



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**56° Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria**

Dicembre 2011

Volume LIX

Numero 6

Preparati a vivere 100 anni!

Firenze, 29 novembre - 3 dicembre 2011

12° Corso per Infermieri
Firenze, 1-3 dicembre 2011

10° Corso di Riabilitazione
Firenze, 1-2 dicembre 2011

7° Corso per Psicologi
Firenze, 1-2 dicembre 2011

6° Corso per Assistenti Sociali
Firenze, 30 novembre - 2 dicembre 2011

*Indexed in Embase, Excerpta Medica Database
and Scopus Elsevier Database*

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

Efficacia del trattamento farmacologico combinato alla riabilitazione cognitiva nei pazienti con demenza: un caso clinico

C. Francone¹, G. Conchiglia², A. Bevilacqua¹, A. Iorio¹, V. Canonico¹, F. Rengo¹

¹Cattedra di Geriatria Università degli Studi "Federico II" Napoli; ²Alma Mater s.p.a Fondazione Villa Camaldoli Napoli

Scopo. La riabilitazione dei disturbi cognitivi viene sempre più utilizzata nei pazienti con demenza e negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi lavori che hanno cercato di dimostrare, statisticamente, l'efficacia di tale procedura terapeutica. Il presente lavoro ha lo scopo di rilevare l'efficacia dell'integrazione tra il trattamento farmacologico e la riabilitazione cognitiva. Riportiamo il caso di D.G., paziente maschio, di 76 anni di età, affetto da malattia di Alzheimer.

Materiali e metodi. Il paziente, inizialmente in cura farmacologicamente con antiipertensivi, anticolinesterasici, memantina ed antiaggreganti piastrinici, è stato sottoposto ad una valutazione cognitiva in ingresso, che comprende una batteria neuropsicologica costituita da test di screening cognitivo generale quali il Mini Mental State Examination (MMSE) e Frontal Assessment Battery (FAB) ed una serie di test che valutano i diversi domini cognitivi. Inoltre, è stata condotta una valutazione di tipo ecologico-comportamentale (Visciglio et al. 2005), al fine di analizzare l'impatto che i disturbi cognitivi hanno sul funzionamento del soggetto nella vita quotidiana. Una volta stabiliti i target riabilitativi da raggiungere, il paziente è stato sottoposto ad un percorso riabilitativo integrato, cognitivo, ecologico-comportamentale e neuromotorio della durata di 5 mesi e poi rivalutato in condizione di retest.

Risultati. Il quadro in ingresso di D.G. è caratterizzato da una significativa compromissione della memoria, delle abilità attentive e delle capacità di apprendimento di nuovo materiale verbale (MMSE 20/30). Da un punto di vista comportamentale, il paziente manifestava scarsa autonomia nelle diverse attività di vita quotidiana e tendenza all'apatia. In seguito al solo trattamento farmacologico, nell'arco di sei mesi, il paziente ha mostrato un quadro stazionario, anche se si è osservato un recupero delle capacità di orientamento spaziale e temporale (MMSE 22/30). Dopo questi primi sei mesi di trattamento, la terapia farmacologica è stata combinata con quella cognitiva ed ecologico comportamentale. A conclusione di tale ciclo riabilitativo integrato/combinato, si è evidenziato un miglioramento del funzionamento cognitivo generale, registrabile al MMSE (MMSE 26/30), a carico, in particolare, delle capacità attentive e della memoria. Per quanto riguarda la sfera comportamentale, si è osservato un miglioramento delle capacità di gestione delle attività di vita quotidiana ed un recupero delle informazioni in ambiente ecologico.

Conclusione. Il caso di D.G. è stato isolato da uno studio clinico tutt'ora in corso, in cui sono stati esaminati 112 protocolli riabilitativi di soggetti con diagnosi di deficit cognitivo di natura eterogenea. Il caso clinico sottolinea l'efficacia del trattamento riabilitativo integrato. Infatti si è osservato un incremento dei punteggi ottenuti ai vari test in uscita - retest - dopo il ciclo riabilitativo integrato della durata di circa quattro mesi, rispetto a quelli rilevati in ingresso, al momento in cui il paziente era sottoposto al solo trattamento farmacologico.

BIBLIOGRAFIA

- Visciglio A, Sepe R, Nuzzi M, et al. *Scala di valutazione funzionale per pazienti con Disturbo Cognitivo Moderato*. Sistema Nervoso e Riabilitazione 2005;8(1).
- Raggi A, Iannaccone S, Marcone A, et al. *The effects of a comprehensive rehabilitation program of Alzheimer's Disease in a hospital setting*. Behavioural Neurology 2007;18(1).

