



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria.



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**51° Congresso Nazionale della
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria**

La longevità del Paese: risorsa e problema

Firenze, 29 novembre - 3 dicembre 2006

Ottobre 2006

Volume LIV

Numero 5

7° Corso Multiprofessionale di Nursing

Il Nursing in Geriatria: un approccio centrato sulla persona

Firenze, 30 novembre - 2 dicembre 2006

5° Corso di Riabilitazione Cognitiva

Terapie non farmacologiche nella malattia di Alzheimer

Firenze, 30 novembre - 1 dicembre 2006

2° Corso per Psicologi

Invecchiare nel 3° millennio: vissuti e psicopatologia

Firenze, 1-2 dicembre 2006

1° Corso per Assistenti Sociali

*Il lavoro per progetti personalizzati con le persone anziane:
contributi e potenzialità del servizio sociale professionale*

Firenze, 30 novembre - 1 dicembre 2006

La flora batterica urinaria in RSA. Uno studio osservazionale nelle RSA del Consorzio San Raffaele

L. Prudente*, F. Torres**, F. Mastroianni***

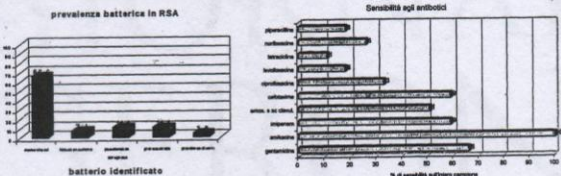
* Ginecologa; ** Geriatra; *** Geriatra, Coordinatore Sanitario Consorzio San Raffaele, Modugno (BA)

Introduzione. Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresentano una patologia molto frequente nella popolazione anziana. I batteri responsabili delle IVU sono diversi a seconda dei luoghi ove il paziente soggiorna. In Ospedale E. coli rappresenta il germe più frequente, assieme a *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus epidermidis* e gli enterococchi. Quando vi è un uso diffuso di antibiotici, si isolano frequentemente anche funghi. La frequenza di IVU (batterie asintomatiche e IVU sintomatiche) nei pazienti ospedalizzati è pari a 1-2%.

Scopo del lavoro. Identificare la flora batterica dei pazienti ospiti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e verificare la frequenza di ciascun germe responsabile delle IVU; inoltre è stata valutata la sensibilità ai diversi antibiotici.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 50 pazienti, tutti di sesso femminile e tutti portatori di catetere vescicale, con età media di 76,5 anni che riferivano sintomi legati all'infezione delle vie urinarie. Tutti hanno eseguito, a non meno di 15 giorni dall'ingresso in RSA, un esame delle urine, con urino coltura. Il prelievo delle urine è stato condotto dall'infermiere che ha seguito un rigido protocollo per la raccolta del campione per ridurre al minimo la possibilità di contaminazione esterna. Sono stati esclusi i soggetti che presentavano sintomi di IVU all'ingresso in RSA al fine di evitare l'analisi di infezioni contratte in altri ambienti.

Risultati. I dati ottenuti dalle urino colture dimostrano la prevalenza di *Escherichia Coli*. La frequenza dei germi sensibili e la sensibilità agli antibiotici sono descritte nei grafici.



Conclusioni. L'indagine condotta ha evidenziato una elevata prevalenza di *Escherichia Coli* seguito da *Pseudomonas* e *Proteus*. La sensibilità antibiotica ha mostrato una netta prevalenza per l'amikacina (100% dei germi è risultato sensibile) seguita dalla gentamicina la cui sensibilità è risultata prevalente per *Escherichia Coli*. Si potrebbe pertanto affermare, seppure a seguito di una indagine preliminare, che il germe responsabile della maggior parte delle infezioni urinarie nei pazienti di RSA, portatori di catetere vescicale, è *Escherichia Coli*. La ridotta prevalenza di antibiotici di largo consumo, presenti sul mercato da diversi anni (es. Ciprofloxacina, Amoxicillina e ac. Clavulanico) dimostra come le resistenze batteriche siano ormai largamente diffuse e che pertanto una terapia empirica in soggetti anziani, nel caso specifico ospiti di RSA e portatori di catetere vescicale, non rappresenta una procedura corretta. Lo studio che prosegue, avrà come obiettivi futuri quelli di mappare la flora batterica anche nei soggetti non portatori di catetere vescicale sintomatici.

