



SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

SEZIONE DI LAVORO "RIABILITAZIONE DELLE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI"

NOTIZIARIO n° 2/2010



Jean-Martin Charcot

COORDINATORE
Sandro Gentili

SEGRETARIO
Loredana Maggi

CONSIGLIERI
M. Gabriella Ceravolo
Pietro Marano
Vincenzo Plantone

Comunicazioni all'Assemblea

Roma, 20 dicembre 2010

A tutti i membri della Sezione

Carissimi amici,

la seconda parte dell'anno ha visto coinvolti molti di noi nel lavoro di organizzazione e sviluppo della nostra cara sezione. Di seguito sono sintetizzati gli avvenimenti più significativi del secondo semestre del 2010.

1) Il Presidente Fletzer mi ha incaricato di partecipare, come rappresentante SIMFER, alla prima riunione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la produzione della Linea guida "Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi atipici" svoltasi il 13 luglio, presso l'I.S.S. a Roma. Questo gruppo di studio, formatosi da una collaborazione tra LIMPE e I.S.S, ha iniziato i lavori premettendo che, a causa dei fondi esigui disponibili, si sarebbero programmati vari incontri, dando però un ordine di priorità agli argomenti. Si è partiti discutendo sull'inquadramento clinico e farmacologico della Malattia di Parkinson. Come potrete leggere nel verbale della riunione (allegato al notiziario) la riabilitazione farà parte integrante delle linee guida e, a tal proposito, sarà formato un gruppo di studio che dovrà relazionare su quanto pubblicato in letteratura internazionale. Pertanto su questo argomento si discuterà in futuro.

2) Il 16 ottobre si è svolta a Roma la riunione dei coordinatori delle sezioni scientifiche, unitamente al Segretario Generale e a Francesco Zaro. Si è ribadito il concetto che le sezioni di lavoro della SIMFER

devono impegnarsi in modo costante e prevalente nella stesura di documenti programmatici, normativi e di consensus, protocolli di lavoro, linee guida e piani di trattamento. Rimane fermo il fatto che, tutto quanto previsto dal regolamento delle sezioni, deve essere pienamente realizzato, compreso l'aggiornamento della pagina riservata nel sito SIMFER, pena la sospensione del gruppo di lavoro. Ho presentato all'U.d.P. la scheda informativa sull'attività della nostra sezione che ha soddisfatto quanto richiesto dal regolamento vigente.

3) Il gruppo di lavoro su "Trattamento Rieducativo Ambulatoriale della Malattia di Parkinson: analisi funzionale ed esercizio terapeutico integrato con stimolazioni sensoriali", composto da S. Gentili, L. Maggi, M.G. Ceravolo, P. Marano, P. Fiore, G. Palieri, D. Intiso, S. Capici, A. Rocco, C. Nigito, V. Savoia e A. Berardi, ha praticamente ultimato la stesura di un primo lavoro che sarà pubblicato presumibilmente intorno alla metà del prossimo anno e che spero vivamente di presentare all'Assemblea Annuale di Reggio Calabria.

4) Insieme a Domenico Uliano stiamo lavorando per l'organizzazione del Convegno – "La Malattia di Parkinson: attualità cliniche e riabilitative". Questo incontro scientifico si svolgerà a Castel del Giudice (IS) il 5 febbraio prossimo e farà parte integrante del programma delle attività della nostra sezione. Molti sono gli argomenti che saranno trattati e tra questi spiccano le attualità in ambito genetico (relazione tenuta dal genetista Prof. Giuseppe Novelli, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di "Tor Vergata"), le novità in ambito neurochirurgico e naturalmente quelle riguardanti il trattamento farmacologico della MdP. Per quanto riguarda le relazioni in ambito fisiatrico abbiamo ritenuto utile porre l'accento sui trattamenti rieducativi ambulatoriali e sulla presa in carico territoriale dei parkinsoniani. E' un argomento questo di particolare attualità vista la necessità di trovare soluzioni riabilitative sempre più significative e che sposino le richieste dei malati con il controllo della disabilità sul territorio ed il contenimento della spesa pubblica. Ho inviato all'U.d.P. SIMFER la richiesta di patrocinio. Vi invierò la locandina del convegno. Come vedrete l'ingresso è gratuito e coloro che sono intenzionati a partecipare potranno inviare comunicazione al mio indirizzo mail: gentilisandro@libero.it , al fine di riservare i posti necessari. Al termine del convegno verrà rilasciato attestato di partecipazione.