Il test per il m. di Parkinson UPDRS III applicato alla danzaterapia metodo trasmuda

A. Frustaglia¹, R. Righetti²

¹Direttore medico Area Socio Sanitaria, Istituto Geriatrico "P. Redaelli" V. Leopardi, Vimodrone Milano; ²Direttrice della Scuola di Formazione per Counselor Esistenziali a Mediazione Corporea dell'Associazione TRASMUDA® e Dintorni

Scopo. Il test UPDRS III (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) è universalmente utilizzato per valutare i malati di m. di Parkinson in quanto permette di valutare i livelli di gravità della malattia, di disfunzione motoria, lo stato psicologico, le attività della vita quotidiana e il grado di efficacia della terapia.

Valutare l'efficacia di dell'attività di danzaterapia metodo TRASMUDA® attraverso l'uso del test UPDRS III su un gruppo di anziani con diagnosi di m. Parkinson in trattamento farmacologico specifico ottimizzato. I pazienti avevano ricevuto inoltre un ciclo di terapia riabilitativa e seguivano una dieta con preferente assunzione di quota proteica serale¹.

Materiali e metodi. Il gruppo studiato è stato di 21 Pazienti affetti da malattia di Parkinson cronico di cui 16 femmine e 5 maschi di età media di 79,8 aa (con un range compreso tra i 60-90 aa). Il numero delle sedute di gruppo per ogni paziente è variato da un minimo di 5 ad un massimo di 16 (media 8,9). La provenienza dei degenti era dal Day Hospital, dai reparti di degenza e dagli ambulatori fisiatrici posti presso l'Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone (Mi). Tutti i pazienti sono stati valutati all'ingresso, alla dimissione e dopo almeno 2 mesi la conclusione del trattamento. Sono state compilate la scala UPDRS III, lo stadio clinico secondo Hoehn-Yahr il Mini Mental State Examination (MMSE), l'Indice di Barthel (B.I.), e il test specifico funzionale denominato TRASMUDA®TEST.

Risultati. La valutazione della scala UPDRSIII somministrata alla presa in carico del paziente, ha dato i seguenti risultati. Scala UPDRS III 1° parte (motoria). La valutazione ottenuta dall'analisi ha rilevato un miglioramento degli item previsti nella 1° parte. Essa esamina la componente motoria che comprende linguaggio, espressione facciale, tremori a riposo faccia mani piedi, rigidità, picchiettamento dita, apertura e chiusura mani, pronosupinazione mani, agilità delle gambe, l'alzarsi dalla sedia, la postura, la marcia, la stabilità posturale, la bradicinesia e l'ipocinesia corporea. I valori (variabili da 0 normalità a 108 massima dipendenza) sono passati da 47,52 all'ingresso a 39,5 alla dimissione e 39,2 al follow-up. I dati ottenuti indicano un costante miglioramento medio della motricità nei vari settori indagati. La Scala UPDRS III 2° parte (depressione, la motivazione e l'iniziativa) ha rilevato un miglioramento per la riduzione dei valori numerici studiati. La scala ha un range variabile da 0 (indicativo di normalità) a 8 (indicativo di depressione). In particolare questo item è passato da 8 all'ingresso a 6 alla dimissione per ritornare ad 8 dopo la rivalutazione a distanza di oltre 2 mesi. La 3° parte dell'UPDRS III (attività della vita quotidiana valuta la capacità di vestirsi, l'igiene personale, le cadute, gli episodi di freezing e i disturbi sensitivi legati al parkinsonismo. La scala varia da 0 indicativo di normalità a 20 indicativo di incapacità. I risultati sono di 8,38 all'ingresso, 6 alla fine del trattamento e 8 nel follow-up. Con questo item si sono indagate le capacità mentali, il comportamento e l'umore incluso lo stato di ansia e la depressione².

I pazienti sono stati testati in ingresso con il Mini Mental State Examination il valore medio del campione studiato è stato di 16,7/30 indicativo di una demenza di moderata. Lo stato funzionale delle persone è stato rilevato mediante l'indice di Barthel (BI). Nel gruppo studiato la media del B.I. è passato da un valore medio di 60/100, ad un valore medio di 85/100 indicativo di una significativa riduzione della dipendenza funzionale. Risultati analoghi si sono avuti con il TRASMUDA®TEST, la cui scala varia da 0 per la assoluta incapacità a 140 per la completa capacità funzionale (il valore 140 si ottiene sommando tutti i valori massimi degli item). Il valore medio, emerso dalla elaborazione delle medie dei punteggi dei singoli pazienti reclutati, è variato da 9,11 all'ingresso a 19,6 alla dimissione^{3,4}.

