



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**53° Congresso Nazionale della
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria**

L'Italia? Non è un paese per vecchi...

Firenze, 26-29 novembre 2008

9° Corso Multiprofessionale di Nursing

Firenze, 27-29 novembre 2008

7° Corso di Riabilitazione

Firenze, 27-28 novembre 2008

4° Corso per Psicologi

Firenze, 27-28 novembre 2008

3° Corso per Assistenti Sociali

Firenze, 27-28 novembre 2008

Ottobre 2008

Volume LVI

Numero 5

urgia. Ciascun paziente è stato sottoposto a valutazione multidimensionale geriatria, a valutazione psicométrica e ad un prelievo ematico. Nel plasma opportunamente preparato ed estratto, è stato eseguito il dosaggio delle diverse isoforme della vitamina E. Ogni soggetto è stato inoltre valutato con indagini di *neuroimaging* morfologico e spettroscopico mediante RMN presso la S.C. di Fisica Sanitaria di Perugia. In particolare, nell'indagine spettroscopica sono stati dosati in un voxel posto nell'area paratrigonale i seguenti metaboliti: N-AcetilAspartato (NAA), Colina (Cho), Mioinositolo (mI) e Creatina (Cr), quest'ultima per normalizzare i valori delle altre molecole. Nell'analisi statistica sono stati presi in considerazione sia le correlazioni tra i singoli metaboliti e le diverse isoforme della vitamina E che le correlazioni tra quest'ultime e i rapporti tra i diversi metaboliti (NAA/mI e NAA/Cho).

Risultati. La popolazione presa in esame è formata da 82 soggetti di cui 45 femmine (55%) e 37 maschi (45%), con età media di $75,1 \pm 5,5$ aa., scolarità $6,3 \pm 3,5$ aa., MMSE $25,8 \pm 4,0$.

Dalle analisi effettuate tra le diverse isoforme della vitamina E ed i singoli metaboliti cerebrali, emerge una correlazione significativa tra gamma-tocoferolo e NAA sn (r: 0,259; p: 0,020) e gamma-tocotrienolo e mI sn (r: -0,244; p: 0,030). Dalle analisi effettuate tra le diverse isoforme della vitamina E ed i rapporti tra i diversi metaboliti emerge una correlazione significativa tra gamma-tocotrienolo e NAA/mI sn (r: 0,320; p: 0,004), gamma-tocoferolo e NAA/mI sn (r: 0,263; p: 0,019) e gamma-tocoferolo e NAA/mI tot: (r: 0,222; p: 0,054). Successivamente abbiamo analizzato tali correlazioni suddividendo la popolazione in base alla diagnosi (controlli, MCI, AD), osservando una tendenza ad avere una correlazione positiva tra gamma-tocotrienolo e NAA/mI sn e tra gamma-tocoferolo e NAA/mI sn soprattutto nel gruppo MCI e nel gruppo AD.

Conclusioni. I risultati ottenuti supportano l'idea che alcune isoforme della vitamina E, in particolare il gamma-tocoferolo ed il gamma-tocotrienolo, svolgano un ruolo neuroprotettivo, per cui potrebbe essere appropriata una supplementazione di tali isoforme soprattutto nei soggetti MCI e AD.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Metastasio A, Rinaldi P, Tarducci R, Mariani E, Feliziani F, Cherubini A, et al. *Conversion of MCI to dementia: Role of proton magnetic resonance spectroscopy.* Neurobiol Aging 2006;27:926-32.
- 2 Yasukazu Y, Yoshiro S, Lesile Sargent J, Yasushi S. *Chemical reactivities and physical effects in comparison between tocopherols and tocotrienols: physiological significance and prospects as antioxidants.* J Biosci Bioeng 2007;104:439-45.
- 3 Wu JH, Croft KD. *Review: vitamin e metabolism.* Molec Aspects Med 2007, doi:10.1016/j.mam.2006.12.007.
- 4 Lehericy S, Maryanska M, Mesrob L, Sarazin M, Kinkingneuhun S. *Magnetic resonance imaging of Alzheimer's disease.* Eur Radiol 2007;17:347-62.