5) Nell'ultima Assemblea si è discusso sul gruppo di studio sulla "Presenza in carico e linee di trattamento rieducativo della Malattia di Parkinson". Essendo questo un progetto complesso, che necessita di incontri programmatici e di verifica, in considerazione delle difficoltà nel concordare appuntamenti tra componenti del gruppo, ho pensato di modificare ancora una volta (spero l'ultima) lo stile di questa iniziativa. Il progetto si chiamerà "Parkinson up to date" e sarà organizzato in argomenti monotematici. I capitoli saranno scritti, seguiti e annualmente aggiornati dai referenti d'argomento di cui segue elenco:

- Neurofisiologia del sistema extrapiramidale - A. Nardone
- Scale di valutazione e semeiotica strumentale - A. Rocco
- Esercizio terapeutico - S. Gentili, S. Capici
- Applicazione delle cues sensoriali al protocollo rieducativo - D. Intiso
- Disfagia - M.G. Ceravolo, M. Capecchi
- Disturbi respiratori - L. Maggi
- Disturbi cardiovascolari - A. Berardi
- Disturbi cognitivi - P. Marano
- Disturbi urinari - V. Savoia
- Disturbi alimentari e metabolici - L. D'Angeli
- Riabilitazione e Trattamento neurochirurgico - C. Nigito
- Riabilitazione e Trattamento del dolore - G. Palieri
- Terapia Occupazionale - E. Fiorillo
- Ortesi e Ausili - P. Fiore, V. Plantone
- Assistive Technology e robotica - G. Gigante
- Riabilitazione e territorio - A. Pacioni
- Riabilitazione e trattamento farmacologico - V. Tolli

La bontà del progetto consiste nel suo costante aggiornamento (ogni fine anno), che verrà organizzato dal coordinatore della sezione su indicazione dei referenti d'argomento. Ma soprattutto sarà pubblicato "on-line"

all'interno della nostra pagina di lavoro e sarà così utile fonte alla pronta consultazione per tutti coloro abbiano necessità di conoscere le sostanziali e ultime notizie riguardanti la presa in carico e il trattamento rieducativo della Malattia di Parkinson. In tal modo non ci sarà necessità di convocare riunioni plenarie (che troppe volte sono state disattese) ma potremo prendere contatto via mail e aggiornare annualmente le sole pagine che abbiano bisogno di revisione. All'inizio sarà necessario scrivere un capitolo sull'argomento assegnato, comprensivo di vasta bibliografia di riferimento (prendendo ad esempio gli atti di Foggia). Se durante l'anno non saranno pubblicati articoli originali, che modifichino sostanzialmente il valore del capitolo scritto, basterà aggiornare la bibliografia e poche righe di contenuto del paragrafo.

Tutti i componenti dell'Assemblea che desiderano partecipare a questo progetto telematico, potranno prendere contatto con il referente dell'argomento e seguire con lui l'evoluzione del tema prescelto. Nella pagina introduttiva al progetto on line "Parkinson up to date" saranno elencati in ordine alfabetico tutti i nomi di coloro che parteciperanno a questo progetto di sezione. Essendo un documento in costante aggiornamento non ha valenza di pubblicazione. Se per migliorare l'aspetto iconografico dovranno essere utilizzate immagini, disegni, tabelle o altro già pubblicati in altri libri e/o riviste, sarà necessario aggiungere la voce in bibliografia e indicarne il riferimento nel capitolo stesso.

Per avviare il lavoro e ritenerlo concluso e "on-line" entro il prossimo Congresso Nazionale, tutti i referenti di argomento sono pregati di farmi pervenire, entro il 15 marzo 2011 il capitolo loro assegnato, corredato di bibliografia aggiornata al 2010. Successivamente i capitoli saranno assemblati in un unico documento di cui verrà corretta la prima bozza. Entro maggio l'intero documento sarà rispedito a tutti i referenti per un controllo globale. Se ci saranno correzioni dovranno essere rispedite entro il 15 settembre 11. Sarà corretta la seconda bozza e il documento verrà inviato a Mauro Zampolini per la pubblicazione nella pagina riservata alla nostra sezione sul sito della SIMFER.

6) Per quanto riguarda il prossimo Convegno di Sezione è giunta la candidatura di Giuseppe Palieri che ha proposto di ripetere un incontro a Roma, presso l'Ospedale S. Giovanni Battista. Il programma prevede di discutere e di intensificare le linee di trattamento riabilitativo territoriale della MdP in particolare ambulatoriale, semiresidenziale e domiciliare. Si attendono altre proposte ma non oltre la fine di gennaio.