Studio descrittivo della dinamica delle cadute, dei loro esiti e delle caratteristiche di autonomia degli ospiti soggetti a caduta in RSA

G. Ricci, S. Bodini, P. Cosso, V. D'Orta, A.B. Ianes, P. Pagliari, S. Sala
RSA Villa San Clemente, Villasanta (MI), Gruppo SEGESTA2000

Le cadute nel soggetto anziano sono un evento frequente. Negli Stati Uniti circa 1,5 milioni di persone vivono in un "nursing home" (NH) e, nel 10%, saranno circa 3 milioni e, in una NH di 100 posti letto, vengono annotte fra le 100 e 200 cadute all'anno, mentre molte altre non vengono segnalate. Ogni anno, circa il 75% dei residenti in NH cade (con una frequenza doppia rispetto ai residenti al proprio domicilio), spesso ripetutamente (in media 2,6 cadute per persona per anno). Circa il 35% delle cadute interessano i soggetti non deambulanti e circa il 20% di tutte le morti correlate alle cadute interessano il 5% di coloro che vivono in NH.

SCOPO DEL PROGETTO è stato di descrivere le caratteristiche dei soggetti che incorrono in almeno una caduta, e di verificare le caratteristiche, i fattori di rischio e le conseguenze delle cadute.
MATERIALI E METODI: sono state esaminate tutte le cadute occorse nella nostra RSA (110 posti letto) fra il 09/06/2005 (giorno dell'apertura) ed il 22/04/2006 negli ospiti ricoverati per almeno due giorni consecutivi. Per ogni caduta è stata compilata una scheda apposita che descriveva le caratteristiche dell'evento (giorno, ora, luogo, tipo di caduta, motivo della caduta, segni e sintomi durante la caduta, luogo in cui la caduta è avvenuta, presenza di ostacoli, esiti della caduta, motivi psicologici che potessero provocare la caduta, assenza e tipo di contenzione dell'ospite, autonomia nella deambulazione). Gli esiti della caduta sono stati definiti maggiori (ferite lacerato-contuse con necessità di punti di sutura, fratture di femore o di altra sede) o minori (dolore in sede di trauma, arrossamento, contusione, ecchimosi, ematoma, trauma cranico non commotivo); l'autonomia è stata valutata come totale (in grado di deambulazione autonoma), parziale (in grado di deambulazione con aiuto) o dipendenza (non in grado di deambulazione). Altri dati quali lo studio CDR, le patologie di cui i soggetti erano affetti, il numero e la tipologia dei farmaci assunti, i punteggi di Barthel Index e di Tinetti (andatura ed equilibrio), sono stati rilevati ma non sono riportati in questo studio.

RISULTATI: nel periodo considerato sono state registrate 119 cadute in 61 ospiti (1,95 cadute/ospite) con un numero di cadute compreso fra 1 ed 8. Le cadute hanno coinvolto 44 femmine (età = 84,06 ± 0,75) e 17 maschi (età = 82,70 ± 12,02); di questi 29 soggetti erano totalmente autonomi, 30 parzialmente autonomi e 12 totalmente dipendenti. 32 ospiti sono incorsi in una caduta, 15 in due e 14 in più di tre cadute. Fra i soggetti totalmente autonomi 15 sono caduti una, 8 due ed 8 tre volte, mentre i soggetti parzialmente autonomi, 31 soggetti non erano contenuti: dei 30 ospiti contenuti 2 lo erano con la sola fascia per carozzina, 15 con le sole spondine al letto e 15 con presidi multipli. Dei 31 soggetti non contenuti, 17 sono caduti una volta, 6 due volte, 8 > tre volte, mentre dei 30 contenuti 15 sono caduti una, 9 due e 6 > 3 volte. Delle 119 cadute, 53 non hanno avuto alcuna esito, 18 ospiti sono incorsi in traumi maggiori (6 fratture, di cui 5 di femore, 12 ferite lacerato contuse da contenitori) 49 in traumi con esiti minori (18 colpi di dolore, 4 arrossamenti, 17 contusioni, 15 ematomi, 7 ecchimosi, 2 traumi cranici non commotivi). Il momento più "favorevole" alle cadute è compreso fra le 14,00 e le 22,00 (68 eventi), seguito dal mattino fra le 7,00 e le 14,00 (31 eventi) e dalla notte fra le 22,00 e le 7,00 (20 eventi). Le cadute sono avvenute in 58 casi in camera da letto (in 12 casi la caduta è avvenuta scendendo dal letto) mentre negli spazi comuni si sono avuti 53 cadute e solo 8 nel bagno. Le cause di caduta sono state: accidentale (65 pz), farmacologiche (2 pz), legate alla patologia dell'ospite (6 pz), dovute ad interazione fra ambiente e ospite (10 pz), idiopatiche (17 pz) e di altra origine (20 pz). Ostacoli in grado di provocare una caduta sono stati l'inadeguatezza delle calzature (3 pz), il pavimento scivoloso (3 pz), l'assenza della contenzione preordinata (1 pz) le spondine non correttamente posizionate o il tentativo di scavalcare (5 pz) incidente fra ospite (1 pz) ed altre cause (2 pz). In 104 casi non sono stati rilevati ostacoli di sorta.