Conclusione. In questo studio si è notato un ulteriore significativo miglioramento rispetto ai valori precedenti l'esperienza di danza terapia con metodo TRASMUDA®. Questo metodo, interviene sicuramente nella capacità del paziente di incontrare e riconciliarsi con la propria dimensione corporea,

ma le sue caratteristiche specifiche che includono anche, l'educazione alla meditazione e il recupero delle risorse interne biologiche, psicologiche ed esistenziali, conducono il paziente ad una consapevolezza del proprio sé corporeo totalmente nuova. Questa nuova consapevolezza che dal corpo si estende a tutta la dimensione interiore e esistenziale consente al paziente di affrontare e superare la sensazione di "gabbia" imposta dalla malattia, la depressione e l'insicurezza. Permette inoltre al malato di affondare nelle proprie radici esistenziali e psico-spirituali promuovendo un rapporto diverso con la propria disabilità.

I dati rilevati evidenziano che la danza terapia metodo TRASMUDA® è in grado di modificare favorevolmente i test UPDRS III nelle sue componenti motorie, nel tono dell'umore e nelle valutazioni funzionali delle attività della vita quotidiana. Analogamente il TRASMUDA®TEST evidenzia guadagni funzionali su tutti i parametri indagati confermando una sinergia tra i due test.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Lera A. *TINER (Trattamento integrato neuromuscolare emozionale rilassante) un modello di Life Quality Project nella malattia di Parkinson*. *Psicogeriatrics* 2010;1(sup):187.
- 2 Modena L. *Logopedia e riabilitazione. Linguaggio nella malattia di Parkinson*. *Assistenza Anziani* 2007;7:46-50.
- 3 Bellelli G, Bellwald C, Ponte M, et al. *Efficacia della riabilitazione motoria in pazienti affetti da malattia di Parkinson*. *Giornale di Gerontologia* 2000;48:810.
- 4 Salsi V, Romano R, Righetti R, et al. *Nuove strategie rieducative per la persona con Parkinson*. *I luoghi della cura* 2010;8:18-21.

Complessità clinica e processi di cura in ortogeriatría

F. Furlani¹, C. Luppi¹, E. Baffero¹, S.B. Solerte¹, C. Carlino², B. Berlusconi³, M. Cavanna³, L. Di Mento³, M. Pagani⁴, B. Bernardini⁴

¹Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Pavia; ²UO Anestesia e Terapia Intensiva, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI); ³UO Traumatologia, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI); ⁴UO Neuro-riabilitazione IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)

Introduzione e scopo dello studio. È dimostrato che un modello di cura basato sulla co-gestione tra geriatri e ortopedici dell'anziano con frattura di femore migliora gli outcomes dei pazienti a breve e lungo termine^{1,2}. Il progetto Ortogeriatría si è sviluppato nel nostro Istituto dall'agosto 2009. Disegnato come un "clinical path" basato sulla co-gestione fra traumatologi e geriatri, prevede l'applicazione di protocolli interdisciplinari, strutturati secondo le linee-guida, riguardanti i principali processi di cura (dolore, procedure anestesologiche, polmoniti, delirium)³. La casistica attuale è di 330 pazienti. In questo report analizziamo i dati dei primi 201 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, con l'obiettivo di descrivere la complessità clinico-funzionale dei pazienti e la varietà ed entità dei processi di cura più importanti.

Pazienti e metodi. Lo studio è prospettico osservazionale condotto su 201 pazienti anziani consecutivamente ricoverati tra l'agosto 2009 e l'ottobre 2010, sottoposti ad intervento chirurgico per frattura di femore non patologica. I dati di ogni paziente sono stati registrati utilizzando la piattaforma data-web IPER 2 (Indici di Processo-Esito in Riabilitazione), sistema standardizzato composto da 50 indicatori binari (presenza/assenza della condizione target) rilevati in tempi e con modalità definiti, che misurano le caratteristiche pre-morbide, i processi di cura, gli outcomes clinici e funzionali. Inoltre IPER-2 include strumenti per misurare o stratificare lo stato funzionale, lo stato mentale e le capacità di cura del paziente in differenti punti del suo percorso di cura.

Risultati. Lo studio riguarda 152 (75.6%) donne e 49 (24.4%) uomini, con un'età media di 82.3 ± 7.3, di cui il 39.3% ultraottantacinquenni. Il profilo pre-frattura dei pazienti evidenzia una comorbilità cronica prevalente nell'82% dei pazienti: 18 (9%) presentavano un'insufficienza d'organo severa e 45 (22.4%) una demenza di grado severo.

