppo di decubiti è in relazione alla presenza di demenza in 3656 anziani fratturati di femore (23% vs 14% nei non dementi, all'SPMSQ)

Le caratteristiche dei decubiti (localizzazione gravità) sono simili

Le segnalazioni mediche o infermieristiche alla dimissione (domiciliare o riabilitativa) sono manchevoli nel 42%, senza distinzione tra dementi e non

Tirata d'orecchi agli ortopedici per stressare la necessità nei loro reparti di strumenti agili ma sicuri per identificare la compromissione cognitiva e il rischio di sviluppo di decubiti

Arch Phys Med Rehabil. 2007 Jul;88(7):916-21. **Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture.**

[Hershkovitz A, Kalandariov Z, Hermush V, Weiss R, Brill S. Source Beit Rivka Geriatric Rehabilitation Center, Petach Tikva, Israel.](#)

133 anziani afferenti ad una riabilitazione post-acute dopo frattura di femore, valutati con FIM e FIM-motoria

I fattori correlati positivamente alle Variazioni della FIM sono stati il MMSE elevato, l'albumina normale, la funzione premorbosa conservata

Depressione → maggior durata di degenza

Presenza di Care Giver → minor probabilità di trasferimento in NH (MdL)

Buona Cognitività, buona funzione pre-morbosa, mancanza di depressione e buon stato nutrizionale sono i maggiori predittori di successo riabilitativo

Arch Phys Med Rehabil. 2008 Mar;89(3):441-8. **Cognitively impaired stroke patients do benefit from admission to an acute rehabilitation unit.**

Rabadi MH, Rabadi FM, Edelstein L, Peterson M. Source Burke Rehabilitation Hospital, Weill Medical College of Cornell Medical College, White Plains, NY 10605, USA.

Retrospettiva, 668 pazienti con stroke afferenti ad una Riabilitazione Post-acuta, suddivisi col MMSE in cognitivamente intatti (>25, n° 233), deficit lieve (21-24, n°139), moderato (10-20, n°165) e severo (<10, n°131)

Valutando le modificazioni della FIM totale, della FIM-cognitiva, la FIM-efficienza, la durata di degenza, la collocazione alla dimissione:

I 3 gruppi compromessi hanno avuto più lento ricovero in Riabilitazione

Delta della FIM totale e la FIM-efficienza sono state simili

Maggior guadagno cognitivo dei compromessi alla FIM-cogn

Degenza più breve e più facile dimissione al domicilio degli intatti

**NONOSTANTE IL DEFICIT COGNITIVO I PAZIENTI NEUROLOGICI
BENEFICIANO DEL RICOVERO IN RIABILITAZIONE**

J Geriatr Phys Ther. 2009;32(1):24-32. The impact of cognitive impairment on rehabilitation outcomes in elderly patients admitted with a femoral neck fracture: a systematic review.

Muir SW, Yohannes AM. Source Department of Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.

Rewiew sugli outcome riabilitativi per i pazienti anziani con deficit cognitivo operati per frattura di femore condotta sugli studi pubblicati dall' 1997 al 2007 (11 studi hanno soddisfatto i criteri d'inclusione)

C'è una certa evidenza che tra gli anziani operati per frattura di femore quelli con deficit cognitivo possono ottenere un beneficio riabilitativo comparabile con quelli cognitivamente intatti

Non ci sono abbastanza elementi per suggerire specifici interventi fisioterapici in questa popolazione

Srp Arh Celok Lek. 2010 May-Jun;138(5-6):319-22. **[The impact of cognitive impairment at admission on short-term functional outcome of elderly hip fracture patients].**

Dubljanin-Racpopoć E, Matanović D, Bumbasirević M. Source Clinic for Physical Medicine and Rehabilitation, Clinical Centre Serbia, Serbia.