7) Presto riceveremo notizie sulla presentazione degli abstracts relativi al prossimo Congresso Nazionale di Reggio Calabria. Cerchiamo di intensificare le nostre proposte di contributi scientifici al fine di conseguire, anche questa volta, una sessione autonoma di lavoro. Per rimanere in linea con quanto discusso e prodotto in questi anni e per dare un valore all'attività di sezione, è bene descrivere dettagliatamente a) la stadiazione e l'omogeneità dei gruppi; b) le scale di valutazione impiegate; c) le analisi strumentali eseguite; e soprattutto d) le caratteristiche dell'esercizio terapeutico impiegato, comprensivo di intensità, durata, ciclicità e risultati al follow up. Sottolineo questi punti perché in passato alcuni contributi non hanno avuto questa caratteristica e, sono convinto, così facendo daremo un'impronta al lavoro di sezione e riusciremo a dimostrare definitivamente l'utilità dell'esercizio terapeutico nella MdP. Inoltre sarebbero molto graditi anche contributi scientifici riguardanti altre malattie extrapiramidali. A mio avviso è giunto il momento di riservare alcuni studi relativi ad esempio sull'atrofia multisistemica, la paralisi sovranucleare progressiva o, visto l'aumento dell'età media, anche sui parkinsonismi vascolari. Non mancano gli argomenti, semmai è difficile ottenere gruppi omogenei e di numero consistente. A tal proposito ricordo che le ricerche multicentriche possono essere, soprattutto per noi, una soluzione eccellente per risolvere questi problemi.

8) Nel 2010 abbiamo raggiunto il numero di aderenti alla sezione, utile per ottenere i rimborsi per le spese di segreteria. Segno questo del buon lavoro svolto e dell'interesse che abbiamo suscitato. Mi congratulo con l'Assemblea tutta per la qualità e l'impegno fin qui profuso, ma non dobbiamo dormire sugli allori. Dobbiamo invece fare ancora molto, aumentare la collaborazione tra centri, con Enti pubblici e privati e intensificare la produzione di piani di trattamento sul territorio. Batto molto su questo argomento perché rappresenta il futuro, vista l'ingente spesa pubblica da contenere e la chiusura di ospedali che sta avvenendo in diverse regioni italiane. Pertanto raccomando a tutti di rinnovare l'iscrizione alla sezione e di incentivarne l'adesione ad altri.

Con questi ringraziamenti e buoni propositi auguro a tutti voi e ai vostri cari Buon Natale e Felice 2011.

Sandro Gentili



Riunione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la produzione della
Linea guida “Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi atipici”

AULA MAROTTA
13 luglio 2010

Presenti:

RESPONSABILE:

ALFONSO MELE (ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ)

COORDINATORI:

SALVATORE DE MASI (ASL 6 LIVORNO)

ELEONORA LACORTE (ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ)

LUCIANO SAGLIOCCA (AGENZIA REGIONALE SANITARIA REGIONE CAMPANIA)

NICOLA VANACORE (ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ)

MARINA DIETERICH (ASL 6 LIVORNO)

NICOLETTA LOCURATOLO (SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA)

PANEL:

- ◆ GIOVANNI ABBRUZZESE – GRUPPO PROMOTORE
- ◆ TIZIANA ROSSETTO – FEDERAZIONE ITALIANA LOGOPEDISTI (FLI) (DELEGATO)
- ◆ ANGELO BIANCHETTI – SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA (SIGG)
- ◆ UBALDO BONUCCELLI – GRUPPO PROMOTORE
- ◆ TOMMASO CARACENI – PARKINSON ITALIA
- ◆ FILIPPO CAVALLARO – ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI (AIFI)
- ◆ MASSIMO CINCOTTA – SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROFISIOLOGIA CLINICA (SINC)
- ◆ UMBERTO CORSINI – GRUPPO PROMOTORE
- ◆ PIETRO CORTELLI – ASSOCIAZIONE STUDIO DEL SISTEMA NEUROVEGETATIVO (AISN)
- ◆ GIOVANNI FABBRINI – GRUPPO PROMOTORE
- ◆ SANDRO GENTILI – SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (SIMFER)
- ◆ LEONARDO LOPIANO – (GRUPPO PROMOTORE)
- ◆ PAOLO MARTINELLI – ASSOCIAZIONE ITALIANA DISORDINI DEL MOVIMENTO (DISMOV)
- ◆ FRANCESCO MAZZOLENI – SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ◆ GIANNI PEZZOLI – ASSOCIAZIONE ITALIANA PARKINSONIANI (AIP)
- ◆ M. TERESA DE CRISTOFARO – ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA NUCLEARE (AIMN)
- ◆ MASSIMO SCERRATI – SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROCHIRURGIA (SIN)
- ◆ NICOLA SMANIA – SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE NEUROLOGICA (SIRN)