All'ammissione 32 (15.9%) pazienti erano medicalmente instabili (uno o più tra i seguenti: febbre, tachicardia, tachipnea, ipotensione, desaturazione o riduzione della vigilanza). Il tempo medio dall'ammissione all'intervento chirurgico è stato minore di 2 giorni in 83 (41.3%) casi, di 3-4 giorni in 78

(38.8%) e di 5 o più giorni in 40 (19.9%). Il ricovero è stato complicato da delirium in 40 (19.9%) casi, infezioni urinarie in 26 (12.9%) e non urinarie in 39 (19.4%), eventi clinici avversi non infettivi in 62 (30.8%), ulcere da pressione in 17 (8.5%). Hanno necessitato di terapia antidepressiva 30 (14.9%) pazienti e di terapia antidolorifica per più di tre giorni 187 (93.3%).

La degenza media è stata di 13.4 ± 7.9 giorni. Sei (3%) pazienti sono deceduti o sono stati trasferiti presso reparti sub intensivi.

Alla dimissione 21 (10.5%) pazienti sono rientrati al domicilio, 58 (28.9%) sono stati inviati presso strutture di Riabilitazione Intensiva e 91 (45.3%) presso strutture di Riabilitazione Estensiva, 25 (12.4%) infine sono stati trasferiti presso Strutture Residenziali Assistenziali. 31 (15.9%) pazienti sono stati dimessi con catetere vescicale a permanenza. Il 31.7% dei pazienti senza catetere vescicale era incontinente per le urine. L'Indice di Barthel medio risultava di 79.6 ± 23 nel premorboso, 20.2 ± 9.5 all'ammissione e 43.5 ± 22.2 alla dimissione.

Conclusioni. I nostri risultati, in linea con quelli della letteratura, evidenziano come l'anziano con frattura di femore sia un paziente complesso, ad elevato rischio di complicanze non solo in conseguenza all'evento traumatico, ma anche per un profilo clinico funzionale premorboso compromesso. Il paziente anziano con frattura di femore necessita quindi un approccio proattivo e multidisciplinare gestito in un'ottica geriatrica costituito da una valutazione clinica precoce ed accurata volta ad identificare fattori di rischio premorbosi e marcatori di complessità di cura, al fine di stabilizzare il paziente prima dell'intervento chirurgico ed elaborare fin dai primi giorni di ricovero un coerente progetto riabilitativo che riduca i bisogni della fase post-acuta.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Friednan SM, Mendelson DA, Kates SL, et al. *Geriatric comanagement of proximal femur fractures: Total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population*. *JAGS* 2008;56:1349-56.
- 2 Giusti A, Barone A, Razzano A, et al. *Optimal setting and care organization management of older adults with hip fracture*. *Eur Phys Rehabil Med* 2011;47:281-96.
- 3 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline, June 2009*. Disponibile a: www.sign.ac.uk

Funzione fisica e reazioni avverse a farmaci in una popolazione di anziani ospedalizzati: risultati studio CRIME

O. Fusco, M. Tosato, M. Battaglia, S. Settanni, F. Cerullo, S. Mastropaolo, G. Onder

Dipartimento di Scienze Geriatriche, Gerontologiche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo. Sono stati identificati diversi fattori di rischio per la comparsa di reazioni avverse a farmaci (ADR) nell'anziano (i.e. numero di farmaci assunti, uso del warfarin^{1,2}, polipatologia, durata della degenza, fumo, età, sesso, scompenso cardiaco, epatopatie, insufficienza renale^{3,4}). Si tratta nella maggioranza dei casi di parametri clinici. Sono tuttora disponibili in letteratura pochi studi riguardo il rapporto tra gli indici di funzione fisica ed il rischio di sviluppare ADR¹, anche se molti autori concordano nell'identificare il paziente anziano fragile, sia in ambiente ospedaliero che in comunità, come particolarmente predisposto ad avere reazioni avverse a farmaci. Lo scopo di questo studio è di valutare se lo stato funzionale nell'anziano possa influenzare il rischio di ADR.

Materiali e metodi. I dati sono stati ricavati dallo studio CRIME (CRiteria to assess Inappropriate use of Medicines among Elderly patients) condotto su una popolazione di 825 anziani ospedalizzati in 7 Centri italiani. La valutazione della funzione fisica è stata effettuata tramite la somministrazione dei seguenti tests: (a) ADL (Activities of Daily Living); (b) velocità del cammino su 4 metri; (c) Handgrip strenght. Tali misure sono state effettuate all'ingresso dei pazienti in Reparto. Solo le reazioni avverse a farmaci definite come possibili o probabili o certe secondo l'algoritmo di Naranjo sono state considerate nelle nostre analisi. Sono stati invece esclusi tutti i pazienti con deterioramento cognitivo severo.