

NELLE DISFUNZIONI COGNITIVE AD ESORDIO NELL'ETÀ ADULTA ^(1,2)



BIBLIOGRAFIA: 1. Riepilogo delle caratteristiche di prodotto. 2. Anzetta F. et al., G. Geront. 2011; 59(2): 80-96

DELECIT[®]
colina alfoscerato

POTENZIAMENTO COLINERGICO ^(1,2)



Posologia:

1 fiala/die im o ev; 1 flacone per os 2 volte/die



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

Rivista bimestrale

ORGANO UFFICIALE DELLA SIGG

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

DIRETTORE ESECUTIVO

Mario Barbagallo

Citato in SCOPUS Elsevier Database,
Excepta Medica Database (EMBASE)

PREZZO ITALIA: € 125,00
PREZZO ESTERO: € 160,00



PACINI EDITORE S.p.A.
via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto - Pisa
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300



ABBONAMENTI 2012

SI PREGA DI UTILIZZARE IL PRESENTE MODULO

Desidero **ABBONARMI** **RINNOVARE L'ABBONAMENTO**

alla rivista GIORNALE DI GERONTOLOGIA (6 numeri all'anno) per l'annata 2012

Nome Cognome

Via n° Città C.A.P.

Prov. Nazione

E-mail C.F. / P. IVA

modalità di pagamento:

- accreditato su c/c postale n°10370567 intestato a Pacini Editore Spa (**allego ricevuta del versamento**)
- bonifico bancario su C.R.Volterra Fil. Pisa IBAN: B 06370 14002 000010002603 (**allego ricevuta del versamento**)
- assegno bancario/circolare intestato a Pacini Editore SpA. (**allegato alla presente**)
- carta di credito - Tipo Num. Data scadenza

Firma leggibile..... Data

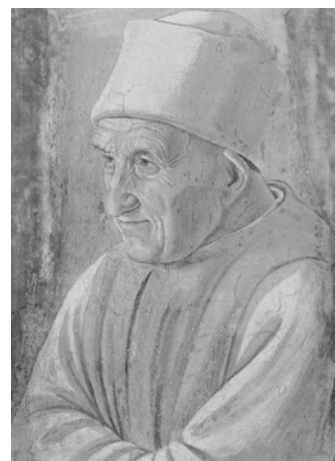
Consento il trattamento dei miei dati personali appena esposti secondo la legge 675/96.

Spedire a Pacini Editore Via A. Gherardesca 1 - 56121 Ospedaletto (PI) tel. 050 313011 - Fax 050 3130300 www.pacinieditore.it



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Cited in Embase the Excerpta Medica Database
and in Scopus Elsevier Database



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

EDITOR-IN-CHIEF

Mario Barbagallo (Palermo)

ASSOCIATE EDITORS

Raffaele Antonelli Incalzi (Roma)
Vincenzo Canonico (Napoli)
Giovanni Gambassi (Roma)
Patrizia Mecocci (Perugia)
Patrizio Odetti (Genova)
Alberto Pilotto (San Giovanni Rotondo)

EDITORIAL BOARD

Bio gerontologia ed Epidemiologia

Ettore Bergamini (Pisa)
Mauro Di Bari (Firenze)
Luigi Ferrucci (Baltimore/USA)
Luigi Fontana (Roma)
Claudio Franceschi (Bologna)
Fabrizia Lattanzio (Ancona)
Dario Leosco (Napoli)
Stefania Maggi (Padova)

Geriatrica Clinica

Pasquale Abete (Napoli)
Giorgio Annoni (Milano)
Lodovico Balducci (Tampa, FL USA)
Mario Belvedere (Palermo)
Roberto Bernabei (Roma)
Bruno Bernardini (Rozzano)
Angelo Bianchetti (Brescia)
Massimo Calabrò (Treviso)
Gianpaolo Ceda (Parma)
Alberto Cester (Dolo)
Antonio Cherubini (Perugia)
Francesco Corica (Messina)
Andrea Corsonello (Cosenza)
Gaetano Crepaldi (Padova)
Domenico Cucinotta (Bologna)
Walter De Alfieri (Grosseto)
Lorenzo Maria Donini (Roma)
Paolo Falaschi (Roma)
Nicola Ferrara (Napoli)

Antonio Guaita (Abbiategrosso)
Giancarlo Isaia (Torino)
Francesco Landi (Roma)
Maria Lia Lunardelli (Parma)
Marcello Maggio (Parma)
Enzo Manzano (Padova)
Niccolò Marchionni (Firenze)
Daniela Mari (Milano)
Giulio Masotti (Firenze)
Francesco Mattace-Raso (Rotterdam,
The Netherlands)

Domenico Maugeri (Catania)
Chiara Mussi (Modena)
Gabriele Noro (Trento)
Marco Pahor (Gainesville, FL USA)
Ernesto Palummeri (Genova)
Giuseppe Paolisso (Napoli)
Franco Rengo (Napoli)
Giovanni Ricevuti (Pavia)
Giuseppe Romanelli (Brescia)
Renzo Rozzini (Brescia)
Afro Salsi (Bologna)
Gianfranco Salvioli (Modena)
Giuseppe Sergi (Padova)
Bruno Solerte (Pavia)
Gabriele Toigo (Trieste)
Gianluigi Vendemiale (Foggia)
Stefano Volpato (Ferrara)
Mauro Zamboni (Verona)
Marco Zoli (Bologna)
Giuseppe Zuccalà (Roma)
Giovanni Zuliani (Ferrara)

Gerontologia Psico-Sociale

Luisa Bartorelli (Roma)
Umberto Senin (Perugia)
Marco Trabucchi (Brescia)
Orazio Zanetti (Brescia)

Nursing Geriatrico

Nicoletta Nicoletti (Torino)
Ermellina Zanetti (Brescia)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Lisa Andreazzi
Giornale di Gerontologia
Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca, 1
56121 Pisa
Tel. 050 3130285 • Fax 050 3130300
landreazzi@pacinieditore.it

SEDE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Via G.C. Vanini 5
50129 Firenze
Tel. 055 474330
Fax 055 461217

E-mail: sigg@sigg.it
<http://www.sigg.it>

© Copyright by
Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Direttore Responsabile
Giuseppe Paolisso

Edizione
Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it

Rivista stampata su carta TCF (Total Chlorine Free) e verniciata idro. L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, E-mail: segreteria@aidro.org e sito web: www.aidro.org.



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



CONGRESSO NAZIONALE

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

21-24 Novembre 2012
MiCo – Milano Convention Center

57° Congresso Nazionale SIGG

Giovedì, 22 novembre 2012

Simposio SIGG-SIIA

IPERTENSIONE ARTERIOSA NELL'ANZIANO

MODERATORI: M. BARBAGALLO (PALERMO), C. FERRI (L'AQUILA)

Iperensione arteriosa e decadimento cognitivo
V. Canonico, C. Masciello, C. Francone, F. Rengo 323

Valutazione e trattamento della funzione renale nell'anziano iperteso
A. Ungar, E. Marrani, A. Giordano, N. Marchionni 323

Simposio

**IL DIABETE NEL PAZIENTE ANZIANO OGGI:
LE NUOVE SFIDE E OPPORTUNITÀ**

MODERATORI: B. SOLERTE (PAVIA), G. VENDEMIALE (FOGGIA)

Complessità della gestione del paziente anziano diabetico
L.J. Dominguez, M. Barbagallo 324

Simposio

LA GERIATRIA: COSTO O RISORSA PER IL SSN

MODERATORI: M.E. BONACCORSO (ROMA), G. PAOLISSO (NAPOLI)