Profilo anagrafico, sociale, cognitivo e di autonomia degli ospiti affetti da demenza in RSA

P. Pagliari^{1,2}, P. Cosso^{1,2}, G. Ricci^{1,2}, A.B. Ianes²

¹ RSA "Villa San Clemente", Villasanta (MI); ² Gruppo SEGESTA

La demenza, rappresenta, nell'anziano, uno dei maggiori fattori di rischio di istituzionalizzazione e, di conseguenza, indipendentemente dal fatto che una RSA abbia un nucleo dedicato, la stragrande maggioranza degli ospiti in RSA è affetto da deterioramento cognitivo di varia etiologia e gravità. È pertanto di importanza strategica, ai fini della stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), un corretto inquadramento dell'ospite sia dal punto di vista sociale, che da quello delle performance cognitive e di autonomia. **Scopi.** Valutazione delle caratteristiche cliniche, cognitive, comportamentali e di autonomia in una popolazione di residenti in RSA per verificarne le necessità assistenziali in relazione alla presenza o all'assenza di demenza. **Materiali e metodi.** In tutti i soggetti presenti nell'RSA "Villa San Clemente" di Villasanta (MI) in un giorno campione sono stati raccolti i dati inerenti età, scolarità, numero di farmaci e di diagnosi, punteggio alle seguenti scale di valutazione: *Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)*, *Mini Mental State Examination*, *Clinical Dementia Rating (CDR)*, *Geriatric Depression Scale (15 item)*, *Self Anxiety Scale (SAS)*, *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*, *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* ed *Activities of Daily Living (ADL)*.

Risultati. Sono riassunti in Tabella I.

Conclusioni. I dati in nostro possesso indicano che la valutazione multidimensionale effettuata di routine in RSA, non rispecchia la complessità clinica degli ospiti. La complessità clinica e le sfumature esistenti fra ospiti affetti da problemi simili sono tali da rendere necessari strumenti che meglio definiscano la tipologia dei pazienti e le loro necessità quotidiane.

Tab. I

	Alzh (44)	Dmista (15)	VaD (17)	MCI (23)	Norm (10)	p
Età	78,88 ± 5,53	80,46 ± 4,94	77,17 ± 4,79	78,08 ± 5,99	75,30 ± 6,44	
Scolarità	5,00 ± 2,77	7,40 ± 4,53	6,82 ± 4,11	6,73 ± 3,81	7,40 ± 4,69	
Farmaci	3,20 ± 2,00*	5,33 ± 2,31	4,64 ± 2,08	4,21 ± 2,27	5,40 ± 1,89	* < 0,005
N. diagnosi	3,61 ± 1,61	4,60 ± 1,80	4,05 ± 1,34	4,86 ± 2,61	4,60 ± 1,80	
CIRS severità	1,41 ± 0,26	1,57 ± 0,33	1,51 ± 0,26	1,47 ± 0,29	1,54 ± 0,20	
CIRS comorb	2,00 ± 1,51	2,80 ± 1,61	2,35 ± 0,86	2,18 ± 1,68	2,40 ± 0,96	
MMSE	18,11 ± 3,94	18,66 ± 5,08	20,64 ± 5,26	25,17 ± 3,20*	27,10 ± 2,07*	* < 0,0000001
CDR	1,51 ± 0,62	2,00 ± 0,37	1,70 ± 0,90	0,50 ± 0,10*	0,30 ± 0,25*	* < 0,0000001
GDS	5,57 ± 3,16	4,25 ± 2,49	6,30 ± 3,40	6,18 ± 3,81	6,30 ± 3,40	
SAS	36,94 ± 10,05	37,14 ± 7,52	36,26 ± 8,92	39,78 ± 10,51	39,99 ± 13,73	
NPI totale	25,97 ± 18,59	35,73 ± 17,87	30,23 ± 22,75	18,08 ± 15,26*	15,30 ± 15,36*	* < 0,04
IADL (f. perse)	2,95 ± 2,27*	5,26 ± 1,39	4,11 ± 2,11	1,47 ± 1,20*	0,60 ± 0,84*	* < 0,0000001
ADL (f. mantenute)	5,04 ± 1,34	3,86 ± 1,55*	4,47 ± 1,46	5,86 ± 0,45	5,30 ± 1,25	

medio dell'indice BADL di $4,12 \pm 1,99$ e di $3,48 \pm 2,59$ per la scala IADL. Lo stato funzionale misurato con l'IADL tendeva a peggiorare in base all'innalzamento dell'età, mostrando differenze significative all'interno delle fasce studiate ($F = 15,53$; $p = 0,000$). Gli uomini risultavano valutare il supporto sociale in modo migliore rispetto alle donne, in quanto mostravano un punteggio medio alla *Lubben Scale* ($36,91 \pm 9,66$) maggiore del gruppo delle donne ($31,81 \pm 10,14$) ($F = 22,64$; $p = 0,000$). La percezione del sostegno sociale "scarso" corrispondente all'isolamento sociale, era maggiormente indicata dalle donne (13%) rispetto agli uomini (5%) ($p = 0,000$). In generale, il campione totale considerava il supporto sociale "buono", mostrando un punteggio medio della scala pari a $34,12 \pm 10,23$. Per quanto riguarda la percezione dello stato di salute del campione totale, l'indice del questionario SF-12 relativo allo stato di salute risultava essere, rispettivamente, di $36,01 \pm 10,35$ per la salute fisica e di $46,05 \pm 10,25$ per la salute mentale. Differenze significative venivano osservate anche all'interno delle classi di età ($F = 5,50$; $p < 0,001$).

