



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**55° Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria**

Dicembre 2010

Volume LVIII

Numero 6

**Invecchiamento e longevità:
più geni o più ambiente?**

Firenze, 30 novembre - 4 dicembre 2010

11° Corso per Infermieri
Firenze, 2-4 dicembre 2010

9° Corso di Riabilitazione
Firenze, 2-3 dicembre 2010

6° Corso per Psicologi
Firenze, 2-3 dicembre 2010

5° Corso per Assistenti Sociali
Firenze, 2-3 dicembre 2010

55° Congresso Nazionale SIGG

**Invecchiamento e longevità:
più geni o più ambiente?**

Venerdì 3 Dicembre 2010

LIMONAIA

14.00-15.00 Poster con discussione GRUPPO K

Moderatore: Moreno Scevola (Noale)

105. **"PROGETTO 4 PASSI": 6 MESI DI CAMMINO ASSISTITO DAL CAREGIVER MODIFICANO LA PERFORMANCE COGNITIVA E LE ADL NEL MALATO DI ALZHEIMER**
M. Venturelli, R. Scarsini, R. Bottura, F. Schena (Verona, Mantova)
107. **DESCRIZIONE DELLA CREAZIONE DI UN SERVIZIO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA AMBULATORIALE DI GRUPPO PER PERSONE CON DEMENZA**
E. Marelli, C. Cutaia, R. Perelli Cippo, E. Valle, R. Vaccaro, S. Vitali, A. Ceretti, A. Guaita (Abbiategrosso)
108. **CENTRO DIURNO SPECIALIZZATO DEMENZE "LERCARO" BOLOGNA: SINERGIE TERAPEUTICHE TERRITORIALI**
F. Sabbi (Bologna)
109. **SUOR ADALGISA: UNA VITA TRASCORSA DURANTE BEN NOVE PAPI**
G. D'Arrigo, O. Giacobbe, A. Grippa, F. Caronzolo, F. D'Amico, M. Lorefice (Taormina, Patti, Messina)
110. **UN CONCORSO DEL 1875 SULLA LONGEVITÀ**
A. Porro, C. Cristini, G. Cesa-Bianchi, A.F. Franchini, L. Lorusso, B. Falconi (Brescia, Milano, Chiari)
111. **NUOVE EVIDENZE A SUPPORTO DEL "CODICE ARGENTO" NELLA STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA DELL'ANZIANO IN PRONTO SOCCORSO**
A.T. Roberts, D. Balzi, F. Salvi, B. Lorenzetti, L. Rossi, P. Dessi-Fulgheri, G. De Tommaso, N. Marchionni, F. Lattanzio, M. Di Bari (Firenze, Ancona)
112. **CARE SYSTEM™: SISTEMA INTEGRATO PER LE ATTIVITÀ OCCUPAZIONALI**
J. Venturi (Genova)
113. **LA "PRE ACCOGLIENZA" QUALE ELEMENTO DI QUALITÀ ALL'INTERNO DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE. L'ESPERIENZA DELLA RSA "MADONNA DELLA FIDUCIA"**
V. Vismara, M. Grossi, C. Fanucci, D. Cecchi (Empoli, Casale Monferrato)
114. **APNEA NOTTURNA OSTRUTTIVA(OSAS) NELL'ANZIANO: STUDIO SU UNA POPOLAZIONE ANZIANA RICOVERATA IN UN REPARTO DI GERIATRIA PER ACUTI**
A. Santangelo, C. Risino, S. Albani, A. Cappello, S. Frisa, M. Malaguarnera S. Pavano, M. Testai, S. Summineri, D. Maugeri (Catania, Siracusa)

Materiali e metodi. Sono state analizzate le caratteristiche clinico-funzionali degli anziani ricoverati nel corso del 2009, n.33 ospiti, di cui n.23 con diagnosi di demenza, classificandoli secondo il sistema di valutazione regionale SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza), e relativamente al profilo di gravità della demenza secondo il Clinical Dementia Rating (CDR), oltre al riscontro ed alla graduazione dei disturbi del comportamento (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) (BPSD).