Criticità "evidence based" nella governance dei servizi per gli anziani non autosufficienti
F. Longo 324

La ricerca clinica farmacologica nel paziente anziano: un costo inutile o un dato assente?
M. Scatigna 325

Simposio

LA SARCOPENIA: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

MODERATORE: F. LATTANZIO (ROMA)

Sarcopenia, dynapenia e cachessia: differenze e diagnosi
S. Volpato 325

Mini simposio SIGG-SINeG

**VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLE TRANSITORIE
PERDITE DI COSCIENZA NELL'ANZIANO**

MODERATORI: G. MASOTTI (FIRENZE), C. SERRATI (GENOVA)

Il ruolo delle "Syncope Unit" geriatriche
P. Abete, M. Schiavone, M. Teano, S. Meola, R. Untila, S. Russo, A. Ungar 326

Simposio

BIOGERONTOLOGIA

MODERATORI: E. BERGAMINI (PISA), F. RENGO (NAPOLI)

Genetica e invecchiamento
D. Mari 327

Lettura

PRESEDE: U. SENIN (PERUGIA)

Il paziente con incontinenza urinaria: attualità in tema di diagnosi e opzioni terapeutiche
M. Porena 327

Simposio

**FARMACI E ANZIANO COMPLESSO:
UN TERRENO INESPLORATO?**

MODERATORI: M. FINI (ROMA), N. MARCHIONNI (FIRENZE)

Appropriatezza prescrittiva e terapia individualizzata
A. Pilotto 328

Simposio SIGG-SIOT

**ORTOGERIATRIA: UN MODELLO ASSISTENZIALE
CENTRATO SUL PAZIENTE**

MODERATORI: M. D'IMPORZANO (MILANO), P. GARERI (CATANZARO)

Ottimizzare la gestione della complessità clinica perioperatoria del paziente anziano con frattura di femore
G. Pioli, M.L. Davoli, F. Pellicciotti, P. Pignedoli, D. Bianchini, C. Tedeschi, E. Sabetta, A. Ferrari 328

Esperienze e progetti regionali: ortogeriatría nel Lazio
L. Tafaro, A. Devito, I. Indiano, E. De Marinis, S. Eleuteri, M. Stefanelli, L. Toussan, S. Raia, M. Rocchietti March, A. Martocchia, R. Benvenuto, P. Falaschi 329

Mini simposio

PSICOGERIATRIA: IL DELIRIUM NEI DIVERSI SETTING

MODERATORI: G. NORO (TRENTO), M. TRABUCCHI (BRESCIA)

Il delirium nei reparti ospedalieri medici e chirurgici
M. Zoli, E. Fabbri, P. Forti 329

Simposio Fondo Mario Gasparini Casari

LA GERIATRIA PER GLI OLDEST-OLD

MODERATORI: G. SALVIOLI (MODENA), U. SENIN (PERUGIA)

Caratteristiche e dinamiche evolutive degli oldest-old in Italia
A. Rosina 330

I problemi medici del grande anziano: come affrontarli?
C. Mussi 330

Venerdì, 23 novembre 2012

Simposio

LE INFEZIONI RESPIRATORIE NELL'ANZIANO

MODERATORI: R. ANTONELLI INCALZI (ROMA), A. GUAITA (ABBIATEGRASSO)

Trattamento domiciliare e in RSA del paziente con infezione respiratoria
P.A. Bonati, L. Luchetti 331

Gli interventi diagnostici e terapeutici in Pronto Soccorso: chi, quando e dove ricoverare
M. Calabrò 332

Gli aspetti extrarespiratori della polmonite nell'anziano
P. Ranieri 332

Simposio SIGG-ISSAM

L'IPANDROGENISMO NELL'AGING MALE: DISFUNZIONE ERETTILE E NON SOLO

MODERATORI: F. ROMANELLI (ROMA), G. VALENTI (PARMA)

Il ruolo della disregolazione ormonale multipla nel soggetto anziano
M. Maggio 333

Prevalence of metabolic factors in hypogonadal men: baseline findings from the Registry of Hypogonadism in Men (RHYME)
M. Maggi, G. Rastrelli, T.M. Curto, A.B. Araujo, R.C. Rosen 333

Simposio del Gruppo di Studio SIGG

"La cura nella fase terminale della vita" DOLORE, SOFFERENZA, SPIRITUALITÀ NELLE CURE DI FINE VITA

MODERATORI: L. BONCINELLI (FIRENZE), C. SABBA (BARI)

Le scale di valutazione dei bisogni spirituali
F. Caretta 333

Il ruolo della spiritualità nel team di cura: a domicilio
A. Marsilio 334

Il ruolo della spiritualità nel team di cura: in ospedale
A. Cester 334

Simposio SIGG-SINeG-AIP

COME MIGLIORARE L'APPROCCIO TERAPEUTICO AL PAZIENTE CON MALATTIA DI ALZHEIMER?

MODERATORI: C. SERRATI (GENOVA), M. TRABUCCHI (BRESCIA)

Gli inibitori delle colinesterasi possono avere un effetto disease-modifying?
S. De Carolis, E. Silingardi 335

Evidenze di efficacia degli interventi di prevenzione del deterioramento cognitivo
P. Mecocci 335

Lettura

PRESIEDE: R. ANTONELLI INCALZI (ROMA)

Il polmone come target della terapia nello scompenso cardiaco
D. Magri 336

Lettura

PRESIEDE: D. MAUGERI (CATANIA)

Il RANKL quale nuovo target terapeutico nel trattamento delle pazienti anziane con osteoporosi: evidenze cliniche con denosumab
G. Isaia 336

Letture

PRESEDE: G. ROMANELLI (BRESCIA)

Nuove opportunità terapeutiche per il grande anziano diabetico

E. Bosi, S. Braghi, M. Scavini

337

Evidenze di efficacia degli interventi antifratturativi negli ultra75enni. Prevenzione della rifrattura: chi, come e per quanto tempo trattare

P. D'Amelio

341

Aderenza e persistenza nella terapia antifratturativa: possibili strategie di miglioramento e implicazioni economiche

I. Santi

341

Simposio

ASSESSMENT E TERAPIA DEL PAZIENTE ANZIANO CON PARKINSON

MODERATORI: A. FABBO (MIRANDOLA), G. TOIGO (TRIESTE)

Assesment funzionale nell'anziano con malattia di Parkinson

A. Bianchetti

337

La gestione dei Parkinsonismi nell'anziano

F. Lauretani

338

Simposio SIGG-SICGe

UNMET NEEDS NEL CARDIOPATICO ANZIANO: FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA) E SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (SCC)

MODERATORI: A. BOCCANELLI (ROMA), N. MARCHIONNI (FIRENZE)

I nuovi anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale

G. Di Pasquale, L. Riva

342

Scompenso Cardiaco Cronico: l'anziano tra polifarmacia e aderenza

N. Ferrara, G. Corbi, P. Vitulli, G. Rengo, D. Leosco

342

Letture

LA TAVI: IL GERIATRA HA UN RUOLO NELLA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE E NELL'INDICAZIONE CLINICA ALLA PROCEDURA?