Conclusioni. Sulla base dei risultati preliminari, emerge chiaramente l'importanza di applicare la VMD nel contesto ospedaliero in modo da poter fornire indicatori utili in fase di dimissione per un corretto approccio di continuità assistenziale. Ulteriori analisi dei dati ottenuti sono in corso di valutazione e studio, tenendo in particolare considerazione le relazioni tra gli aspetti nutrizionali, psicologici, sociali, ambientali e biologici, in linea con la recente letteratura scientifica^{3,4}.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Fletcher AE, Price GM, Wng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Nunes M, et al. *Population based multidimensional assessment of older people in UK general practice. A cluster-randomized factorial trial.* Lancet 2004;364:1667-77.
- 2 Marmot M. *Health in an unequal world.* Lancet 2006;368:2081-94.
- 3 Marcellini F, Giuli C, Papa R, Malavolta M, Mocchegiani E. *Psychosocial aspects and zinc status: is there a relationship with successful aging?* Rejuvenation Res 2006;9:333-7.
- 4 Marcellini F, Giuli C, Papa R, Gagliardi C, Malavolta M, Mocchegiani E. *Psychosocial and biochemical interactions in ageing: preliminary results from an Italian old sample of ZINCAGE project.* Arch Gerontol Geriatr 2007;44:259-69.

Utilizzo di farmaci con attività anticolinergica in una popolazione anziana ambulatoriale: dati dal progetto ReGAL

V. Prenni, S. Ercolani, E. Mariani, M. Pigliatile, E. Costanzi, M. Pace, V. D'Ambrosio, M. Conestabile della Staffa, A. Fiore, F. Mangialasche, S. Leonardi, T. Raichi, I. Montecucco, C. Bianchini, F.T. Feliziani, U. Senin, P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia

Scopo. Numerosi studi hanno mostrato gli effetti collaterali dei farmaci con attività anticolinergica nei soggetti anziani; nonostante ciò tali farmaci, utilizzati nella cura di numerose patologie, continuano ad essere prescritti ed impiegati in questi soggetti. Scopo di questo lavoro è quello di descrivere la frequenza dell'utilizzo di tali farmaci in una popolazione geriatrica affente in ambulatorio per problemi cognitivi.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati provenienti dal Progetto ReGAL (Rete Geriatrica Alzheimer della SIGG) relativi a 4.558 soggetti, valutati in 39 centri italiani specializzati in problemi di memoria tra gennaio 2000 e maggio 2008. Ciascun paziente è stato valutato secondo un protocollo standardizzato. Il deficit cognitivo è stato quantificato sulla base del punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE). L'analisi dei farmaci è stata eseguita sulla base della classificazione internazionale ATC ed è stato assegnato un punteggio di rischio anticolinergico in base alla Anticholinergic Risk Scale (ARS) 1, che assegna un punteggio da 0 (assenza di potere anticolinergico) a 3 (massimo potere anticolinergico) a ciascun farmaco assunto dal soggetto al momento della visita da più di un mese.

Risultati. Dei 4.558 soggetti ambulatoriali ($F 64,5\%$, età media $77,1 \pm 7,3$, scolarità media $5,9 \pm 3,8$, MMSE medio $19,9 \pm 6,6$, indice di comorbilità

CIRS $1,4 \pm 0,3$, numero di farmaci medio $3,1 \pm 2,1$, ADL $4,8 \pm 1,6$, IADL $3,8 \pm 2,7$), 876 soggetti facevano uso di farmaci ad attività anticolinergica (ARS ≥ 1 di cui 115 addirittura con un punteggio di ARS ≥ 3).