- 49 pazienti anziani afferenti ad una riabilitazione dopo intervento per frattura di femore valutati con MMSE all'ingresso e FIM all'ingresso e alla dimissione
- Sia i pazienti cognitivamente intatti che i decaduti mostravano miglioramenti significativi sia nella FIM-mot che in aree funzionali specifiche

Tuttavia il guadagno funzionale assoluto era più consistente

1. Nei lucidi rispetto ai decaduti
2. Nei decaduti moderati rispetto ai severi

Nessuna differenza tra decaduti moderati e intatti

Gli AA raccomandano l'uso del MMSE all'ingresso in Riabilitazione in funzione prognostica e per poter ottenere il miglior outcome possibile per ciascun paziente

Arch Med Sci. 2012 Feb 29;8(1):115-22. Is pre-fracture functional status better than cognitive level in predicting short-term outcome of elderly hip fracture patients?

Dubljanin-Raspopović E, Marković-Denić L, Matanović D, Grajić M, Krstić N, Bumbaširević M. Source Clinic for Physical Medicine and Rehabilitation, Clinical Centre Serbia, Serbia.

337 anziani osservati per un anno al domicilio dopo la riabilitazione per frattura di femore

SPMSQ all'ingresso in reparto con rilievo di 36 pazienti con SPMSQ <3 (demenza severa) e con guadagno di FIM-mot assoluta alla dimissione inferiore a quello degli altri pazienti

Ma lo stato cognitivo non prediceva indipendentemente né la mortalità, né la il guadagno assoluto di FIM-mot, né la capacità di cammino autonomo a 4 mesi di follow-up

Mentre tutte queste variabili erano indipendentemente predette dalle valutazioni funzionali pre-morbose (sia la FIM-mot che le ADL pre-frattura)

AA concludono che il decadimento cognitivo è un freno alla resa riabilitativa ma non un impedimento, che va conosciuto per “allocare efficacemente le risorse riabilitative”, che sono necessarie indicazioni specifiche future

Am J Phys Med Rehabil. 2012 May;91(5):387-92. **Predictors of discharge to acute care after inpatient rehabilitation in severely affected stroke patients.**
Chung DM, Niewczyk P, DiVita M, Markello S, Granger C. Source Center for Functional Assessment Research, Jacobs Neurological Institute, Department of Rehabilitation Medicine, University at Buffalo School of Medicine and Biomedical Sciences, State University of New York, Buffalo, USA.

223 pazienti con stroke severo, consecutivamente ricoverati in Riabilitazione, osservando precipuamente la destinazione alla dimissione (domicilio o rientro in reparto per acuti)

86 trasferiti in ospedale, 137 dimessi al domicilio

Di tutte le variabili considerate (età, stato funzionale, scale dei deficit neurologici e cognitivi, severità clinica, condizioni sociali ed economiche, comorbidità) solo la funzione motoria all'ingresso (in particolare la FIM-motoria) si è rivelata predittiva di trasferimento in ospedale per acuti.

Mc Gilton KS, Davies A et al (Toronto University Rehabilitation Unit): **An inpatient rehabilitation model of care targeting patients with cognitive impairment** *BMC Geriatrics* 2012, 12:21 (Provisional PDF)

Frattura di femore nell'anziano demente catastrofica (dal 25 al 75% dei pazienti funzionalmente indipendenti prima della frattura non torneranno a camminare o al loro precedente livello funzionale)

Proiezioni demografiche canadesi catastrofiche (quadruplicarsi, entro il 2041, delle fratture di femore nella popolazione anziana, con un aumento di peso economico di 2,4 bilioni di dollari per anno (frequente ricorso alle NH per mancato recupero, lunga permanenza nei reparti per acuti)

Mancanza di preparazione specifica tra gli operatori sanitari per gestire delirium e/o demenza, sia nel setting per acuti che in quello riabilitativo

Basso numero di pazienti dementi che giunge al setting riabilitativo nonostante i dati di letteratura diano speranza di possibilità di ripristino funzionale in questa categoria di pazienti

Mc Gilton KS, Davies A et al (Toronto University Rehabilitation Unit): **An inpatient rehabilitation model of care targeting patients with cognitive impairment.** *BMC Geriatrics* 2012, 12:21 (Provisional PDF)