CONCLUSIONI: le cadute, oltre ad essere un evento frequente e potenzialmente molto grave, mostrano una serie di fattori di rischio variabili e spesso non prevedibili. Sembrano essere più frequenti in relazione ad un buon grado di autonomia e non appaiono differenze in relazione alla contenzione. La maggior frequenza di cadute in alcune aree comuni pone il problema della verifica dell'assetto organizzativo in occasione di attività di reparto che potrebbero far calare il livello di attenzione del personale nella supervisione degli ospiti, soprattutto se autonomi o parzialmente autonomi.

Qualità della cura in pazienti anziani ospedalizzati per BPCO riacutizzata

P. Ranieri, A. Bianchetti, A. Margiotta, A. Virgillo, A. Olivetti, M. Guerreschi, M. Trabucchi.

U.O. Medicina, Istituto Clinico S. Anna e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Gli episodi di riacutizzazione di BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sono una causa molto frequente di ospedalizzazione, soprattutto nelle classi di età più avanzata. L'American College of Physicians (ACP) e l'American College of Chest Physicians (ACCP) hanno co-prodotto linee guida "evidence-based" (1), che raccomandano nei pazienti ospedalizzati per BPCO riacutizzata una valutazione diagnostica comprendente la radiografia del torace e l'emogasanalisi arteriosa, seguite dal trattamento con supplementi di ossigeno, broncodilatatori anticolinergici, B2-agonisti short-acting, corticosteroidi sistemici, antibiotici, e in alcune circostanze ventilazione meccanica non-invasiva. Queste linee guida definiscono la spirometria, gli agenti mucolitici, l'esame culturale dell'escreato, l'utilizzo delle metaxantine e la fisioterapia respiratoria di incerto o pressoché nullo beneficio, con gli ultimi due trattamenti addirittura potenzialmente dannosi. Nonostante queste evidenze, poche informazioni esistono riguardo alla qualità delle cure prestate ai pazienti ospedalizzati per BPCO riacutizzata. Un recente studio retrospettivo effettuato su circa 70.000 pazienti ospedalizzati per BPCO riacutizzata (2) ha dimostrato che solo il 66% dei pazienti riceve l'intero set di procedure raccomandate, così come un'alta percentuale di pazienti riceve test o trattamenti che non sono utili. I pazienti più anziani (>75 anni) sono quelli in cui meno frequentemente sono applicate le procedure raccomandate dalle linee guida.

Scopo del nostro studio è di descrivere cosa succede nel "mondo reale" di pazienti anziani ospedalizzati per BPCO riacutizzata, laddove lo staff medico si proponga di attenersi scrupolosamente alle suddette linee guida pratiche. La popolazione di studio consiste in 265 pazienti anziani (>65 anni) (età media 81,8±7,2 anni) consecutivamente ricoverati c/o l'U.O. di Medicina per un episodio di riacutizzazione di BPCO (definita secondo i criteri di Anthonisen). Nel 58,1% dei pazienti l'evento di riacutizzazione si associa ad insufficienza respiratoria acuta ipossiemica (pO2 < 70 mmHg). Dei 256 pazienti il 100% è stato sottoposto a radiografia del torace, il 95% ha ricevuto ossigeno-terapia, il 97% ha ricevuto broncodilatatori, il 49,5% ha ricevuto corticosteroidi per via sistemica ed il 79% ha ricevuto terapia antibiotica. Numerosi pazienti hanno ricevuto procedure non raccomandate: il 12,5% dei pazienti è stato trattato con metaxantine (prevalentemente teofilina per via endovenosa); nel 28,4% dei casi è stato effettuato un esame culturale dell'escreato. Nessuno dei pazienti è stato sottoposto ad esecuzione di spirometria, di fisioterapia respiratoria ed alla somministrazione di agenti mucolitici.