PRESEDE: N. FERRARA (CAMPOBASSO)

Epidemiologia della stenosi aortica, indicazioni per TAVI, valutazione della fragilità

A. Ungar, S. Zannoni, E. Marrani, A. Giordano, N. Marchionni

338

Mini simposio

GERIATRIA E PODOLOGIA. L'INTEGRAZIONE COME RISORSA ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA

MODERATORI: M. MONTESI (ROMA), G. PAOLISSO (NAPOLI)

Il Geriatra

P. Falaschi, E.A. De Marinis, R. Benvenuto, L. Tafaro, I. Indiano, S. Raja, M. Stefanelli, M. Rocchi, A. Martocchia

343

Il Podologo

M. Montesi

344

Simposio del Gruppo di Lavoro Italiano sulla Sarcopenia

TRATTAMENTO E NUTRIZIONE

MODERATORI: F. MAMMARELLA (ROMA), M. ZAMBONI (VERONA)

Prevalenza e fattori di rischio nei diversi setting assistenziali

C. Mussi

339

Proposta di uno studio italiano sulla sarcopenia

P. Abete, S. Volpato, G. Onder, C. Mussi, E. Toico, M. Di Bari

339

Letture

PRESEDE: M. BOEMI (ANCONA)

Vantaggi degli inibitori della DPP-4, nel paziente anziano diabetico

M.A. Pellegrini

344

Simposio SIGG - Forum in Bone & Mineral Research OSTEOPOROSI: LE BASI FISILOGICHE PER IL TRATTAMENTO

MODERATORI: G. CREPALDI (PADOVA), G. ISAIA (TORINO)

L'osteoporosi e le fratture da fragilità: una nuova sindrome geriatrica?

L.J. Dominguez, M. Barbagallo

340

Simposio

LA SINDROME METABOLICA (SM) NEL SOGGETTO ANZIANO: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI ED IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

MODERATORI: E. MANZATO (PADOVA), G. VENDEMIALE (FOGGIA)

Sindrome metabolica e deficit cognitivo nell'anziano

V. Solfrizzi, F. Panza, G. Logroscino, C. Sabbà

345

Aspetti terapeutici della sindrome metabolica
G. Zuliani 345

La circonferenza addominale è un indicatore affidabile
per definire la sindrome metabolica nella donna anziana?
G. Enzi 346

Simposio SIGG-AGE
PERCORSI TERRITORIALI DELLE CRONICITÀ
E CONTINUUM ASSISTENZIALE

MODERATORI: G. PAOLISSO (NAPOLI), S. PUTIGNANO (NAPOLI)

La dimissione del paziente complesso: tra continuità
assistenziale e discontinuità di cura
E. Silingardi, S. De Carolis 346

Territorio e sistemi avanzati di valutazione
P. Gallina, M.C. Bollini 347

Sabato, 24 novembre 2012

Simposio SIGG-SINPE-ESPEN
LA MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE

MODERATORI: G.P. CEDA (PARMA), D. RADRIZZANI (LEGNANO)

Il paziente anziano con disfagia:
l'intervento multiprofessionale
C. Venturini 347

Simposio
LA VMD: LA METODOLOGIA DELLA GERIATRIA

MODERATORI: R. BERNABEI (ROMA), D. LEOSCO (NAPOLI)

La Valutazione Multidimensionale, prognosi e definizione
degli outcome
A. Pilotto 348

13° Corso per Infermieri

Giovedì, 22 novembre 2012

Simposio
IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DELLO STROKE

MODERATORI: A. CASTALDO (MILANO), N. NICOLETTI (TORINO)

Il percorso clinico assistenziale nella fase acuta dell'ictus
P. Franza, S. Rosa 351

L'assistenza infermieristica nella fase di riabilitazione intensiva
G. Carniel 351

L'assistenza infermieristica nella fase di riabilitazione
estensiva
G. Giavazzi 351

Il percorso assistenziale nell'area territoriale
S. Mantovani 352

Simposio
RECUPERO O MANTENIMENTO DELLE CAPACITÀ
RESIDUE

MODERATORI: M. ANDRIGO (PADOVA), P. FABRIS (VENEZIA)

Recupero funzionale e prevenzione della disabilità:
stato dell'arte
M. Simonato, A. Pilotto 352

Tecnologie a supporto del recupero e/o del mantenimento
R. Andrich 353

Simposio
IL RISK MANAGEMENT E LA FARMACOVIGILANZA

MODERATORE: G. MUTTILLO (MILANO)

La somministrazione di farmaci tritati in RSA: un'indagine
di prevalenza
C. Boeri, A. Castaldo 353

Un progetto innovativo per migliorare la distribuzione
dei farmaci: il caso della RSA Valgioie di Torino
A. Zeppigno, N. Nicoletti 354

Venerdì, 23 novembre 2012

Simposio

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

MODERATORI: A. CASTALDO (MILANO), M. LUSIGNANI (MILANO)

L'infermiere di famiglia e di comunità per l'anziano:
prospettive nazionali e internazionali
P. Obbia 354

Aree di responsabilità dell'infermiere di comunità/famiglia
D. Massai 355

Infermieristica d'iniziativa: un modello assistenziale
per la presa in carico dei cittadini in Valle d'Aosta
F. Duò 355

Simposio

IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA

MODERATORI: N. FRANCESCHINI (GENOVA), P. GOBBI (MONZA BRIANZA)

Il modello per complessità clinica e intensità assistenziale:
orientamento etico ed organizzativo
G. Bollini 356

L'implementazione del modello di intensità di cura
nel contesto sanitario nazionale: stato dell'arte e
prospettive future
C. Regazzo 356

Il modello di intensità di cura: le ricadute e gli esiti sugli
operatori sanitari
M. Mongardi, E. Di Ruscio 357

Comunicazioni orali e poster 361

Indice degli Autori 512



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Relazioni



CONGRESSO NAZIONALE

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

21-24 Novembre 2012
MiCo – Milano Convention Center

Giovedì, 22 novembre 2012

Simposio SIGG-SIIA

IPERTENSIONE ARTERIOSA NELL'ANZIANO

MODERATORI: M. BARBAGALLO (PALERMO), C. FERRI (L'AQUILA)

Iperensione arteriosa e decadimento cognitivo

V. Canonico, C. Masciello, C. Francone, F. Rengo

Unità di Valutazione Alzheimer, Cattedra di Geriatria, Università degli Studi "Federico II" Napoli

La malattia di Alzheimer (AD) e la Demenza Vascolare (VaD) contribuiscono approssimativamente per il 60% ed il 26% rispettivamente, a tutte le forme di demenza. Diversi studi sia longitudinali che trasversali dimostrano l'associazione tra fattori di rischio cardiovascolare ed insorgenza di VaD attraverso lesioni vascolari macroscopiche e/o microscopiche. È stato, peraltro, dimostrato da diversi studi come la malattia cerebrovascolare sia in grado di stimolare la formazione di lesioni neurodegenerative tipiche della AD.

Le linee guida ESH/ESC 2007 per il trattamento dell'ipertensione arteriosa sottolineavano l'importanza di una migliore definizione del ruolo di elevati valori pressori e del trattamento antiipertensivo sullo sviluppo di disfunzione cognitiva e demenza, dal momento che le evidenze a disposizione erano insufficienti; pertanto, negli ultimi anni, l'attenzione della comunità scientifica si è rivolta al verificare l'effettiva relazione tra l'ipertensione arteriosa e l'insorgenza di demenza nell'anziano e l'efficacia del trattamento antiipertensivo nel prevenire la demenza stessa.

Gli studi condotti nell'ultimo decennio sembrano propendere per l'associazione tra l'ipertensione diastolica isolata¹, e/o un' aumentata variabilità pressoria nell'arco della giornata – nel senso di valori sia al di sopra che al di sotto della norma – e l'insorgenza del deficit cognitivo², più che per una stretta dipendenza dell'insorgenza di demenza dall'ipertensione arteriosa³.