I soggetti con ARS ≥ 1 non differiscono in modo significativo per quanto riguarda l'età e il sesso rispetto a coloro che non hanno alcun rischio anticolinergico, mentre presentano una maggiore comorbilità, assumono un maggior numero di farmaci, sono maggiormente disabili e presentano un punteggio inferiore di MMSE (tabella). C'è una correlazione, seppur debole ma statisticamente significativa, tra il punteggio della ARS e del MMSE ($r = -0,102$, $p < 0,001$). Correggendo per età, sesso, comorbilità e numero di farmaci, i soggetti in trattamento con farmaci anticolinergici si associano al rischio di compromissione cognitiva (MMSE < 24) con un OR di 1,258 (IC 95% 1,086-1,333) per ogni punto in più di ARS ($p < 0,001$).

	ARS = 0	ARS ≥ 1	p
Numero	3682	876	
Sesso (F%)	63,8	66,9	0,083
Età media	$77,0 \pm 7,4$	$77,3 \pm 7,3$	0,339
Scolarità	$6 \pm 3,9$	$5,5 \pm 3,6$	0,004
Indice di comorbilità (CIRS)	$1,4 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,3$	$< 0,001$
N° farmaci	$2,8 \pm 2,1$	$4,3 \pm 2,0$	$< 0,001$
MMSE	$20,4 \pm 6,4$	$18,4 \pm 7$	$< 0,001$
ADL	$4,9 \pm 1,5$	$4,1 \pm 1,7$	$< 0,001$
IADL	$4 \pm 2,7$	$2,8 \pm 2,5$	$< 0,001$

Conclusioni. Nella nostra popolazione utilizzare farmaci con effetto potenzialmente anticolinergico si associa in modo statisticamente significativo al rischio di essere cognitivamente compromessi. Una maggior cultura e diffusione del potenziale rischio di questi farmaci potrebbe ridurre l'incidenza di disturbi cognitivi clinicamente significativi nei soggetti anziani.

BIBLIOGRAFIA

- 1 James LR, Marci J, Michael C, Regina E. *The Anticholinergic Risk Scale and Anticholinergic Adverse Effect in Older Persons.* Arch Intern Med 2008;168.

Prevalenza dei disturbi del sonno in una struttura residenziale geriatrica

G. Primerano, C. Sacchelli¹, R. Danesi¹

Dipartimento di Salute Mentale di Treviglio (BG), CRA di Romano di Lombardia (BG); ¹ Istituto di Riabilitazione Geriatrica, Fondazione "G. Brumenghi", Castelleone (CR)

Scopo. Negli anziani i disturbi del sonno sono molto frequenti. Il 50% circa della popolazione di 65 anni o più che vive nella propria abitazione, ha un disturbo del sonno di qualche tipo^{1,2}. Tale percentuale raggiunge il 70% circa tra gli ospiti delle strutture residenziali. Insonnia e sonnolenza diurna sono le alterazioni più comuni¹. In letteratura pochi, o del tutto assenti, sono i dati relativi alla prevalenza di tali disturbi nelle strutture residenziali geriatriche italiane, a breve e lungo termine. Scopo del presente studio è valutare la prevalenza a sei mesi dei disturbi del sonno e dei fattori ad essi associati, in una residenza a breve termine per anziani.

Materiali e metodi. I partecipanti sono i pazienti consecutivamente ammessi presso l'Istituto di Riabilitazione Geriatrica della Fondazione Brumenghi di Castelleone (CR) nel periodo 1° novembre 2007-1° aprile 2008. L'Istituto accoglie pazienti provenienti da reparti di Ortopedia o Neurologia, affetti da esiti di eventi acuti (fratture di femore o di bacino, ictus cerebrale o recidive di eventi cerebrovascolari, parkinsonismi) e pazienti provenienti da reparti internistici o chirurgici con patologie a rischio di riabilitazione e che necessitano di interventi per il recupero motorio e/o funzionale. La presenza di disturbi del sonno è stata indagata mediante la somministrazione del *Maryland Assisted Living Sleep Questionnaire*, un questionario di 11 item che permette di valutare la presenza di insonnia e sonnolenza diurna, oltre che di un disturbo specifico del sonno¹. Per ciascun paziente

fragilità (colesterolo 170 ± 42 vs. 181 ± 46 ; $p < 0,02$; albumina $3,4 \pm 0,6$ vs. $3,5 \pm 0,5$; $p < 0,034$), severità di patologia acuta (Apache II score $9,6 \pm 3,9$; $0,043$), più elevati indici di infiammazione (VES 45 ± 28 vs. 32 ± 23 ; $p < 0,000$), e maggiore prevalenza di patologia renale (urea 71 ± 43 vs. 56 ± 36 ; $p < 0,000$; creatinina $1,5 \pm 0,7$ vs. $1,2 \pm 0,7$; $p < 0,001$). In analisi multivariata, solo il CI (B $0,28$ Sig. $0,082$) e la VES (B $-0,333$, Sig. $0,037$) erano le variabili indipendentemente associate ai valori di Hb.