SERVIZIO DOCUMENTAZIONE:

- ◆ MAURELLA DELLA SETA (ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ)
- ◆ LUISA LEONE (ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ)

Ordine del Giorno:

- Introduzione
- Presentazione del SNLG e della metodologia da adottare per la stesura e adattamento delle linee guida (LG)
- Presentazione della linea guida SIGN 113 di cui è stato proposto l'adattamento e aggiornamento
- Discussione

Il 13 luglio u.s. si è riunito il panel multidisciplinare per i lavori della Linea Guida (LG) "Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi atipici".

Alfonso Mele introduce la riunione presentando l'attività del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Nicola Vanacore illustra la proposta di adattare e aggiornare la sezione sui trattamenti della linea guida "SIGN98 Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders".

Viene illustrata la metodologia adottata dal SNLG per l'adattamento di linee guida e illustrato l'utilizzo della piattaforma GOAL che sarà attivata a breve per permettere la condivisione, da parte di tutto il panel e dei valutatori, di tutta la documentazione relativa alla LG, e l'interazione tra panel, valutatori e coordinamento.

Luciano Sagliocca illustra le fasi di sviluppo della linea guida e ricorda che per i valutatori letteratura saranno previsti uno o due giorni di formazione alla valutazione della letteratura.

Il Panel è concorde all'unanimità nell'accettare la proposta avanzata dal Gruppo Promotore (ISS e Limpe) di procedere innanzitutto all'aggiornamento della linea guida SIGN 113 "Diagnosis and pharmacological management of Parkinson's disease". Si prevede successivamente un'estensione del lavoro per trattare i temi della riabilitazione e dei parkinsonismi.

La linea guida sarà aggiornata mediante estensione delle ricerche bibliografiche al periodo di tempo successivo al 2008.

Il panel, dopo aver visionato ciascun quesito decide per l'adattamento di tutti i quesiti inclusi nella LG SIGN 113 con i seguenti commenti e integrazioni:

DIAGNOSIS

QUESITO 1

In patients with suspected Parkinson's disease, what is the sensitivity and specificity of:

- Clinical expert diagnosis in early and late stages of PD vs post mortem reference standard?
- UK brain bank criteria in early and late stages of PD vs post mortem reference standard?
- Gelb criteria in early and late stages of PD vs post mortem reference standard?
- Clinical expert diagnosis vs research criteria (UK Brain Bank or Gelb) in early and late stages of PD?

In pazienti con sospetta malattia di Parkinson, qual è la sensibilità e specificità di:

- *Diagnosi clinica dello specialista nelle fasi iniziali e tardive di PD vs standard di riferimento post mortem?*
- *Criteri UK Brain bank nelle fasi iniziali e tardive di PD vs standard di riferimento post mortem?*
- *Criteri Gelb nelle fasi iniziali e tardive di PD vs standard di riferimento post mortem?*
- *Diagnosi clinica dello specialista vs criteri di ricerca (UK brain bank o Gelb) nelle fasi iniziali e tardive di PD?*

Nel quesito si fa riferimento al "sospetto diagnostico". Si concorda di non affrontare la questione di come si arrivi a formulare tale sospetto diagnostico, bensì di produrre un documento di riepilogo basato sui documenti secondari già a disposizione, in cui è ben delineata la modalità con cui il paziente giunge all'osservazione dello specialista, aderendo alle evidenze disponibili.

QUESITO 2

What is the diagnostic accuracy of diagnosis carried out by:

- A generalist in a secondary care setting vs a specialist?
- A general practitioner in a primary care setting vs a specialist?

Qual è l'accuratezza diagnostica della diagnosi effettuata:

- *da un medico generico in un ambito di assistenza secondaria vs da uno specialista?*

- *da un medico di base in un ambito di assistenza primaria vs da uno specialista?*

Si anticipa il fatto che in sede di commento critico delle evidenze prodotte, il quesito andrà verosimilmente adattato al contesto italiano, diverso in termini di organizzazione dei servizi rispetto a quello cui fa riferimento la LG SIGN.