Elaborazione di un Patient-Centered Rehabilitation Model per pazienti con Cognitive Impairment (PCRM-CI) con cinque fondamentali componenti:

1- Management riabilitativo (valutazione funzionale e cognitiva, obiettivi personalizzati, riabilitazione specifica e interdisciplinare, equipe settimanale, programma riabilitativo di dimissione)

2- Management della Demenza (valutazione cognitiva, relazione corretta, adattamento ambientale, focalizzazione delle capacità e della personalità – REAP principles-)

3- Management del Delirium (CAM, prevenzione, trattamento)

4- Educazione e supporto dello staff (HCP) (1 giorno di formazione su demenza, delirium, approcci d'assistenza corretti per evitare i disturbi cognitivi, e 8 approcci brevi specifici per insonnia, cadute, lavoro in equipe, trattamento del dolore, dell'incontinenza, della stipsi)

5- Educazione e supporto ai familiari

Mc Gilton KS, Davies A et al (Toronto University Rehabilitation Unit): **An inpatient rehabilitation model of care targeting patients with cognitive impairment**
BMC Geriatrics 2012, 12:21 (Provisional PDF)

Due reparti riabilitativi (di 40 e di 20 letti in 2 piccoli ospedali di provincia, 500 e 120 posti-letto)

70 pazienti con frattura di femore operati e i loro 70 HCP reclutati con implementazione del PCRM-CI

70 pazienti con frattura di femore operati reclutati e trattati in ambito riabilitativo usuale

Valutazione premorbosa, all'ingresso, alla dimissione e dopo 6 mesi di cognitiv , funzione, mobilit , destinazione post-dimissione

Valutazione dell'HCP (Health Care Provider) come attitudini di relazione al demente, conoscenza della demenza, grado di soddisfazione e stress (con scale specifiche)

Mc Gilton KS, Davies A et al (Toronto University Rehabilitation Unit): **An inpatient rehabilitation model of care targeting patients with cognitive impairment** *BMC Geriatrics* 2012, 12:21 (Provisional PDF)

L'obiettivo è determinare se l'implementazione di questo modello qualitativo e organizzativo può aumentare gli *outcome* funzionali dei pazienti anziani dementi e/o con delirium e ridurre la locazione istituzionale dopo frattura di femore.

Questo prima pubblicazione è la descrizione del protocollo; i risultati verranno raccolti a fine 2012, dopo 3 anni dall'inizio dello studio.

Luk JKH: **Rehabilitation in older people: know more, gain more.**

Hong Kong Med J 2012;18:56-9

Department of Medicine and Geriatrics, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong

Una **Review** basata soprattutto su studi locali, che trattavano dei fattori influenzanti la riabilitazione degli anziani dopo un fatto acuto,

osservando

la perdita funzionale comune post-acuzie,

desiderando

sia di non escludere pazienti dalla riabilitazione solo perché anziani,

sia di sviluppare interventi efficaci,

per evitare istituzionalizzazioni improprie,

esaminando e valutando l'influenza sulla riabilitazione di

Età,

Genere,

Funzione cognitiva,

Stato nutrizionale.

Luk JKH: **Rehabilitation in older people: know more, gain more.**

Hong Kong Med J 2012;18:56-9

Department of Medicine and Geriatrics, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong

Età avanzata

Influenza sulla riabilitazione controversa:

Primi studi → correlazione negativa tra età e outcome funzionali

Studi successivi → fattore prognostico scarso per funzione e rischio di NH

Recente grosso studio su pazienti con stroke mostrava

- Livelli di FIM più bassi all'ingresso e alla dimissione in correlazione all'età avanzata

- Ma delta-FIM tra ingresso e dimissione non diverse tra i vari gruppi d'età

- veri predittori di buon recupero funzionale erano

la FIM all'ingresso,
la quantità di lavoro svolto
tornare al domicilio dopo lo stroke
e NON l'età di per sé

Luk JKH: **Rehabilitation in older people: know more, gain more.**

Hong Kong Med J 2012;18:56-9

Department of Medicine and Geriatrics, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong

Genere

Trattamenti abitualmente simili per pazienti con stroke ma con outcome funzionali peggiori e maggior rischio di istituzionalizzazione per le femmine

Cardio-riabilitazione: beneficio simile ma QoL percepita migliore per i maschi

Pochi studi esplorano la relazione tra genere e outcome riabilitativi, in particolare un grosso studio retrospettivo (1795 anziani ipocinetici dopo acuzie medica in setting riabilitativo):

Elderly Mobility Scale più alto all'ingresso e alla dimissione per i maschi

Barthell Index più alto per le femmine

Efficacia (guadagno assoluto dello score) ed efficienza (score divisi per i giorni di degenza) senza differenze tra i due sessi

Praticamente le donne otterrebbero miglior funzione e peggior motricità rispetto ai maschi: da cui una blanda indicazione riabilitativa per costruire obiettivi tagliati su misura per anziani e anziane

Luk JKH: **Rehabilitation in older people: know more, gain more.**

Hong Kong Med J 2012;18:56-9

Department of Medicine and Geriatrics, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong

Funzioni cognitive (Pazienti Ricoverati)

1. Studi precedenti: demenza → difficoltà di comprensione e apprendimento perciò influenza negativa sul successo riabilitativo (soprattutto in anziani fratturati di femore e con stroke) e sul ritorno al domicilio

2. Però alcuni studi successivi su anziani con stroke non hanno mostrato questa associazione

Approntato uno studio ad hoc, su pazienti anziani in riabilitazione con rilievo di:

- Associazione tra demenza e scarsa variabilità (rispetto al pre-morboso) di efficacia ed efficienza motorie e funzionali
- Non associazione con il guadagno assoluto (ing vs dim) funzionale e motorio
- Demenza predittore indipendente di insoddisfacente miglioramento motorio
- ma non di miglioramento funzionale

Gli autori ritengono perciò opportuno non negare la riabilitazione anche a pazienti dementi, anche con demenza severa

Luk JKH: **Rehabilitation in older people: know more, gain more.**

Hong Kong Med J 2012;18:56-9

Department of Medicine and Geriatrics, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong

Funzioni cognitive (Pazienti in Day-Hospital Geriatrico, GDH)

14 GDH in Hong Kong, abitualmente destinati alla Riabilitazione Geriatrica Presupponendo che gli anziani debbano essere minimamente collaborativi, motivati e integri per afferirvi e beneficiarne in termini riabilitativi è stato approntato uno studio locale mirato su 547 pazienti anziani afferenti a questo servizio:

1. Associazione significativa tra C-MMSE all'ingresso e FIM alla dimissione
2. Deficit Cognitivo fattore predittivo indipendente di FIM insoddisfacente alla dimissione
3. Tuttavia la funzione cognitiva non era associata con l'efficacia e l'efficienza della FIM (che era simile tra dementi e non)

Gli AA concludono che pazienti anziani post-acuti dementi, anche severamente, possono beneficiare dell'inserimento in questi servizi diurni riabilitativi (anche in virtù dei medesimi risultati visti in un altro studio in GDH, con la FIM valutata a 6 mesi dalla dimissione)

U. O. Riabilitazione Generale Geriatrica, Residenza Anni Azzurri – Rezzato BS

Luk JKH: **Rehabilitation in older people: know more, gain more.**

Hong Kong Med J 2012;18:56-9

Department of Medicine and Geriatrics, Fung Yiu King Hospital, Hong Kong

Stato nutrizionale

- Albuminemia in particolare come marker sintetico di fragilità
- Studi precedenti mostravano scarsi risultati riabilitativi e bassi livelli di ADL al domicilio negli anziani con albuminemia sierica bassa
- In virtù dell'esistenza però di studi discordanti soprattutto su anziani con frattura di femore, è stato esaminato uno studio locale condotto su numeri consistenti di anziani in riabilitazione dopo patologie mediche acute:
 1. Guadagni assoluti motori e funzionali simili tra i due gruppi di ipo- e normo-albuminemici,
 2. Ma l'efficienza motoria e funzionale era più alta tra i tassi di albumina più elevati
 3. L'analisi multivariata non mostrava il livello di albumina come predittore indipendente di outcome motorio e funzionale