Conclusioni. Lo studio conferma che l'anemia normocitica da disordine cronico è una condizione molto frequente nei pazienti anziani affetti da BPCO. Le variabili indipendentemente associate alla presenza di anemia, nei pazienti affetti da BPCO, risultano essere la comorbilità e lo stato infiammatorio cronico.

Valutazione della sensibilità della Scala VMD INRCA nella misurazione della fragilità attraverso il confronto con i criteri delle Scale di Winograd e VES-13

L. Repetto, C. Locatelli, M. Raffaele, C. Di Bartolomeo, M. Sebastiani¹, L. Spazzafumo², per il Gruppo di studio VMD INRCA

U.O. di Oncologia INRCA Roma; ¹Direzione Sanitaria d'Istituto INRCA; ²Centro di Biometria e Statistica Sanitaria, INRCA

Scopo. I fattori età correlati nel paziente anziano con/senza patologia neoplastica, si associano ad eventi avversi e disabilità varie. L'INRCA ha sviluppato, validato ed implementato una Scala di Valutazione Multidimensionale (VMD) per pazienti di età ≥ 70 anni.

L'obiettivo dello studio è di analizzare la capacità dei criteri di Winograd e VES-13 nel riconoscere la fragilità nei pazienti precedentemente valutati con la VMD.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 6.746 pazienti consecutivi, di età ≥ 70 anni, ricoverati presso le nostre sedi INRCA dal gennaio 2005 al maggio 2007. Tutti i pazienti sono stati valutati tramite VMD, che prevede la somministrazione delle seguenti scale: Scala di Comorbilità (CIRS), *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), *Activities of Daily Living* (ADL), *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), *Informal Social Support* (*Lubben Social Network Scale*), *Health-Related Quality of Life* (SF12), *socio-economic and environmental information* (VSE).

È stato costruito l'Indice di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (MGI), con punteggio 0 a 100 (0 = disabile, 100 = no incapacità) attraverso la combinazione lineare di 2 componenti principali (Analisi delle Componenti Principali). La validità della MGI è stata valutata comparando i punteggi significativi per gruppi differenziati per sesso, età e criteri ICD9.

Risultati. Di 6.746 pazienti 46,3% erano maschi ($n = 3122$), 53,7% femmine ($n = 6624$). L'età media era $79,39 \pm 5,8$ yrs, con un range di 70-103 yrs. Il 70% dei pazienti presentavano 3 o più comorbilità, il 28,7% erano incontinenti, il 30,2% un punteggio MMSE ≤ 20 , il 9% un punteggio GDS ≥ 10 , il 15,6% un ADL ≤ 2 ed il 20,2% dei pazienti un punteggio IADL pari a 0 \leq IADL ≥ 2 . Il 20,1% ha rivelato uno scarso supporto sociale (*Lubben scale* < 19) ed il 39,3% una scarsa qualità di vita (SF12: PCS $\leq 35,7$ e MCS $\leq 40,7$).

I criteri della VES-13 sono risultati applicabili a 5.328 pazienti, che sono risultati così suddivisi: *healthy* 25,3% ($n = 1.350$), *vulnerable* 22,5% ($n = 1.198$) e *frail* 52,2% ($n = 2.780$).

Secondo questi criteri sono risultati *healthy* il 34,9% dei pazienti oncologici e il 24,9% dei pazienti non oncologici; sono risultati *frail* rispettivamente il 39,5% e 52,8% dei pazienti, con una differenza statisticamente significativa (Chi-quadro = 19,21; $p < 0,001$). Secondo i criteri di Winograd i pazienti sono risultati così suddivisi: 4188 (62,1%) *frail* e 2558 (37,9%) non *frail*. Non è stata osservata nessuna differenza significativa tra pazienti oncologici e non oncologici (Chi-quadro = 1,92; $p = 0,165$).

I punteggi dell'MGI sono stati costruiti con il metodo delle Componenti Principali (PCA) utilizzando 6 scale: CIRS, MMSE, GDS-15 ADL, IADL SF12. È risultato che il MGI discrimina bene i pazienti per sesso ed età (sesso da età-classi $F = 2,71$, $df = 4$ $p = 0,029$), inoltre è risultato che i pazienti oncologici hanno un rischio più basso di disabilità rispetto ai pazienti non oncologici ($p < 0,001$).