Risultati. Le classi SOSIA maggiormente rappresentate sono quelle da 5 a 8, complessivamente pari allo 87,8% dei casi, solo apparentemente indicative di un profilo di fragilità e di carico assistenziale non così rilevante: frequentemente, in presenza di demenza, anche con disturbi comportamentali, senza particolari compromissioni d'organo e, soprattutto, con autonomia motoria ben conservata, l'algoritmo che attribuisce la classe di appartenenza non determina un adeguato corrispettivo tra problematica e fragilità complessiva. Peraltro, vi è evidenza di diagnosi di demenza nel 69,6% dei soggetti, con prevalenza di forme vascolari e miste, come atteso trattandosi di una popolazione con età media pari a 80,17 anni. La valutazione dello stadio di gravità della demenza mediante CDR, che classifica i soggetti da 1 (demenza lieve) a 5 (demenza terminale), mostra una prevalenza, pari al 37,5% di forme gravi (CDR 3); in oltre il 70% dei casi si tratta di forme moderate-gravi, ad indicare come l'accesso al servizio corredi con un livello clinico importante. In più la presenza di disturbi comportamentali in questi soggetti (BPSD) è notoriamente causa di ulteriore incremento della difficoltà nella gestione del caso, nonché di esaurimento delle risorse dei care-givers, motivo prevalente di ricorso ad un intervento assistenziale residenziale o semi. Nel nostro campione i BPSD sono presenti in circa l'87% dei soggetti, per lo più in forma lieve/moderata, nel 21% ad un livello severo.

Alla rilevante componente di compromissione cognitivo-comportamentale si accompagna un multiplo deficit funzionale, rilevabile dalla media della Scala Barthel pari a 58 ed oltre il 70% del campione con indice inferiore al 75%.

Conclusioni. Il CDI affronta anche i bisogni dell'area della psicogeriatrica, ed in particolare della demenza nella fase complicata da BPSD, caratterizzata da grave disabilità e da rilevante profilo clinico. La caratteristica progressività, l'eterogeneità e la complessità di questa fragilità richiedono di procedere, oltre la consapevolezza dell'analisi, verso un approccio multidimensionale e multidisciplinare, puntuale, tempestivo e flessibile, orientato alla presa in carico, all'articolazione di una progettualità almeno di mantenimento delle capacità residue, alla valorizzazione degli interventi verso una sempre più razionale appropriatezza. In tale ottica si pongono, quali risorse strategiche, anche sperimentali, l'esperienza di ricoveri notturni brevi e dei ricoveri di sollievo programmati in RSA, di cui hanno usufruito oltre il 40% degli ospiti valutati nel presente studio, attraverso una sinergia ed una collaborazione bidirezionale tra i vari servizi presenti in struttura.

"Progetto 4 Passi": 6 mesi di cammino assistito dal caregiver modificano la performance cognitiva e le ADL nel malato di Alzheimer

M. Venturelli^{1,2}, R. Scarsini², B. Bottura², F. Schena¹

¹Università di Verona, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Neuropsicologiche, Morfologiche e Motorie; ²Fondazione Onlus Mons Arrigo Mazzali Mantova, reparto Alzheimer "Amarcord"

Scopo. Nuovi approcci clinici integranti l'attività fisica nella cura e assistenza di pazienti con moderato-lieve decadimento cognitivo hanno ricevuto un'importante attenzione della letteratura scientifica (Williams & Tappen, 2008; Blumenthal, et al., 1999; Williams & Tappen, 2007). Precedenti studi hanno riportato numerosi effetti positivi associati a programmi di attività fisica in questa tipologia di pazienti: l'incremento delle ADL, la riduzione della depressione, l'incremento della comunicazione, il miglioramento della continenza, e una migliorata performance del cammino. (Friedman & Tappen, 1991; MacRae, et al., 1996; Rolland, et al., 2007; Teri, et al., 2003). Nonostante l'evidenza scientifica degli effetti positivi di quest'approccio integrato, pochi studi ne hanno verificato l'efficacia e l'applicabilità nei pazienti affetti da grave demenza. L'obiettivo di questo studio è stato la valutazione di un programma di cammino assistito dal caregiver, svolto all'interno di

un nucleo protetto Alzheimer, sul declino funzionale e cognitivo in pazienti con grave demenza.