Gli AA concludono che anche gli anziani ipoalbuminemici possono beneficiare della Riabilitazione e che si può pensare di accelerare l'efficienza supportando la nutrizione

U. O. Riabilitazione Generale Geriatrica, Residenza Anni Azzurri – Rezzato BS

Table. Summary of independent predictors for satisfactory rehabilitation outcomes*

Predictor	Rehabilitation outcome
Age	Not a predictor for satisfactory discharge FIM (stroke patients)
Female gender	Negative predictor for satisfactory discharge EMS Positive predictor for satisfactory discharge BI
Cognitive function (MMSE)	
In-patient	Positive predictor for satisfactory discharge EMS Not a predictor for satisfactory discharge BI
GDH	Positive predictor for satisfactory discharge FIM Not a predictor for drop of FIM 6 months after discharge from GDH
Admission albumin levels	Not a predictor for satisfactory discharge EMS Not a predictor for satisfactory discharge BI

*FIM denotes Functional Independence Measure, EMS Elderly Mobility Scale, BI Barthel Index (100), MMSE Mini-Mental State Examination, and GDH geriatric day hospital

RICHIESTA DI RICOVERO/TRASFERIMENTO

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Residenza: via _____ Comune _____

Tel. paziente _____ Tel. caregiver _____

Data di nascita _____ Cod Fisc _____ Tess.Sanitaria _____

Medico di Famiglia _____ (tel. _____)

Provenienza: domicilio ospedale/struttura _____

Diagnosi riabilitativa: _____

Patologie anamnestiche _____

Stato mentale lucido ed orientato deficit cognitivo lieve-moderato (MMSE \geq 14)
 deficit cognitivo severo (MMSE < 14) obnubilato/coma

Alterazioni comportamentali assenti lievi moderate severe _____

Cammino autonomo possibile con ausili (_____)
 cammino con aiuto umano letto/poltrona

Carico autorizzato non autorizzato per altri _____ giorni

Alimentazione autonomo minimo aiuto/supervisione imboccato SNG/PEG

Igiene personale autonomo minimo aiuto/supervisione dipendente

Continenza continente incontinenza occasionale incontinenza abituale

Catetere vescicale no si (posizionato il _____; ultimo cambio _____)

Decubiti _____ no si (_____)

Altre necessità specifiche (es. ossigenoterapia, tracheo, CVC, stomia, ecc.): no si _____

Terapia in atto ed eventuali prescrizioni dietetiche:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medico proponente (timbro e firma leggibile)

Telefono reparto/struttura proponente

**Sulla nostra scheda di richiesta di trasferimento da un reparto per acuti
C'è una valutazione sintetica dello stato cognitivo
Manca una valutazione di massima delle situazione premorboza,
sia cognitiva che funzionale (informazioni spesso richieste telefonicamente
dalla caposala)**

Stato mentale lucido ed orientato deficit cognitivo lieve-moderato (MMSE \geq 14)
 deficit cognitivo severo (MMSE < 14) obnubilato/coma

Alterazioni comportamentali assenti lievi moderate severe

Ho chiesto alla mia caposala quali riteneva fossero le mie riflessioni nella valutazione delle Richieste Di Ricovero relativamente al decadimento cognitivo;

lei ha capito che:

1. Lucidi e decaduti lievi e moderati non vengono esclusi
2. I Severi vengono valutati sulla base della presenza di BPSD seri e su informazioni telefoniche tra CS o tra medici relative alla collaborazione, non oppositività, mansuetudine, comprensione di ordini semplici
3. Non ha immediatamente colto, o non ha voluto cogliere per resistenza sindacale a difesa dei lombi dei nostri operatori, la scelta etica (o ideologica o politica che dir si voglia) ulteriore