Conclusioni. Concludendo: i criteri della VES-13 ed il MGI sono risultati congruenti nel riconoscimento di pazienti fragili con senza malattia oncologica, mentre i criteri di Winograd sono risultati non congruenti.

VES13 e MGI sono risultati strumenti utili per la valutazione di pazienti anziani con cancro.

Fattori modificabili associati con una maggiore sopravvivenza in pazienti longevi

A. Ricci, R. Rozzini, I. Sleiman, P. Barbisoni, A. Morandi, C. Mattanza, A. Giordano, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della longevità nei pazienti anziani, scarsi invece sono i dati in letteratura sullo stato di salute, prevenzione e cure cliniche a loro dedicati^{1,2}. In questi pazienti la mortalità avviene abitualmente come conseguenza di una malattia acuta, che richiede l'ospedalizzazione; i suoi effetti e quelli del trattamento possono essere un potenziale target d'intervento per ridurre la mortalità. L'obiettivo del lavoro è di identificare, in una popolazione di longevi, se vi sono dei fattori modificabili correlati con la sopravvivenza.

Materiali e metodi. Lo studio retrospettivo è stato effettuato su 400 pazienti (età media $91,6 \pm 2,5$ anni, femmine = 69,8%) ricoverati nel reparto di geriatria dell'Ospedale Poliambulanza, Brescia. Sono stati raccolti i seguenti dati: età, sesso, stato cognitivo con *Mini Mental State Examination* (MMSE), comorbilità con il Charlson Index, stato funzionale con il Barthel Index e supporto sociale, diagnosi all'ingresso, Charlson Index, APACHE II score e APS score, il rapporto urea/creatinina ($se > 25$ è segno di disidratazione) e il numero degli eventi negativi (i.e. delirium, cadute, reazione avversa ai farmaci, piaghe da decubito e infezioni). È stata considerata la mortalità a 3 mesi come *outcome* primario.

Risultati. Le principali diagnosi all'ingresso sono: malattie respiratorie (24,4%), malattie cardiovascolari (17,1%), ictus (12,1%), neoplasie (12,1%) e cirrosi epatica (4,1%). I pazienti deceduti in ospedale sono 50 e quelli deceduti a 3 mesi 123/434 (28,3%). all'analisi bivariata i fattori che predicavano la mortalità erano: Charlson Index (> 2), albumina sierica ($< 3,5$ g/dl), diabete mellito, malattie respiratorie, ictus, APS (> 4), BADL (0-60), MMSE (< 18), disidratazione, patologie neoplastiche, gli eventi negativi e la l'incapacità di recuperare lo stato funzionale (alla dimissione rispetto all'ingresso in ospedale). Mentre all'analisi multivariata i fattori che predicavano la mortalità erano: APS; BADL, disidratazione, patologie neoplastiche, l'incapacità di recuperare lo stato funzionale durante il ricovero, gli eventi negativi e il MMSE.

Conclusioni. I fattori modificabili che predicano la mortalità sono la disidratazione, gli eventi negativi (delirium, reazioni avverse a farmaci ecc.) e l'incapacità di recuperare lo stato funzionale pre-morboso. È possibile ipotizzare che interventi atti a ridurre gli eventi avversi; come ad esempio prevenire la disidratazione, l'immobilizzazione e il delirium, modificano in modo significativo il rischio di mortalità.

BIBLIOGRAFIA

- Yates LB, Djousse L, Kurth T, et al. *Exceptional Longevity in Men Modifiable Factors Associated With Survival and Function to Age 90 Years*. Arch Intern Med 2008;168:284-90.
- Terry DF, Sebastiani P, Andersen SL, Perls TT. *Disentangling the Roles of Disability and Morbidity in Survival to Exceptional Old Age*. Arch Intern Med 2008;168:277-83.

I disturbi del comportamento (BPSD) nella demenza: studio di un campione di residenti in RSA

G. Ricci^{1,2}, P. Cosso^{1,2}, A. Leonetti¹, P. Pagliari^{1,2}, A.B. Ianes²

¹RSA "Villa San Clemente", Villasanta (MI); ²Gruppo SEGESTA

Un problema rilevante delle demenze è costituito dal fatto che il 90% circa dei pazienti dementi soffre di alterazioni comportamentali spesso multiple.