I nostri dati confermano, così come nel recente studio di coorte retrospettivo (2), che esiste un sotto-utilizzo di corticosteroidi e di antibiotici nel paziente anziano ospedalizzato per BPCO riacutizzata e che persiste l'attitudine ad utilizzare procedure non raccomandate dalle linee guida. Con l'obiettivo di spiegare questo fenomeno abbiamo confrontato le caratteristiche dei pazienti in cui si è utilizzato il corticosteroide per via parenterale rispetto a quelli in cui non si è utilizzato; i pazienti trattati con corticosteroide mostrano una maggiore gravità clinica della riacutizzazione e della patologia respiratoria di base. Nella pratica clinica quindi, il geriatra ama un regime di trattamento che potrebbe definirsi a "gradini", individualizzando il trattamento e riservando l'utilizzo di farmaci più dannosi (come ad esempio i corticosteroidi), solamente ai pazienti più gravi e più complessi.

Bibliografia

1. Bach PB, Brown C, Gelfand SE, McCrory DC. Management of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a summary and appraisal of published evidence. *Ann Intern Med.* 2001; 134:600-20.
2. Lindamer PK, Pekow P, Gao S, Crawford AS, Gutierrez B, Benjamin EM. Quality of care for patients hospitalized for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med.* 2006; 144:894-903.

Effetti dell'energia vibratoria nel paziente anziano affetto da gonartrosi

D. Ricciardi, G. De Angelis, O. Aloisi, D. Fusco, R. Bernabei, G. Zuccalà
Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Scopo della ricerca: L'osteartrosi del ginocchio è una delle principali cause di disabilità nelle popolazioni anziane. In quest'ambito, molteplici studi hanno confermato i risultati insoddisfacenti conseguiti dal trattamento fisiofisioterapico "usuale" in termini di recupero della forza muscolare e della capacità funzionale. In diversi ambiti riabilitativi, il rinforzo muscolare con l'aggiunta dell'energia vibratoria ha prodotto significativi miglioramenti della performance motoria; d'altro canto, la forza muscolare è un determinante indipendente della capacità funzionale nei soggetti affetti da gonartrosi. Abbiamo pertanto valutato gli effetti dell'energia vibratoria su dolore, forza e capacità funzionale in una serie di pazienti anziani affetti da gonartrosi.

Materiali e metodi: Sono state valutate le variazioni di dolore, deambulazione, capacità di salire le scale, attività del vivere quotidiano, stazione eretta e della forza del quadrupite in 10 anziani (8 donne; età media 63±1) consecutivamente trattati per gonartrosi. Cinque di questi soggetti sono stati randomizzati per il trattamento con esercizi di rinforzo ed energia vibratoria applicata sulla cute sovrastante il quadrupite distale, mediante l'utilizzo di un dispositivo (CRO&SYSTEM, NEMOCO) che sviluppa una forza di 4-6 N modulata nel tempo in modo sinusale (100 Hz) con un'escursione minima (5-15 µ). Gli altri 5 partecipanti sono stati trattati solo con gli esercizi di rinforzo.

Risultati: Le analisi condotte sulle variazioni dei parametri considerati come outcome, effettuate mediante test parametrici e non parametrici per dati appaiati, hanno dimostrato che, dopo 35 giorni, la forza e la capacità funzionale sono migliorate significativamente tra i soggetti trattati con energia vibratoria (p = 0,004 and 0,009, rispettivamente), ma non tra i soggetti di controllo. La forza è aumentata di 1,80 ± 0,44 unità tra i pazienti trattati con energia vibratoria, e di 0,67 ± 0,66 negli altri partecipanti (p = 0,02). L'abilità nelle attività del vivere quotidiano è aumentata di 1,8 ± 0,8 unità nel gruppo trattato con energia vibratoria, e di 1 ± 0,01 nei soggetti del gruppo di controllo (Kruskal-Wallis p = 0,05). Non sono state rilevate differenze per quanto concerne gli altri parametri valutati.

Conclusioni: Il trattamento con energia vibratoria ed esercizi di rinforzo produce significativi incrementi della forza muscolare e della capacità funzionale, che non sono ottenibili con il solo esercizio. Il trattamento con energia vibratoria potrebbe consentire sostanziali riduzioni del carico di disabilità associato alla gonartrosi nelle popolazioni anziane.