Quello che definisco DIRITTO DI TENTATIVO RIABILITATIVO

Non applicabile per il cronico domiciliare visto in ambulatorio (dove non si può prescindere dal PRE-)

Ma sacrosanto dopo un ictus o comunque un fatto acuto in un paziente anziano minimamente stabile al domicilio, anche se demente, anche se il fatto acuto è stato pesante come debilitazione e/o disabilità

U. O. Riabilitazione Generale Geriatrica, Residenza Anni Azzurri – Rezzato BS

Ho chiesto alla Fisioterapista Coordinatrice del gruppo dei miei terapisti quali fossero le strategie istintive messe in atto durante l'FKT di pazienti cognitivamente compromessi ed evidentemente disesecutivi:

- 1.Ordini non astratti ma finalizzati ad azioni semplici
- 2.Stimoli per evocare automatismi
- 3.Esercizi mostrati specularmente
- 4.Molta luce e pochi stimoli distraenti
- 5.Messaggi semplici e singoli

CONCLUSIONI:

老年人的復康:了解更多、得益更多老年人患上急病經醫治後,其身心功能衰退,健康狀況往往會走下坡,這情況在住院期間甚至在住院前都會出現。一個有效的復康方案對於改善老人的運動及活動功能相當重要。認識影響老人復康的因素能更有效及更快地幫助復康的過程。本文根據本地相關的研究,探討年齡、性別、認知功能及血清白蛋白水平幾方面如何影響老人復康。得出的結論是不可以因為病人年紀大、認知功能差及血清白蛋白水平低,而拒絕替他們安排復康治療。原因是老人也可以和其他病人一樣,經復康治療的過程而在運動及活動功能方面得到改善。此外,替老人擬定營養計劃可以改善他們的白蛋白水平,從而加快復康的速度。進一步來說,有須要建立一個針對性別的復康方案,從而改善男性的活動功能及女性的運動功能。另一方面,加深認識安老院安置的因素亦有助減少老人在復康治療後對院舍的依賴。

CONCLUSIONI

1. E' indubitabile che il deficit cognitivo sia un freno alla efficacia ed efficienza della riabilitazione,
2. ma parecchi studi mostrano una variazione positiva dei parametri motori e funzionali, simile a quella dei pazienti non dementi, anche se su livelli più bassi,
3. perciò gli anziani con decadimento cognitivo meritano un tentativo riabilitativo,
4. Sia perché i guadagni funzionali e motori assoluti si traducono in minor istituzionalizzazione e miglior gestione al domicilio,
5. Sia perché la stabilizzazione clinica riduce la ri-ospedalizzazione e ancora si traduce in minor istituzionalizzazione e miglior gestione al domicilio.

Ma onestamente ...

E' una scelta ideologica, perché gli studi sono controversi, ma avrete notato che anche i ricercatori con i dati più pessimisti lasciano aperta una possibilità.
E' però anche una scelta pragmatica perché molti studi dimostrano l'utilità clinica, umana e sociale del riabilitare i pazienti anziani con deficit cognitivo.
E' una scommessa infine, perché chi lavora con i pazienti anziani sperimenta ogni giorno le "sorpresa" inaspettate e imprevedibili e le coglie come frutti dolcissimi e consolanti.

McGilton K, Lever J, Mowat J, Parnell L, Perivolaris A, Biscardi M:
Guideline recommendations to improve dementia care.
Alzh Care Quart 2007, 8(2):109–115.

I REAP principles:

***Relate well,
Environmental manipulation
Abilities focused and
Personhood***

***Vi ringrazio per la pazienza e vi chiedo scusa per la noia
con le parole affascinanti, misteriose, sapide ed evocatrici di un
musico e leguleio astigiano:***



*... quella musica continuava,
era una canzone che diceva e non diceva,
l'orchestra si dondolava come un palmizio davanti a un mare venerato,
quei due sapevano a memoria dove volevano arrivare,
un quinto personaggio esitò prima di starnutire, poi si rifugiò nel nulla;*

era un mondo adulto: si sbagliava da professionisti!

Da “Boogie”
di Paolo Conte