QUESITO 3

In patients with suspected parkinsonism, what is the diagnostic accuracy (sensitivity, specificity, likelihood ratios) of functional imaging (PET, SPECT, (using CIT or TRODAT-1), fMRI) for the differential diagnosis of idiopathic PD from other conditions (drug-induced PD, degenerative PD, vascular PD, essential tremor, dementia with Lewy bodies (DLB), progressive supranuclear palsy (PSP), multiple system atrophy (MSA), dystonia or Wilson's disease)?

In pazienti con sospetto parkinsonismo, qual è l'accuratezza diagnostica (sensibilità, specificità, rapporti di verosimiglianza (LR)) dell'imaging funzionale (PET, SPECT, (con l'utilizzo di CIT o TRODAT-1), fMRI) per la diagnosi differenziale tra Parkinson idiopatico e altre patologie (Parkinsonismo indotto da farmaci, Parkinsonismo degenerativo, Parkinsonismo vascolare, tremore essenziale, demenza a corpi di Lewy (DLB), paralisi sopranucleare progressiva (PSP), atrofia multisistemica (MSA), distonia o malattia di Wilson)?

Il panel solleva il problema della diagnosi differenziale, posta nel quesito, tra "idiopathic PD" e "degenerative PD", contestando la mancanza di appropriatezza di tale classificazione che lascia ambiguità di interpretazioni su quale sia l'entità nosologica cui si fa riferimento con la definizione "degenerative PD". All'ipotesi che la definizione "degenerative PD" sia stata motivata da necessità di ricerca bibliografica e non da un criterio clinico, il panel concorda che in fase di riproduzione della strategia di ricerca verranno verificate le parole chiave utilizzate e il ruolo della definizione "degenerative PD".

QUESITO 4

In patients with suspected parkinsonism, what is the diagnostic accuracy (sensitivity, specificity, likelihood ratios) of structural imaging of the brain (CT, MRI, transcranial ultrasound) for the differential diagnosis of idiopathic PD from other conditions (drug induced PD, degenerative PD, vascular PD, essential tremor, dementia with Lewy bodies (DLB), progressive supranuclear palsy (PSP), multiple system atrophy (MSA), dystonia or Wilson's disease)? (Consider: primary and secondary care)

In pazienti con sospetto parkinsonismo, qual è l'accuratezza diagnostica (sensibilità, specificità, rapporti di verosimiglianza (LR)) dell'imaging strutturale cerebrale (CT, MRI, ecografia intracranica) per la diagnosi differenziale tra PD idiopatico e altre patologie (Parkinson indotto da farmaci, Parkinsonismo degenerativo, Parkinson vascolare, tremore essenziale, demenza a corpi di Lewy (DLB), paralisi sopranucleare progressiva (PSP), atrofia multisistemica (MSA), distonia o malattia di Wilson)? (Considerare: assistenza primaria e secondaria)

QUESITO 5

In patients with suspected parkinsonism, what is the diagnostic accuracy (sensitivity, specificity, likelihood ratios) of:

- acute dopaminergic challenge testing (1 dose only?)
- a trial of chronic dopaminergic testing (minimum period of trial?)

for the differential diagnosis of idiopathic PD from other conditions (drug induced PD, degenerative PD, vascular PD, essential tremor, dementia with Lewy bodies (DLB), progressive supranuclear palsy (PSP), multiple system atrophy (MSA), isolated gait disorder)?

In pazienti con sospetto parkinsonismo, qual è l'accuratezza diagnostica (sensibilità, specificità, rapporti di verosimiglianza (LR)) di:

- *test farmacologici con dopaminergici (levodopa e apomorfina) a dosi massimali (una sola dose?)*
- *test farmacologici con dopaminergici (levodopa e apomorfina) cronici (periodo minimo di test?)*

per la diagnosi differenziale tra Parkinson idiopatico e altre patologie (Parkinson indotto da farmaci, Parkinsonismo degenerativo, Parkinson vascolare, tremore essenziale, demenza a corpi di Lewy (DLB), paralisi sopranucleare progressiva (PSP), atrofia multisistemica (MSA), disordine isolato dell'andatura)?