Degli studi condotti per verificare l'efficacia di una buona terapia antiipertensiva nel prevenire il deficit cognitivo, alcuni hanno ottenuto risultati positivi nella prevenzione della demenza⁴, altri non hanno mostrato risultati significativi⁵.

La relazione tra ipertensione, terapia antiipertensiva e decadimento cognitivo quindi è un argomento tutt'ora aperto che merita certamente ulteriori approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA

- Farshad S, Mona H, Hossein F, et al. *Hypertension and cognitive impairment: Kabrizak Elderly Study*. Int J Ger 2011;5:212-16.
- Vergheze J, Lipton RB, Hall CB, et al. *Low blood pressure and the risk of dementia in very old individuals*. Neurology 2003;2:1667-72.
- Zhou W, Hitchner E, Gillis K, et al. *Prospective neurocognitive evaluation of patients undergoing carotid interventions*. J Vasc Surg 2012 Aug 10.
- Arima H, Anderson C, Omea T, et al. *Effects of blood pressure lowering on intracranial and extracranial bleeding in patients on antithrombotic therapy: the PROGRESS trial*. Stroke 2012;4:1675-77.
- Peters R, Beckett N, Forette F, et al. *Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial*. Lancet Neurol 2008;7:683-9.

Valutazione e trattamento della funzione renale nell'anziano iperteso

A. Ungar, E. Marrani, A. Giordano, N. Marchionni

Cardiologia e Medicina Geriatrica, AOU Careggi e Università di Firenze

Il progressivo invecchiamento della popolazione, di grande rilevanza soprattutto nel mondo occidentale, ha portato ad una vera e propria esplosione demografica dei soggetti ultrasessantacinquenni. Fin dagli anni '50 è noto che il rene va incontro a notevoli modificazioni età-correlate legate soprattutto alla glomerulosclerosi con riduzione dei glomeruli funzionanti ed all'aumento della matrice mesangiale con progressiva riduzione soprattutto della funzione corticale. Con l'aumentare dell'età infatti, almeno nel 70% della popolazione, si osserva una progressiva riduzione della portata renale plasmatica e del filtrato glomerulare. In particolare, il filtrato glomerulare si riduce proporzionalmente meno della portata renale grazie ad un aumento della frazione di filtrazione, legata ad una iperfiltrazione dei glomeruli residui. Questi meccanismi sono legati soprattutto all'attivazione di sistemi paracrini fondamentalmente legati al sistema renina-angiotensina aldosterone ed agli autacoidi renali quali le prostaglandine. Il rene senile quindi, anche senza una apparente insufficienza renale, mantiene una normale funzionalità in condizioni di stabilità clinica, riducendo però le sue risorse e divenendo quindi più vulnerabile di fronte a var eventi. In particolare, nell'anziano, una modesta disidratazione, l'insorgenza di scompenso cardiaco, l'assunzione di terapie nefrotossiche (vedi antibiotici, farmaci antinfiammatori non steroidei, ACE-inibitori etc.) sono in grado di scatenare una insufficienza renale, sia acuta che cronica, dalle conseguenze molto gravi e spesso permanenti. È infatti dimostrato che dopo un ricovero per insufficienza renale acuta l'anziano ha una elevata mortalità e solo nel 20% dei casi riesce d essere dimesso con una funzionalità renale del tutto ripristinata.

La valutazione della funzione renale nell'anziano è particolarmente complessa. Il gold standard per la valutazione della portata renale plasmatica e del filtrato glomerulare è la scintigrafia renale, tecnica chiaramente non impiegabile su larga scala come esame di routine. La creatinemia, come è noto, non è un buon indice di funzione renale nell'anziano poiché, a causa della riduzione della massa muscolare e dell'attività fisica, i valori di creatinina rimangono normali fino a riduzioni del filtrato glomerulare superiori al 50%. La stima della funzione glomerulare tramite le formule matematiche (Cockcroft-Gault che comprende anche peso corporeo e la più recente formula della MDRD – Modification of Diet in Renal Disease) permettono di avere una idea più precisa della filtrazione glomerulare, anche se con notevoli margini di errore. Il dosaggio della Cistatina C sembra essere un buon indice di funzione renale, purché non vi siano stati infiammatori attivi.

L'elevata incidenza di insufficienza renale nell'anziano è ad oggi legata soprattutto alle conseguenze dell'invecchiamento, dell'ipertensione arteriosa e del diabete mellito. Solo il corretto e precoce trattamento di queste patologie può permettere di ridurre, nei prossimi anni, la prevedibile esplosione di pazienti anziani con insufficienza renale grave, che avrà conseguenze molto importanti sia da un punto di vista sanitario che di costi assistenziali.

Simposio

IL DIABETE NEL PAZIENTE ANZIANO OGGI: LE NUOVE SFIDE E OPPORTUNITÀ

MODERATORI: B. SOLERTE (PAVIA), G. VENDEMIALE (FOGGIA)

Complessità della gestione del paziente anziano diabetico

L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, Università di Palermo

Gli anziani sono una larga quota dei diabetici tipo 2. In Italia, 2/3 dei diabetici sono over65 e circa il 20% degli over75 sono diabetici (osservatorio ARNO). Le persone anziane diabetiche hanno un tasso di mortalità maggiore dei soggetti non diabetici di pari età, maggiore disabilità funzionale, maggiore comorbidità e un maggiore rischio di andare incontro a sindromi geriatriche, depressione, disturbi cognitivi, incontinenza urinaria, cadute e dolore cronico. La gestione del diabete in questa popolazione è impegnativa perché la loro eterogeneità clinica e funzionale rende difficile l'applicazione delle linee guida allestite considerando diabetici più giovani. Alcuni anziani diabetici hanno accumulato molti anni di malattia e hanno complicanze croniche significative. Altri, di nuova diagnosi, possono essere diabetici da molti anni senza saperlo, e la diagnosi può avvenire con un evento acuto (i.e. infarto miocardico o ictus) oppure occasionalmente, ad un controllo della glicemia, in quelli asintomatici con forme lievi e senza complicanze. Lo spettro delle caratteristiche cliniche di questi pazienti è molto ampio: dall'anziano fragile con comorbidità complessa e severa disabilità fisica e cognitiva all'anziano attivo con poca comorbidità, ed anche l'aspettativa di vita è molto variabile. Il medico che si prende cura dell'anziano diabetico deve tener conto di questa eterogeneità per scegliere le migliori e più sicure opzioni terapeutiche con scopi raggiungibili, strategia da tempo riconosciuta in geriatria. I pazienti con un'aspettativa di vita sufficiente per poter beneficiare della gestione "intensiva" del diabete, attivi, cognitivamente integri e motivati dovrebbero avere gli stessi obiettivi dei diabetici più giovani. Per i pazienti con diabete di lunga durata, con complicanze croniche, comorbidità complessa o declino cognitivo e funzionale sostanziale è ragionevole impostare obiettivi meno rigidi; loro hanno meno probabilità di trarre beneficio dalla riduzione del rischio di complicanze microvascolari e più rischio di soffrire gravi effetti da ipoglicemia. Tuttavia, i pazienti con diabete poco controllato sono a rischio di disidratazione, ulcere cutanee e/o coma iperosmolare, per cui gli obiettivi glicemici almeno dovrebbero mirare ad evitare queste conseguenze. Le riduzioni maggiori in termini di morbilità e mortalità possono derivare dal controllo di altri fattori di rischio cardiovascolare piuttosto che dal solo controllo glicemico intensivo. Particolare attenzione è necessaria nella scelta della terapia farmacologica e nel monitoraggio degli anziani diabetici per il rischio di effetti avversi, tra i quali il più pericoloso è la ipoglicemia, per cui vanno evitati i farmaci che più facilmente la causano. L'adozione di una prudente terapia individualizzata con obiettivi meno rigidi per i pazienti anziani a più alto rischio di ipoglicemia è essenziale.