In letteratura sono stati individuati 5 specifici *cluster* comportamentali: 1- psicosi (allucinazioni, delusioni e misidentificazioni); 2- depressione (tristezza, pianto, disperazione, scarsa autostima, ansia, colpa); 3- apatia (ritiro sociale, mancanza di interessi e demotivazione); 4- aggressività (resistenza aggressiva, aggressività fisica e verbale); 5- agitazione (affaccendamento, vagabondaggio, pedinamento, irrequietezza, grida, disinibizione, stereotipie, vestirsi/svestirsi, disturbi del sonno).

Scopi. L'evidenza clinica ci dimostra che i BPSD, sono presenti in tutte le forme di demenza, ma non in tutte le forme con la stessa frequenza o gravità. Obiettivo del presente studio, è, perciò, quello di descrivere e quantificare la presenza di eventuali "Disturbi Psicici e del Comportamento" in un gruppo di pazienti affetti da deterioramento cognitivo a diversa eziologia.

Materiali e metodi. Allo studio hanno partecipato un totale di 231 soggetti con demenza, reclutati e valutati presso l'RSA "Villa San Clemente" di Villasanta (MI): 58 maschi (età: $76,91 \pm 5,75$) e 173 femmine (età: $79,02 \pm 5,34$). 77 erano affetti da Malattia di Alzheimer (AD), 53 da Demenza Vascolare (VaD) (39 VaD corticale e 14 VaD sottocorticale), 30 da Demenza a patogenesi mista, 16 da deterioramento ad eziologia non definibile, 3 da Demenza da Corpi di Lewy (LBD), 2 da Parkinson demenza (PDD), 2 da Afasia progressiva Primaria (APP), 31 da *Mild Cognitive Impairment* (MCI), 1 da Psicosi, 17 erano cognitivamente normali. Tutti i soggetti compresi nello studio sono stati sottoposti ad esami ematochimici di routine, ad ECG, Tc o RMN dell'encefalo e batteria neuropsicologica atti a definire (ove possibile) la natura della demenza e da valutazione dello stato psicoaffettivo, (GDS15), comportamentale (NPI) e dell'autonomia (ADL, IADL).

Risultati. Il 90,4% dei soggetti affetti da demenza presenta almeno un disturbo comportamentale, senza differenze significative fra i differenti tipi di demenza (AD = 97,4%; VaD = 94,34%, D. mista = 100%; D. non definibile = 100%). Importante la presenza di BPSD nei soggetti MCI (83,87%). Ansia (63%) e apatia (58,64%) sono i disturbi più frequenti, euforia (6,81%) e disinibizione (10,99%) quelli meno presenti nel nostro campione. Confrontando le 3 forme di demenza più frequenti con il MCI, troviamo che nella AD e nella VaD, i BPSD più rappresentati sono agitazione, depressione, ansia ed apatia, nelle forme "miste" sono più rappresentati depressione, ansia ed apatia. I soggetti MCI presentano, invece, un *patterns* di disturbi molto differente perché ad eccezione dell'ansia, presente nel 58% dei soggetti, la maggioranza dei pazienti non presenta BPSD.

Conclusioni. I soggetti con AD sono gravati da una maggiore frequenza di BPSD rispetto alle altre forme di demenza; lo spettro dei BPSD è sovrapponibile nei soggetti con AD e VaD e si differenzia dalle forme miste per una maggior frequenza di agitazione. Nell'MCI si nota una più bassa frequenza di presenza di BPSD, ma una elevata di soggetti presenta ansia e depressione. In sintesi: pur non potendo delineare la presenza di "cluster comportamentali" in quanto ogni soggetto esaminato, presenta "un quadro psico-comportamentale" diverso da tutti gli altri, possiamo concludere che i BPSD rappresentano una manifestazione clinica rilevante e invariabilmente presente in tutte le forme di demenza, compreso quelle "pre-cliniche", quali l'MCI.

Delirium ad insolita etiologia: un caso clinico

D. Riccio, R. Frau, P.F. Putzu

Ospedale "SS. Trinità", Divisione Geriatria, Centro Alzheimer, ASL 8, Cagliari

Introduzione. Il delirium è un grave condizione, frequente negli anziani nei diversi *setting* assistenziali. Nei soggetti ospedalizzati la prevalenza del delirium varia dall'11 al 42%¹ e si associa ad elevata mortalità, prolungamento della degenza, aumento del rischio di istituzionalizzazione. Nell'anziano nell'unità per acuti il delirium è spesso il motivo del ricovero; può essere l'unico sintomo di esordio di qualsiasi patologia, sia medica che chirurgica, od avere una etiologia multifattoriale.