Viene sollevata la questione relativa alle modalità di esecuzione del test alla dopamina, in particolare in riferimento al dosaggio di farmaco utilizzato. Si concorda che tale aspetto sarà oggetto di discussione critica da parte del panel nella fase di sintesi delle evidenze e di elaborazione delle raccomandazioni.

QUESITO 6

In patients with suspected parkinsonism, what is the diagnostic accuracy (sensitivity, specificity, likelihood ratios) of olfactory testing for the differential diagnosis of idiopathic PD from other conditions (essential tremor, vascular Parkinsonism, MSA)?

In pazienti con sospetto parkinsonismo, qual'è l'accuratezza diagnostica (sensibilità, specificità, rapporti di verosimiglianza (LR)) del test olfattivo per la diagnosi differenziale tra Parkinson idiopatico e altre patologie (tremore essenziale, parkinsonismo vascolare, atrofia multisistemica)?

6.a NUOVO QUESITO

Il panel esprime la necessità di inserire un nuovo quesito che analizzi il ruolo della diagnosi precoce premotoria. Il Prof. Corsini avanza anche la questione della scintigrafia cardiaca. Il panel decide che, una volta raccolte le evidenze sull'argomento, si pronuncerà sull'indicazione a procedere o meno all'esecuzione dei test di diagnosi precoce, mantenendo quindi una prospettiva non solo di ricerca, ma anche di sanità pubblica. Si concorda che il Dr. Vanacore stenderà una bozza della formulazione del nuovo quesito, che verrà poi condivisa via email con i membri del panel, per giungere a una formulazione conclusiva.

QUESITO 7a

What is the prevalence of monogenic forms of Parkinson's disease?

Qual è la prevalenza delle forme monogeniche di malattia di Parkinson?

QUESITO 7b

What is the value of genetic testing to patients and relatives (positive consequences, eg certainty of diagnosis, reassurance if negative and negative consequences, eg guilt over risk to future generations, continued uncertainty if test negative, children living with risk if test positive)?

Qual è il valore dei test genetici in pazienti e familiari (conseguenze positive, es. certezza della diagnosi, assicurazione in caso di negatività e conseguenze negative, es. senso di colpa rispetto alle generazioni future, persistenza di incertezza in caso di negatività, bambini che vivono nel rischio in caso di positività)?

QUESITO 8

In patients with Parkinson's disease, what are the diagnostic criteria for depression (positive/negative predictive values of rating scales compared to ICD criteria)?

In pazienti con malattia di Parkinson, quali sono i criteri diagnostici per la depressione (valori predittivi positivi/negativi delle scale di valutazione a confronto con i criteri ICD)?

PHARMACOLOGICAL MANAGENT

QUESITO 9

What is the relative efficacy of various antiparkinsonian treatments (levodopa, dopamine agonists, anticholinergics, COMT inhibitors, MAO-B inhibitors and amantadine) for patients with Parkinson's disease in the following subgroups as measured by improvement in validated rating scales:

- younger (<75 at diagnosis)
- older (>75 at diagnosis)

What are the adverse effects associated with each?

Il Dr. Fabbrini fa notare che solitamente il cut-off utilizzato è 70 anni e non 75 anni. Valutato che non è possibile modificare tale cut-off in fase di aggiornamento della LG SIGN per motivi di correttezza metodologica, si concorda che tale questione verrà ripresa in fase di discussione critica delle evidenze.

QUESITO 10

In patients with suspected PD what are the benefits and risks as measured by changes in validated ratings scales associated with instigating treatment with antiparkinsonian drugs (levodopa, dopamine agonists, anticholinergics, COMT inhibitors, MAO-B inhibitors and amantadine), at different time points:

- instigating treatment immediately (under 1 year from diagnosis)?
- waiting for 1 year or longer?
- delaying treatment until "functional impairment"?

In pazienti con sospetta malattia di Parkinson, quali sono i benefici e i rischi, misurati sulla base di variazioni nei punteggi su scale di valutazione validate, associati alla prescrizione di trattamenti con farmaci antiparkinsoniani (levodopa, agonisti della dopamina, anticolinergici, inibitori COMT, inibitori MAO-B e amantadina) a diversi stadi della malattia:

- prescrizione immediata del trattamento (meno di 1 anno dalla diagnosi)?
- attesa di 1 anno o più?
- posticipazione del trattamento fino all'insorgenza di un deficit funzionale"?

QUESITO 11

In patients with Parkinson's disease, what is the evidence for the benefit of oral nutritional supplements (eg vitamins, coenzyme Q10) – in terms of an improvement in validated rating scales or reduction in symptom severity or reduction in dyskinesia?