Simposio

LA GERIATRIA: COSTO O RISORSA PER IL SSN

MODERATORI: M.E. BONACCORSO (ROMA), G. PAOLISSO (NAPOLI)

Criticità "evidence based" nella governance dei servizi per gli anziani non autosufficienti

F. Longo

Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico, Università Bocconi, Milano

Lo scenario di una metropoli. Discutiamo lo scenario della non autosufficienza analizzando il caso di una metropoli come Milano, per analizzare le criticità della governance del settore.

A Milano vivono 100.000 grandi anziani (ultraottantenni). Tra gli ultra ottantenni vi sono la maggior parte dei 40.000 anziani non autosufficienti della città, di cui 4.000 sono ricoverati in strutture protette, 4.000 sono seguiti dalle cure domiciliari del Comune, mentre ben 32.000 anziani non ricevono servizi pubblici.

Il tasso di copertura pubblico del bisogno è del 25%.

Questo dato è però un poco "drogato", in quanto i 4000 anziani in SAD ricevono in media un'assistenza di 3 ore SAD la settimana (un'ora ogni due giorni!).

Purtroppo è una infelice sovrapposizione statistica il fatto che la stima delle badanti in città sia di 32.000, poiché alcuni degli anziani in carico al servizio pubblico dispongono anche di un informal care giver, mentre altri, non hanno né l'uno, né l'altro.

Il 53% delle risorse pubbliche per l'assistenza è nella disponibilità diretta delle famiglie attraverso trasferimenti INPS (soprattutto assegni di accompagnamento), mentre il 47% delle risorse assistenziali è suddivisa tra risorse ASL e Comune.

Il Comune non ha l'elenco degli anziani seguiti in ADI dall'ASL o che ricevono l'assegno di accompagnamento dall'INPS, così come l'ASL non ha gli elenchi Comunali e dell'INPS: mancano quindi anche le basi minime per qualsiasi forma di integrazione.

Esistono complicati sistemi di accesso, valutazione e costruzione di PAI (piani assistenziali individuali) che si rivolgono solo alla domanda esplicita: non sappiamo se gli anziani più gravi e deprivati siano quelli esclusi o inclusi nei servizi. In altri termini non siamo sicuri di selezionare per i servizi pubblici i portatori dei bisogni più intensi.

Le risorse non valorizzate. Ci sono alcune risorse potenziali che il sistema non valorizza:

I SI informativi delle AUSL sono oggi così potenti, che conosciamo nominativamente gli anziani non autosufficienti, alla luce dei consumi e delle diagnosi raccolte nei fascicoli elettronici o nella banca dati assistito (vedi CREG Lombardia o cronic care model Toscana); Le risorse finanziarie spese dalle famiglie per la cura sono ingenti (la maggioranza) e non ricomposte con quelle pubbliche, distruggendo nel complesso valore;

Il tasso di integrazione tra ASL, Comuni e INPS è così modesto, che contiene un tesoro potenziale da esplorare.

Che fare?

- Costruire banche dati nominative degli anziani non autosufficienti;

- Selezionare sul bisogno e non sulla domanda espressa, anche rendendo i sistemi di valutazione più semplici ed efficaci a livello sistemico;
- Fare pooling delle risorse tra SAD e ADI e unificare il produttore abbandonando logiche di integrazione solo funzionali;
- Integrare risorse pubbliche con quelle private delle famiglie: ADI e SAD devono cambiare il contenuto del servizio in presenza di un informal care giver.

La ricerca clinica farmacologica nel paziente anziano: un costo inutile o un dato assente?

M. Scatigna

Direttore Medico e Direttore Scientifico Sanofi Italia, Milano

Lo sviluppo di una corretta metodologia della ricerca clinica nel corso degli anni 60 e 70 ha generato nel tempo alcuni assiomi difficili da rimuovere nella conduzione dei trials.

Per moltissimi anni la convinzione che il trial dovesse essere un “esperimento” il più perfetto possibile ha certamente determinato la genesi di dati in alcuni casi poco estrapolabili all’applicazione clinica giornaliera.

Un esempio paradigmatico è stata certamente l’applicazione acritica, nei criteri di inclusione dei protocolli di studio, della fascia di età 18-65.

Tale scelta ha infatti portato alla sistematica esclusione di due fondamentali classi di popolazioni, generando una grave mancanza di informazioni in ambito pediatrico e geriatrico.

A partire dalla metà degli anni 90 la discussione in ambito scientifico di tali necessità ha determinato un progressivo interessamento degli sponsor istituzionali nonché delle Autorità Regolatorie al tema.

Le specificità ed in modo particolare le difficoltà di condurre sperimentazioni cliniche nella popolazione anziana sono state oggetto di ampi dibattiti e pubblicazioni.

La convinzione diffusa che fosse necessario iniziare ad affrontare il tema concretamente ha determinato la progressiva inclusione di fasce di popolazione geriatrica nei trials e la conduzione di studi clinici specifici, in particolare dal 2000 in poi.

Questo trend è comunque effettivamente fino ad oggi rimasto marginale.

Le ragioni sono molteplici, dalle oggettive difficoltà metodologiche a quelle più propriamente pratiche, difficoltà che incrementano in modo significativo le possibilità di insuccesso dei trials e di conseguenza il rischio per lo sponsor.

L’attuale situazione dell’Industria Farmaceutica, caratterizzata da una parte dalla progressiva perdita brevettuale dei più importanti blockbuster e dall’altra dalle crescenti difficoltà nelle aree dell’innovazione e dell’accesso, nonché dall’aumento impressionante dei costi della ricerca clinica, è destinata ad ulteriormente complicare la possibilità di una significativa inversione di tendenza.

È necessario che Autorità Regolatorie e Industria proseguano e intensifichino il confronto sul tema per trovare soluzioni normative che facilitino in modo chiaro ed evidente la conduzione di trials nella popolazione geriatrica e garantiscano all’Industria dei potenziali benefici dall’assunzione di tale impegno.

Simposio

LA SARCOPENIA: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

MODERATORE: F. LATTANZIO (ROMA)

Sarcopenia, dynapenia e cachessia: differenze e diagnosi

S. Volpato

Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Nutrizione Clinica, Università di Ferrara

Introduzione. La perdita involontaria di peso corporeo, di massa muscolare e di forza muscolare sono eventi comuni durante l’invecchiamento e sono fattori fortemente associati a elevato rischio di disabilità e mortalità. Per questo negli ultimi anni si è sviluppato un crescente interesse verso tre condizioni di frequente riscontro nel paziente geriatrico quali sarcopenia, dynapenia e cachessia.

Spesso la diagnosi di tali condizioni è resa difficile dalla sovrapposizione delle stesse e numerosi studi epidemiologici sono stati condotti al fine di identificare patogenesi, criteri diagnostici e approcci terapeutici specifici per ognuna di esse.