Materiali e metodi. 24 pazienti residenti nel nucleo protetto Alzheimer "Amarcord" della Fondazione Mons. Mazzali di Mantova sono stati selezionati per lo studio. Per ogni paziente è stato individuato un caregiver disponibile a prendere parte alla ricerca. Tutti i pazienti selezionati non avevano limitazioni del cammino (Tinetti > 23), età > 65 anni, MMSE compreso tra 15 e 5, presentavano un severo deterioramento cognitivo (CDR3-CDR4) e gravi disturbi del comportamento. In modo casuale, 12 pazienti sono stati assegnati ad un programma di cammino (WG) condotto con l'aiuto del caregiver 4 volte la settimana per 30min ogni sessione, e 12 sono stati assegnati ad un gruppo di controllo (CG). Prima e dopo 6 mesi di programma di cammino sono state misurate: pressione sanguigna, glicemia, performance cognitive (MMSE), ADL (Barthel) e capacità di deambulazione 6-min walk test (6WT).

Risultati. Nessuna differenza è stata riscontrata tra i 2 gruppi prima del programma di cammino. Il WG ha dimostrato un'aderenza al programma molto elevata 93,4%, ed ha migliorato significativamente la performance del cammino, e le ADL. Il gruppo di controllo ha invece dimostrato una significativa riduzione delle performance cognitive e della capacità di deambulazione. Glicemia e pressione sanguigna non sono cambiate.

	WG (gruppo cammino)			CG (gruppo controllo)		
	Pre	Post	%	Pre	Post	%
6WT (m)	245.4±30.9	294.5±49.4	+20%	238.5±47.1	168.0±34.5	-30%
Glicemia (mg/dl)	93.9±5.3	90.3±3.3	-4%	92.1±5.4	92.9±4.9	+1%
Pressione sist (mmHg)	132.5±10.0	126.2±7.8	-5%	133.3±6.6	135.1±6.8	+1%
Pressione diast (mmHg)	84.5±5.4	82.2±3.4	-3%	84.1±3.1	84.0±3.2	0
Barthel (0-100)	34.1±4.0	42.0±4.5*	+23%	34.7±6.1	32.5±5.8	-6%
MMSE (0-30)	13.5±1.5	11.8±1.8‡	-13%	12.3±1.7	6.5±1.9*	-47%

Two way Anova: * = p < 0.05 (within group); ‡ = p < 0.05 (between groups).

Conclusioni. Questo studio dimostra la possibilità di diminuire il progressivo decadimento cognitivo ed incrementare le ADL attraverso un programma di cammino assistito dal caregiver in pazienti con grave deterioramento cognitivo. Questo risultato conferma la possibilità di applicare con successo i nuovi approcci clinici che integrano l'attività fisica nella normale routine assistenziale anche in pazienti Alzheimer con severi disturbi del comportamento residenti all'interno di nuclei protetti, ed incoraggia la collaborazione tra caregivers e staff sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- Blumenthal, J.A., et al. (1999). Arch Intern Med, 159(19), 2349-2356.
- Friedman, R., & Tappen, R.M. (1991). J Am Geriatr Soc, 39(7), 650-654.
- MacRae, P.G., et al. (1996). J Am Geriatr Soc, 44(2), 175-180.
- Rolland, Y., et al. (2007). J Am Geriatr Soc, 55(2), 158-165.
- Teri, L., et al. (2003). JAMA, 290(15), 2015-2022.
- Williams, C.L., & Tappen, R.M. (2007). Am J Alzheimers Dis Other Dement, 22(5), 389-397.
- Williams, C.L., & Tappen, R.M. (2008). Aging Ment Health, 12(1), 72-80.

Care system™: sistema integrato per le attività occupazionali

J. Venturi

Adjunct professor – DSA, Dipartimento di Scienza per l'Architettura, UNIGR

Scopo. Si descrive il percorso di collaborazione tra Università e Azienda; la società Idea System S.r.l. inizia un percorso di R&S con il D.S.A. (Ricerca Finmark/PTE 2005, Resp. Prof. M.B. Spadolini) e prosegue con l'incarico di "ricerca sulle attrezzature per l'attività occupazionale con particolare riferimento ai malati di Alzheimer con attività di verifica presso strutture dedicate" Resp. Prof. Niccolò Casiddu. (2008) Si illustra come i progettisti del sistema Care System™ (©2009 PCT-Patent Pending) abbiano realizzato la versione low-tech e stiano tentando il percorso di implementazione all'Information Communication Technology (ICT) attraverso il kit "Care System™ connect" che consentirà di comunicare con un numero illimitato di utenti sia in ambiente domiciliare che istituzionalizzato.