Quali sono le evidenze a sostegno dell'integrazione alimentare in pazienti con malattia di Parkinson (es. vitamine, coenzima Q10) in termini di miglioramento del punteggio su scale di valutazione validate, o riduzione della gravità dei sintomi, o riduzione della discinesia?

QUESITO 12

In patients with Parkinson's disease what is the evidence of adverse effects associated with ergot (eg bromocriptine, pergolide, lisuride, and cabergoline) vs non-ergot (eg ropinirole and pramipexole) dopamine agonists and levodopa;

- fibrotic effects
- impulse control disorders
- sleep disorder?

Quali sono le evidenze riguardo gli effetti collaterali associati all'utilizzo di agonisti della dopamina e levodopa ergot (es bromocriptina, pergolide, lisuride e cabergolina) vs non-ergot (ropiniolo e pramipexolo), in pazienti con malattia di Parkinson;

- *effetti fibrotici*
- *disturbi del controllo degli impulsi*
- *disturbi del sonno?*

QUESITO 13

In patients with Parkinson's disease on non-levodopa monotherapy early in the disease what symptoms prompt addition of second/rescue medication (levodopa)?

In pazienti con malattia di Parkinson sottoposti a monoterapia non-levodopa nelle fasi iniziali della malattia, quali sintomi suggeriscono l'aggiunta di un'ulteriore farmaco (levodopa)?

QUESITO 14

In patients with Parkinson's disease who have developed motor complications, what therapeutic strategies are effective in reducing these and dyskinesia, as measured by change in motor scores, and improving QoL?

In pazienti con malattia di Parkinson e complicazioni motorie, quali strategie terapeutiche sono efficaci per ridurre tali complicazioni e la discinesia, in termini di variazioni di punteggio su scale di valutazione motoria, e per migliorare la qualità della vita?

In fase di discussione ci si è posti la questione sulla opportunità di aggiungere la valutazione di eventuali approcci terapeutici riguardo altri sintomi (oltre ai motori) presenti in fase avanzata di malattia.

QUESITO 15

What is the effectiveness of treatments for symptomatic postural hypotension in patients with Parkinson's disease:

- head up bed tilt
- fludrocortisone
- midodrine or other adrenergic drugs
- pyridostigmine
- domperidone

Qual è l'efficacia dei trattamenti per l'ipotensione posturale sintomatica in pazienti con malattia di Parkinson:

- *Tilt test*
- *fludrocortisone*
- *midodrina o altri farmaci adrenergici*
- *piridostigmina*
- *domperidone?*

Il panel propone di aggiungere ai trattamenti oggetto di studio anche i trattamenti non farmacologici (es. calze elastiche, ecc.) ed altri farmaci. Il Dr. Lopiano e il Prof. Corsini si sono offerti di fornire una lista dei farmaci ritenuti da includere.

QUESITO 16

Is there an effective pharmacological treatment for reducing daytime sleepiness in patients with Parkinson's disease? (eg modafanil, amantadine, selegiline?)

Esiste un trattamento farmacologico efficace nel ridurre la sonnolenza diurna in pazienti con malattia di Parkinson? (es. modafanil, amantadina, selegilina?)

QUESITO 17

In patients with Parkinson's disease, is there any evidence for effective pharmacological treatment of gait disorders such as falls, freezing, gait initiation, hesitancy or postural instability?

Esistono evidenze a supporto dell'efficacia di una terapia farmacologica nel trattamento dei disordini di andatura, quali cadute, (freezing), inizio del movimento, esitazione o instabilità posturale, in pazienti con malattia di Parkinson?

17a NUOVO QUESITO

Il panel ritiene necessario inserire un nuovo quesito inteso ad indagare anche il trattamento farmacologico dei seguenti sintomi: disturbi genito-urinari (sessuali e vescicali), alterazioni dell'alvo, disturbi del dolore/della sensibilità. Si propone, quindi, di formulare il nuovo quesito come il quesito 17, sostituendo la parte finale con i sintomi citati.

QUESITO 18

In patients with Parkinson's disease developing early cognitive impairment, is there any evidence that either starting treatment with a cholinesterase inhibitor, or withdrawing dopaminergic therapy, leads to symptomatic improvement in cognitive function?