Definizioni, criteri diagnostici e diagnosi differenziale. Con il termine *Sarcopenia* si identifica attualmente la perdita di massa muscolare associata a riduzione di forza muscolare e di performance fisiche. L’esclusiva perdita di forza e potenza muscolare età correlata viene invece definita *Dynapenia*, mentre con il termine di *Cachessia* si intende una sindrome multifattoriale complessa caratterizzata da severa perdita di peso, di massa muscolare con o senza perdita di massa grassa, che accompagna patologie croniche.

Nel 2010 l’EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) ha elaborato dei criteri diagnostici standardizzati, che possono essere utilizzati nella pratica clinica e negli studi di ricerca, per facilitare la diagnosi di sarcopenia ¹. Anche per la diagnosi di dynapenia è stato recentemente proposto da Manini e collaboratori uno specifico algoritmo diagnostico basato sulla combinazione di fattori di rischio di dynapenia e di performance deficitarie in alcuni test di funzionalità fisica ². Sono stati infine proposti anche per la cachessia dei criteri diagnostici specifici al fine di promuoverne la diagnosi precoce, la stadiazione e il trattamento ³.

La perdita di massa e secondariamente di forza muscolare è una condizione necessaria per la definizione di cachessia. Per distinguere tale condizione dalla sarcopenia è necessario analizzare lo stato generale, e soprattutto nutrizionale dell’individuo, generalmente compromessi nel cachettico. La differenziazione delle due condizioni consente di instaurare specifici trattamenti e di prevenirne l’evoluzione a stadi irreversibili ⁴.

Un simile overlap si verifica fra sarcopenia e dynapenia: la perdita di forza e potenza muscolare è un criterio diagnostico di sarcopenia, ma può in certi casi svilupparsi anche indipendentemente dalla perdita effettiva di massa muscolare. Inoltre la forza muscolare si riduce più rapidamente negli anni rispetto alla concomitante perdita di massa magra e, al contrario, il mantenimento o persino l’aumento, di massa muscolare durante l’invecchiamento non prevengono il declino età correlato della forza muscolare. Queste evidenze hanno favorito la crescita di interesse nei confronti della dynapenia e lo sviluppo del concetto di qualità muscolare, intesa come causa della

progressiva differenziazione tra perdita di massa e di forza muscolare durante l'invecchiamento o in seguito a patologie croniche ⁵.

Conclusioni. Una precoce e precisa diagnosi differenziale tra sarcopenia, dynapenia e cachessia è spesso difficile e complessa. Tuttavia grazie all'esistenza di specifici algoritmi diagnostici utilizzabili sia nella pratica clinica che nella ricerca, appare oggi possibile e auspicabile. Un corretto inquadramento diagnostico è di fondamentale importanza per poter implementare tempestivamente interventi specifici di tipo comportamentale, nutrizionale e farmacologico al fine di migliorare l'outcome clinico e di impedire il raggiungimento di stadi irreversibili, non più suscettibili ad alcun trattamento.

BIBLIOGRAFIA

- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. *European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People.* Age Ageing 2010;39:412-23.
- Manini TM, Clark BC. *Dynapenia and aging: an update.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012;67:28-40.
- Evans WJ, Morley JE, Argilés J, et al. *Cachexia: a new definition.* Clin Nutr 2008;27:793-9.
- Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, et al. *Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics".* Clin Nutr 2010; 29:154-9.
- Volpato S, Bianchi L, Lauretani F, et al. *The Role of Muscle Mass and Muscle Quality in the Association Between Diabetes and Gait Speed.* Diabetes Care 2012;35:1672-9.

Mini simposio SIGG-SINeG

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELLE TRANSITORIE PERDITE DI COSCIENZA NELL'ANZIANO

MODERATORI: G. MASOTTI (FIRENZE), C. SERRATI (GENOVA)

Il ruolo delle "Syncope Unit" geriatriche

P. Abete¹, M. Schiavone¹, M. Teano¹, S. Meola¹, R. Untila¹, S. Russo¹, A. Ungar²

¹ *Cattedra di Geriatria, Università di Napoli "Federico II";* ² *Unità di Gerontologia e Medicina Geriatrica, Università di Firenze, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze*

La complessità di gestione del paziente anziano con sincope, molto spesso sottoposto ad esami costosi e non appropriati, che non fanno altro che prolungare la degenza, aumentare la spesa sanitaria e non giungere ad una corretta diagnosi, ha determinato l'istituzione della "Syncope Unit" o "Unità sincope" organizzazione funzionale multidisciplinare con diverse competenze specifiche all'interno dell'ospedale (cardiologo, geriatra, internista, neurologo, audiologo, psichiatra). Dove presente, i pazienti con sincope accedono alla Syncope Unit dopo che la valutazione di I livello non ha chiarito l'etiologia o quelli con peculiari condizioni di rischio (sincope traumatica recidivante, sincope in lavoratori a rischio ecc.). Il coordinamento delle attività della Syncope Unit deve essere svolto da personale medico che abbia una lunga esperienza nelle transitorie perdite di coscienza ed abbia un pieno accesso a tutte le indagini diagnostiche e

alle procedure terapeutiche eventualmente indicate (cardiologo, geriatra, medico d'urgenza, internista, neurologo). Tale struttura ha permesso la riduzione di esami incongrui, come la TC cranio, l'EEG e l'eco-Doppler dei vasi epiaortici e soprattutto il ricorso al ricovero con un effettivo contenimento della spesa sanitaria ed una migliore accuratezza diagnostica ¹.

Recentemente lo studio SUP (Syncope Unit Project)² ha arruolato 941 pazienti consecutivi in 9 Unità Sincope dal marzo al settembre 2008 con una media di 15 pazienti al mese; la maggior parte dei pazienti proveniva dagli ambulatori (60%), il 24% dal Pronto Soccorso ed il 16% dei pazienti erano ospedalizzati. La diagnosi è stata fondata sulla valutazione iniziale in 191 pazienti (21%) e dai test iniziali in 541 pazienti (61%). La perdita di coscienza è stata attribuita alla sincope neuro-mediata nel 67%, all'ipotensione ortostatica nel 4%, a cause cardiache nel 6% dei casi; la causa non sincopale era diagnosticata nel 5% dei casi. La causa della sincope è rimasta inspiegata in 159 pazienti (18%) nonostante una media di circa 4 test per paziente: questi pazienti erano più anziani, più spesso avevano una malattia cardiaca strutturale o anomalie elettrocardiografiche, un'insorgenza imprevedibile in mancanza di prodromi. Ancor più importante gli scores OESIL ed EGSIS erano più alti rispetto agli altri gruppi di pazienti. I costi medi della valutazione diagnostica era di € 209,00 per paziente ambulatoriale ed di € 1073,00 per ricovero ordinario con un costo medio di degenza di € 2990,00 per paziente ².

Nella Tabella seguente sono rappresentate l'età media e i punteggi di rischio OESIL and EGSYS nei vari gruppi di pazienti dello studio SUP:

Dai dati si evince come l'età avanzata sia una caratteristica peculiare dei casi più complicati e soprattutto di quelli in cui il rischio è più elevato e che molto spesso non raggiungono una diagnosi definitiva: tali casi richiedono, chiaramente, anche costi più elevati. Il geriatra, pertanto, dovrebbe svolgere un ruolo protagonista nell'Unità sincope ma molto spesso, invece, tale figura viene sottovalutata. Nell'annuario 2011-2013 delle Unità Sincope certificate GIMSI, infatti, delle 47 unità sincope solo 4 hanno come responsabile un geriatra mentre la maggior parte (n = 34) hanno come responsabile un cardiologo o in rari casi (n = 9) hanno come responsabile un'altra figura professionale quale l'internista o il neurologo ³.