Metodi. Attraverso il seguente caso clinico vogliamo sottolineare l'eterogeneità delle cause di delirium. D.C., donna di 85 anni, già affetta da ipertensione arteriosa, gonartrosi bilaterale, ipoacusia, completamente autosufficiente fino a tre giorni prima del ricovero, avrebbe presentato una caduta a terra a seguito di un episodio vertiginoso, riportando una contusione con vasta ecchimosi a livello della regione anteriore del collo. Al momento del

ricovero si evidenzia un grave rallentamento ideo-motorio, disorientamento spazio-temporale, difficoltà nella deambulazione che perduravano da circa due giorni; presenta inoltre temperatura corporea di 37,5 °C. Ha praticato fino a quel momento terapia con amiloride + idroclortiazide 5/50 mg cp e ketoprofene cp al bisogno.

Risultati. All'esame fisico la paziente è lievemente disidratata, presenta un lieve versamento pleurico a sinistra ed è apprezzabile un voluminoso tumefazione nei quadranti inferiori della mammella destra, del diametro di circa 6-7 cm, di consistenza dura, mobile sui piani profondi. I parametri ematochimici mostrano: Calcio 20,4 mg/dl, Creatinina 1,8 mg/dl, Fosforo 5,3 mg/dl, Glicemia 229 mg/dl. Visti i valori di calcemia la paziente è stata sottoposta a trattamento emodialitico urgente. Nei giorni immediatamente successivi al ricovero il dosaggio del paratormone risultava molto elevato: 1.477 pg/ml (v.n. 15-65 pg/ml). L'iter diagnostico ha tenuto conto della diagnostica differenziale dell'ipercalcemia. La paziente è stata sottoposta quindi ad ecografia tiroidea e paratiroidea, scintigrafia tiroidea (gozzo multinodulare) e paratiroidea, ecografia mammaria e mammografia, scintigrafia ossea total body (neoformazione mammaria benigna), TC cranio, emogas arterioso, emocultura. Dopo adeguata idratazione, terapia con prednisone, bifosfonati, calcitonina si è assistito alla normalizzazione della calcemia, dei livelli di paratormone e alla risoluzione del delirium.

Conclusioni. Il delirium può essere sotteso da cause diverse tra cui: le infezioni, gli squilibri elettrolitici, i farmaci, i disturbi endocrino-metabolici, disturbi intracranici - ictus, edema cerebrale, neoplasie cerebrali ecc. -, compromissione cardiopolmonare, cause sensoriali/ambientali². Nel caso descritto una caduta, con trauma della regione anteriore del collo, avrebbe causato a nostro parere, un abnorme rilascio di paratormone con grave ipercalcemia ed insorgenza di stato confusionale acuto, risolto con la normalizzazione dei livelli di paratormone e di calcemia. Il caso clinico mostra come le grandi sindromi geriatriche come le cadute, il delirium, gli squilibri elettrolitici, le comorbidità, la disabilità possano presentarsi assieme in maniera complessa e atipica, richiedendo un grande impegno dal punto di vista diagnostico.

BIBLIOGRAFIA

- Inuoye SK, Charpentier PA. *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability.* JAMA 1996;275:852-7.
- Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. *The cause of Delirium in patients with hip fracture.* Arch Intern Med 2000;160:1856-60.

Un ambulatorio geriatrico in RSA per la prevenzione del colpo di calore e per la ricognizione dei soggetti a rischio, attivo nella ASL BAT

V. Roca, R. Canosa¹, F. Mastroianni, G. Grumo, P. De Benedictis

RSA "Madonna della Pace", Andria (BA); ¹ Direzione generale ASL BAT

Introduzione. Nei periodi estivi, l'aumento delle temperature e l'elevato tasso di umidità creano condizioni difficili per i soggetti più fragili. Tra questi gli anziani che, soprattutto se affetti da patologie croniche, sono più esposti alla disidratazione e quindi al colpo di calore.

Scopo dello studio. Attivare per il periodo estivo, nei mesi di luglio ed agosto, un ambulatorio aperto al cittadino, al quale rivolgersi, gratuitamente, per ricevere consigli al fine di ridurre il rischio dei soggetti anziani. L'iniziativa ha avuto il patrocinio del Ministero del lavoro, salute e politiche sociali e la collaborazione dell'Assessorato Regionale alle politiche della salute e della ASL BAT.

Finalità dell'ambulatorio.

- analisi dei fattori di rischio;
- valutazione delle terapie farmacologiche;
- consigli per la prevenzione del colpo di calore;
- informazioni sulle ondate di caldo (in collaborazione con il servizio meteorologico della protezione civile);
- distribuzione gratuita di materiale informativo per le famiglie;
- punto di ascolto.