Esistono evidenze che la somministrazione di un trattamento con inibitori della colinesterasi, o la sospensione di una terapia dopaminergica, in pazienti con malattia di Parkinson e deterioramento cognitivo precoce, porti ad un miglioramento sintomatico delle funzioni cognitive?

Si propone di modificare il quesito passando da "early cognitive impairment" a "cognitive impairment", e di decidere se effettuare una distinzione tra early cognitive impairment, mild cognitive impairment e demenza.

QUESITO 19

In patients with Parkinson's disease and depression, is there evidence that antidepressant therapy is superior to non-drug treatment in improving quality of life and/or depression scores?

Esistono evidenze a supporto della superiorità della terapia con antidepressivi, rispetto a trattamenti non farmacologici, nel migliorare la qualità della vita e/o i punteggi nelle scale di valutazione, in pazienti con malattia di Parkinson e depressione?

QUESITO 20

In patients with Parkinson's disease with psychosis, is adding an atypical antipsychotic to antiparkinsonian medication better than reducing antiparkinsonian medication in terms of improving psychiatric symptoms without worsening motor symptoms?

In pazienti con malattia di Parkinson e psicosi, l'aggiunta di un antipsicotico atipico alla terapia antiparkinsoniana è più efficace, rispetto alla riduzione della terapia antiparkinsoniana, nel migliorare i sintomi psichiatrici senza peggiorare i sintomi motori?

QUESITO 21

How can the risk of drug induced hallucinations and psychosis be minimised in patients with Parkinson's disease?

In che modo è possibile minimizzare allucinazioni e psicosi iatrogene (indotte da farmaci), in pazienti con malattia di Parkinson?

Nel pomeriggio il panel ha discusso la possibilità e la modalità di inclusione nel documento della terapia chirurgica (DBS) e della riabilitazione e l'eventuale elaborazione di un documento relativo ai parkinsonismi atipici.

Il panel ha deciso che nella sezione della linea guida relativa alla terapia è necessario inserire riabilitazione e chirurgia, mentre ha deciso di affrontare il tema i parkinsonismi in seguito, in un documento a sé stante.

Per quanto riguarda la riabilitazione il panel ha proposto di partire da due pubblicazioni:

mov disord 2007

LG inglesi del 2009

Si stabilisce di avviare un lavoro di ricognizione tra gli esperti del panel e particolarmente su indicazione di un gruppo ristretto di specialisti su quanto già esiste sulla riabilitazione. Questo perché si rischierebbe di intraprendere un lavoro lungo e corposo con pochi risultati sostanziali, data la scarsità di RCT, revisioni sistematiche e metanalisi sull'argomento.

In particolare si propone di creare una mailing list di area e di ricordare che andrebbe coinvolta la figura di un terapeuta occupazionale, figura che manca nel panel. La ricognizione sarà utile al panel per decidere se impegnarsi o meno nel lavoro sulla riabilitazione. I membri della LIMPE propongono come esperto al tavolo della riabilitazione il prof. Abruzzese.

Luciano Saggiocca precisa che il tema della riabilitazione costituirà un capitolo all'interno della linea guida, non costituirà quindi un documento a sé stante.

Si stabilisce anche questa sezione della linea guida sarà costituita da non più di 4/5 quesiti, ancora da definire.

Si decide di effettuare tale ricognizione entro il 30 settembre.

Per quanto riguarda la neurochirurgia, il panel indica come base di lavoro le linee guida australiane del 2009 e quelle di Mov Dis 2006 (da preferire).

Il tema della neurochirurgia costituirà un capitolo all'interno della linea guida, non costituirà quindi un documento a sé stante.

Si stabilisce che questa sezione della linea guida sarà costituita da non più di 4/5 quesiti, ancora da definire.

Si decide di effettuare tale ricognizione entro il 30 settembre.

Per quanto riguarda infine i parkinsonismi, il panel concorda che è opportuno redigere un documento a parte su questo argomento, considerando la peculiarità e rilevanza del tema e soprattutto l'assenza di linee guida.

Il panel concorda di soffermarsi su 4 forme, le principali per rilevanza epidemiologica: la LBD, PSP (Paralisi sopranucleare progressiva), MSA (Atrofia multi sistemica) e CBD (Degenerazione corticobasale).

Si decide di delineare il piano di lavoro per tale documento entro il 30 settembre.

Il panel ritiene inoltre necessario valutare l'ipotesi di affrontare l'argomento della terapia con cellule staminali e la dieta.

La riunione si conclude alle ore 16.00 ca.