La sincope nell'anziano è una condizione estremamente prevalente ed è caratterizzata da un'elevata mortalità e presenza di recidive. La definizione della causa di sincope nell'anziano non è semplice, ma è migliorabile soprattutto con un approccio multidimensionale geriatrico. Tale approccio nel paziente anziano è migliorato con l'istituzione delle Unità Sincope, dove, per la complessità clinica età-correlata, il geriatra deve necessariamente svolgere un ruolo sempre di più fondamentale.

Valore (range inter-quartile)	Tutti	Diagnosi alla valutazione iniziale	Diagnosi precoce dopo i tests	Assenza o in attesa di diagnosi	p
Età media	66 (46/76)	52 (36/69)	67 (46/76)	73 (65/80)	0.001
OESYL risk score	1 (0/2)	0 (0/1)	1 (0/3)	2 (1/3)	0.001
EGSYS risk score	0 (-1/2)	(-1/0)	0 (-1/2)	2 (0/3)	0.001

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Documento di Consenso AIAC sulle Syncope Unit condiviso ed accettato dal Direttivo del GIMSI in data 06.10.2008: la syncope unit: un nuovo modello organizzativo per la gestione del paziente con sincope.
- ² Brignole M, Ungar A, Casagrande I, et al.; Syncope Unit Project (SUP) investigators. *Prospective multicentre systematic guideline-based management of patients referred to the Syncope Units of general hospitals*. *Europace* 2010;12:109-18.
- ³ Annuario 2011-2013 delle Unità Sincope certificate GIMSI.

Simposio**BIOGERONTOLOGIA**

MODERATORI: E. BERGAMINI (PISA), F. RENGO (NAPOLI)

Genetica e invecchiamento

D. Mari

Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Direttore U.O.C. Geriatria, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Nei modelli animali, la ridotta attività di alcuni pathways come insulin/insulin-like growth factor signalling (ISI) e il bersaglio della rapamicina nei mammiferi (MTor) regolano la durata di vita in maniera significativa, anche in corso di restrizione dietetica. Le manipolazioni genetiche sui geni regolatori di questi pathways negli organismi inferiori (vermi, farfalle etc.) sono in grado di prolungare la durata di vita^{1,2}. La genetica, la genomica e l'epigenetica influenzano la longevità nell'uomo in modo più complesso. Gli studi su fenotipi correlati all'età sono focalizzati su studi di popolazione costituite da coorti di pazienti anziani, allo scopo di scoprire meccanismi che contribuiscano all'insorgenza e/o alla progressione di patologie a tratto complesso. Alcuni studi genetici sull'invecchiamento sono basati sullo studio di geni candidati. Un altro approccio è quello dell'analisi dell'intero genoma nel quale una variante e trascrizione genetica attraverso l'intero genoma sono utilizzate per studi di associazione (GWASs) e di linkage. La longevità potrebbe essere spiegata con il riscontro di alleli protettivi contro i fenotipi e le patologie età-correlate che contribuiscono alla mortalità nella popolazione. Un'altra ipotesi potrebbe essere legata all'assenza di alleli promotori di tali patologie. La prima ondata di dati dal GWASs ha generato un elenco di varianti genetiche comuni (polimorfismi di singoli nucleotidi) associate a patologie che contribuiscono alla mortalità, testate nelle famiglie di longevi per verificare se siano assenti. Nello studio derivato dalla coorte Leiden 85 plus Study è stato studiato nei novantenni e nelle loro famiglie un set di alleli che aumentano il rischio di malattia coronarica, di tumore, di diabete di tipo II identificati con GWASs. In realtà la frequenza di questi alleli non differiva da quelli dei controlli giovani, confermando come la longevità non può essere semplicemente spiegata con l'assenza di alleli di suscettibilità³. Si sono allora cercati negli ultralongevi alleli che si ritiene promuovano la longevità. Il confronto tra la frequenza di varianti genetiche in controlli giovani e soggetti longevi può contribuire a una più alta o bassa probabilità di sopravvivere fino a età estreme. I dati ottenuti sui geni candidati (ISI, FOXO, HSF-1, NFE2L2) hanno dato risultati contraddittori. Gli unici dati confermati in numerosi

studi indipendenti anche in centenari, sono il locus APOE, FOXO1, FOXO3 e AKT1. È inoltre essenziale studiare l'influenza ambientale sui geni. In particolare la metilazione del DNA cambia in funzione dell'età come confermato dagli studi su gemelli monozigoti, che pur avendo identiche sequenze di DNA invecchiano diversamente⁴. In un recente studio⁵ sui centenari italiani abbiamo osservato nell'analisi della metilazione del DNA nell'intero genoma specifici profili di metilazione per l'invecchiamento e la longevità: l'ipermetilazione associata all'invecchiamento avviene in geni coinvolti nello sviluppo di strutture anatomiche, organi organismi multicellulari e nella regolazione della trascrizione² geni coinvolti nella sintesi dei nucleotidi, nel metabolismo, nel controllo di trasmissione del segnale sono metilati diversamente nei centenari, nei loro figli rispetto ai figli di genitori entrambi non longevi, ipotizzando un ruolo per questi geni nella longevità.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Kenyon CJ. *The genetic of ageing*. *Nature* 2010;464:504-12.
- ² Fontana L, Partridge L, Longo VD. *Extending healthy life-span from yeast to humans*. *Science* 2010;328:321-6.
- ³ Westendorp RG, et al. *Nonagenarians sibling and their offspring display lower risk of mortality and morbidity than sporadic nonagenarians: the Leiden Longevity Study*. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1634-7.
- ⁴ Andrew T, Hart DJ, Snieder H, et al. *Are twins and singletons comparable? A study of disease-related and lifestyle characteristics in adult women*. *Twin Res* 2001;4:464-77.
- ⁵ Gentilini D, Mari D, Castaldi D, et al. *Role of epigenetics in human aging and longevity: genome-wide DNA methylation profile in centenarians and centenarians' offspring*. *Age* Epub 2012, ahead of print.

LETTURA

PRESEDE: U. SENIN (PERUGIA)

Il paziente con incontinenza urinaria: attualità in tema di diagnosi e opzioni terapeutiche

M. Porena

Clinica Urologica e Andrologica, Università di Perugia

Urinary incontinence (UI) occurs in 17-55% of elderly living in community. Medically, it predisposes individuals to perineal rashes, pressure ulcers, insertion of an indwelling catheter, urosepsis and death. Psychosocially, it is associated with stigmatization, anxiety, depression and institutionalization.

One potentially modifiable risk factor for UI in elderly is medication use. It has been observed that the risk is increased by estrogens, alpha blockers, diuretics and drugs affecting the central nervous system (benzodiazepines, antidepressants, antipsychotics and opioids). UI is most often associated with dementia and both conditions originate from the same underlying disorder; 96% of subjects with dementia and UI seem to be also dependent in getting to the toilet and the combination of dementia and locomotor problems has been estimated to be 13 times more common among incontinent than continent individuals.

Detrusor overactivity (DO), with the clinical picture represented by overactive bladder (OAB), is the major underlying pathophysiology of vascular incontinence: the frontal cortex is now recognized as an

important center for micturition and the damage to the prefrontal cortex, medial superior/middle frontal gyri, anterior cingulate cortex and supplemental motor area have been shown to result in marked lower urinary tract dysfunction in humans.

Other neurological conditions may also manifest with incontinence: DO is present in 40% of patients with Alzheimer's Disease, 45-93% with Parkinson's Disease and 71% with Dementia.