Materiali e metodi. Il sistema (Fig.) è composto da un piano di appoggio regolabile, nel suo interno possono essere accolti una serie di kit occupazionali per la stimolazione sensoriale per intraprendere attività artistiche, di decorazione, di orticoltura, di cucina, di toeletta, di supporto informatico, ect. Nel trolley di deposito sono facilmente riponibili i supporti e gli oggetti di corredo; in questo modo gli operatori possono predisporre e sostenere semplicemente il piano terapeutico individuale e svolgere l'attività personalizzata di riabilitazione tattile, sensoriale, cognitiva, Occupazione del Tempo in modalità individuale e di gruppo.



Risultati. Dal mese di 08/2010, come descritto dalla direzione sanitaria dr. Gian Carlo Giuliani, tale Progetto viene condotto a favore degli Ospiti della RSA "Fonti S. Rocco" di Agliano (AT) trattandosi di Pazienti affetti da moderato/grave deterioramento cognitivo, dipendenti in almeno 2 funzioni nelle ADL (con un massimo di 5-6) ed in generali portatori di discreta comorbilità. È stato possibile al momento sottolineare i seguenti elementi: 1) da parte degli Ospiti vi è stato sicuro interesse, anche solo per la novità di tipo visivo ed organizzativo. 2) le attività che si sono potute svolgere sono sicuramente più frequenti e rapide, permettendo di modificare l'attività occupazionale svolta in tempi veloci, senza dovere spostarsi di stanza o di luogo ma avendo tutto subito a disposizione 3) Risultano più facilmente coinvolgibili gli Anziani dotati di maggiori limitazioni funzionali e deambulatorie (ad es. in carrozzina) che spesso sono o si sentono isolati dal resto del gruppo in quanto poco o nulla autonomi. 4) Particolare interesse e partecipazione è stata mostrata dalle Operatrici. Per la prima fase saranno utilizzati alcuni Test. (ADL, IADL, MMSE, KANE, Depressione Geriatrica ecc.) La seconda fase di ricerca, in fase di implementazione all'ambiente (ICT) e al polo domotico, prevede l'inserimento di una apparecchiatura hardware e software. Il progetto mette a disposizione la possibilità di operare sia in ambiente multidisciplinare che globale nei seguenti punti: 1) Diventare uno strumento interattivo, capace di comunicare chi, che cosa, come e per quanto tempo un paziente sta facendo un determinato piano terapeutico. 2) Essere stazione in grado di mettere in rete, tramite la telemedicina e teleassistenza, i migliori operatori sanitari raggiungibili attraverso internet. 3) Visualizzare, disporre, intervenire e registrare dati su cartelle cliniche specifiche e attivare reti di tipo e-care, effettuare prestazioni a distanza sia per il sostegno psicologico del paziente che del caregiver.

Conclusioni. CareSystem™, attraverso le sue forme e contenuti, mette a sistema informazioni specifiche risolvendo alcuni problemi noti al miglioramento delle autonomie: l'abilità motorie, il self care, la gestione della vita domestica, il consolidamento dell'autostima. Il dirigente sanitario può attivare Terapie individuali per risostenere dignità alla Persona sia presso tutte le tipologie dei luoghi di cura che presso il proprio ambiente domiciliare per monitorare, comunicare, stimolare attività, emozioni, contenuti e, con il servizio di rete Care System™ connect, essere un partner per la riduzione degli attuali costi di pubblica assistenza nel condividere informazioni sia con i pazienti, caregiver, medici specializzati, dirigenze di territorio P.A., A-USL, asset assicurativi.

BIBLIOGRAFIA

- Atti del Convegno: PTE Expo Verona, 21-23 marzo 2006 "Design e spazio Terapeutico- l'ambiente per il paziente affetto da demenza" - resp. scientifico Prof. M. Benedetta Spadolini, coordinatore Prof. Niccolò Casiddu.
- Moyra Jones, *Gentilcare - un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, MJ-1999 - Edizione italiana a cura di Luisa Bartorelli, Carocci Faber, Ed. Roma 2005.
- Gian Carlo Giuliani, Laura Palazzi, *Nei giardini che nessuno sa - un manuale per le Terapie Complementari in Geriatria*, Edizioni Cortina, Torino 2009.
- E. Pucci, E. Brizioli, G. Gainotti, L. Provinciali, O. Scarpino, M. Trabucchi, *Malattia di Alzheimer: Manuale per gli operatori*, Milano, Franco Angeli, 2004.
- Angelo Rossi Mori, Fabrizio Consorti, *Dalla cartella clinica elettronica locale al fascicolo sanitario personale*, per PROREC Italia, 2003.

Esiste l'ictus criptogenetico?

T. Vetrò, D. Ferrari, P. Golotta, G. Battaglia

U.O. di Lungodegenza S.O. Soriano Calabro (Vibo Valentia)

Premessa. Lo stroke ischemico è una patologia che aumenta con l'età, per cui è molto frequente nel soggetto anziano. Oltre all'età riconosce come fattori di rischio soprattutto l'ipertensione arteriosa; a seguire il cardioembolismo cardiaco, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia. Pareri discordanti sul fumo, l'iperomocisteinemia, il sesso, la razza.

Scopo. Dimostrare la possibilità di eventi in assenza di fattori di rischio classici.

Caso Clinico. I.M., sesso femminile, anni 70, PA 140/85, FC 76 al minuto, azione cardiaca ritmica. La paziente ci viene trasferita dall'U.O. di Neurologia con diagnosi di stroke ischemico esitato in emiplegia facio-brachio-crurale dx. Nell'anamnesi familiare 2 fratelli morti per ictus cerebrali rispettivamente a 56 e 77 anni, 1 sorella per ca mammario a 55 anni. Da anni sindrome depressiva. Venti giorni prima ricovero in Neurologia per emiplegia facio-brachio-crurale Dx e afasia motoria. L'ECG presenta una scarsa progressione della R nelle precordiali (da V1 a V4). L'ecodoppler TSA: ispessimento intinale diffuso dei vasi carotidei, parvi con flusso normodiretto. L'elettroencefalogramma: attività elettrica cerebrale asimmetrica, ipovoltata a Dx, con anomalie theta in sede fronto-temporale. Rx torace: rinforzo del disegno vascolare, aterosclerosi arco aortico e accentuazione terzo arco di Sx. Ecocardiogramma: Atrio Sx dilatato e lieve ipertrofia del ventricolo Sx con FE 0.59%, alterato rilasciamento ventricolare Sx. La TAC encefalica basale senza CE non mostra lesioni vascolari acute. La RMN dell'encefalo rileva iperintensità di segnale interessante il territorio della MCA di Sx per ischemia acuta con concomitanti segni di sofferenza ischemica. Al difuori di nua lieve e transitoria anemia normocromica-normocitica, gli esami ematochimici sono tutti nei limiti della norma, compresi gli anticorpi anti-cardiolipina IgG e IgM, il fattore V di Leyden, La proteina C e la proteina S, l'omocisteinemia. Unico esame alterato il D-dimero che mostra un valore di 3839.

Conclusioni. Il caso è emblematico: uno stroke ischemico non sostenuto dalla presenza di alcun fattore di rischio classico, con una sistemazione a livello cardiologico che non giustifica un'eventuale causa tromboembolica. Non è l'unico caso di un evento ictale in un anziano senza la presenza di fattori di rischio.

Utilizzo della console Wii della Nintendo® per il trattamento riabilitativo cognitivo-motorio di soggetti anziani affetti da deficit motorio o da demenza di grado lieve-moderato

G. Viganò, N. Squassoni, L. Pancaldi, C. Balzarolo

Istituzioni Don Carlo Botta, Residenza Santa Chiara, via Garibaldi, 5 - 24122 Bergamo

Introduzione. Recentemente alcuni videogiochi della console Wii della Nintendo® sono stati impiegati a scopo terapeutico con successo nel decorso riabilitativo di pazienti con necessità di terapia riabilitativa post-ictus, post intervento di neurochirurgia o in seguito a traumi con fratture ossee. Inoltre, l'attività fisica è importante per i soggetti giovani, ma lo è ancor più per gli anziani, spesso con polipatologie, che a loro volta determinano nuove disabilità e il possibile ritiro progressivo dalla partecipazione sociale.