It has been demonstrated that physical activity can be associated with a significant reduction in UI: results appeared somewhat stronger for stress UI than urge UI.

Antimuscarinic therapy, with or without behavioural therapy, represents the most common treatment for patients with OAB including oxybutynin, tolterodine, trospium chloride, solifenacin and fesoterodine. While efficacy has been demonstrated in adult populations, few studies have been reported specifically in the oldest old population. Anticholinergic adverse events are frequent such as dry mouth and detrimental central nervous system (CNS) effects. If they cross the blood-brain barrier they reach the CNS and block cholinergic receptors, particularly M1 in the cerebral cortex or M4 in the basal ganglia. To a much lesser extent, tolterodine and propiverine also affect cognitive function.

Surgery can be used to treat benign outlet obstruction and stress incontinence in older patients, when conservative methods and medications have failed or are not appropriate.

Our clinical research, supported by Umbria Region showed that in geriatric patients surgical treatments for incontinence induce a significant improvement in quality of life as compared to the use of pads, with a great impact in economy.

References

Sakakibara R, Uchiyama T, Yamanishi T. *Dementia and lower urinary dysfunction: with a reference to Anticholinergic use in elderly population*. IJU(2008).

Simposio

FARMACI E ANZIANO COMPLESSO: UN TERRENO INESPLORATO?

MODERATORI: M. FINI (ROMA), N. MARCHIONNI (FIRENZE)

Appropriatezza prescrittiva e terapia individualizzata

A. Pilotto

UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova

I criteri di appropriatezza prescrittiva attualmente disponibili per l'anziano (Beers, STOPP&START) non prevedono di fatto la personalizzazione della prescrizione in quanto non contengono specifici riferimenti alle condizioni cliniche, biologiche, funzionali o genetiche che possono influenzare direttamente o indirettamente la appropriatezza della prescrizione farmacologica. Recenti studi suggeriscono che l'informazione prognostica è cruciale e determinante nell'identificare il più corretto e individualizzato approccio terapeutico, soprattutto nel soggetto anziano¹. Due recenti review sugli indici prognostici hanno identificato il Multidimensional Prognostic Index (MPI), indice prognostico di mortalità a breve e lungo termine, basato sulla valutazione multidimensionale e validato in soggetti

anziani affetti da numerose patologie acute e croniche², come uno strumento molto accurato, ben calibrato e ottimamente utilizzabile nella pratica clinica. Inoltre l'MPI è risultato significativamente più accurato nel predire la mortalità nell'anziano rispetto ad altri 3 indici di fragilità ampiamente utilizzati in ambito geriatrico³. L'applicazione del MPI in soggetti anziani ospedalizzati e ambulatoriali ha permesso di verificare l'appropriatezza prescrittiva nei pazienti anziani con differente grado di rischio di mortalità relativamente ad alcune terapie quali il trattamento con antidepressivi in anziani con depressione late-onset, il trattamento anticoagulante con warfarin in anziani con fibrillazione atriale o la terapia con statine in prevenzione secondaria di pazienti affetti da cardio- e/o cerebrovasculopatie. In conclusione considerare la prognosi del paziente è parte essenziale del processo decisionale della terapia dell'anziano, ai fini di personalizzare la terapia farmacologica. In questo senso l'implementazione sistematica dell'MPI nella pratica clinica geriatrica potrebbe migliorare sostanzialmente il nostro approccio alla cura degli anziani.

BIBLIOGRAFIA

- Gill TM. *The central role of prognosis in clinical decision making*. JAMA 2012;307:199-200.
- Pilotto A, Panza F, Ferrucci L. *A Multidimensional Prognostic Index in common conditions leading to death in older patients*. Arch Intern Med 2012;172:594-5.
- Pilotto A, Rengo F, Marchionni N, et al. on behalf of the FIRI-SIGG Study group. *Comparing the prognostic accuracy for all-cause mortality of the Frailty Instruments: a multicentre 1-year follow-up in hospitalized older patients*. PLoS One 2012;7:e29090.

Simposio SIGG-SIOT

ORTOGERIATRIA: UN MODELLO ASSISTENZIALE CENTRATO SUL PAZIENTE

MODERATORI: M. D'IMPORZANO (MILANO), P. GARERI (CATANZARO)

Ottimizzare la gestione della complessità clinica perioperatoria del paziente anziano con frattura di femore

G. Pioli, M.L. Davoli, F. Pellicciotti, P. Pignedoli, D. Bianchini, C. Tedeschi, E. Sabetta, A. Ferrari

Unità di Geriatria, Unità di Ortopedia, Medicina fisica e riabilitativa, ASMN-IRCCS, Reggio Emilia

Il management preoperatorio finalizzato al miglioramento degli outcome funzionali del paziente prevede una serie di standard fra cui la rapida ottimizzazione preoperatoria, il precoce intervento chirurgico e la precoce mobilizzazione del paziente anziano con frattura di femore. La scelta della terapia conservativa, gravata da importanti outcome negativi, deve riguardare solo un numero limitato di casi selezionati (complessivamente meno del 4%). All'ingresso circa il 20% dei pazienti presenta alterazioni cliniche o laboratoristiche di rilievo ed un altro 30% alterazioni minori. Mentre queste ultime non aumentano il rischio di complicanze postoperatorie le prime si associano ad un rischio chirurgico più elevato e per esse può essere giustificato un lieve ritardo operatorio finalizzato alla loro correzione. In alcuni pazienti cardiopatici, soprattutto se affetti da soffi non

precedentemente indagati può essere utile eseguire indagini diagnostiche preoperatorie ma sempre cercando di non posticipare l'intervento oltre le 48-72 ore. Non sono mai giustificati ritardi operatori in seguito a terapia anticoagulante (che deve essere corretta attraverso la somministrazione di vitamina K) o terapia antiaggregante.

Circa la metà dei pazienti con frattura di femore va comunque incontro a complicanze nel periodo perioperatorio. Gli interventi che si sono dimostrati in grado di ridurre il loro numero e la loro gravità sono rappresentati dal management multidisciplinare e dalla gestione del paziente attraverso protocolli. Gli ambiti che devono essere oggetto di procedure standardizzate sono ben definiti dalle linee guida e comprendono il controllo del dolore, l'idratazione, l'apporto calorico, l'anemia, la somministrazione di ossigeno, la prevenzione dei decubiti e della tromboembolia. Una delle complicanze più importanti che richiede un intervento specifico, per gli outcome negativi a cui si associa, è il delirium (evento che interessa quasi il 40% dei soggetti anziani fratturati). Numerosi sono gli interventi che devono essere attuati per la sua prevenzione ma probabilmente il più importante è la riduzione del tempo complessivo di allettamento. In effetti, tutti i pazienti, le cui condizioni generali lo consentono e con indicazione al carico, dovrebbero iniziare la riabilitazione e l'avvio al cammino già il giorno successivo l'intervento chirurgico. L'ottimizzazione della gestione perioperatoria richiede un approccio intensivo e multidisciplinare che può essere ottenuto solo attraverso modelli organizzativi di gestione del paziente in cui il geriatra e l'ortopedico condividono obiettivi e responsabilità dall'ingresso e per tutto il decorso della fase acuta.

Esperienze e progetti regionali: ortogeriatra nel Lazio

L. Tafaro, A. Devito, I. Indiano, E. De Marinis, S. Eleuteri, M. Stefanelli, L. Toussan, S. Raia, M. Rocchietti March, A. Martocchia, R. Benvenuto, P. Falaschi

UO Geriatria, A.O.U. Sant'Andrea, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma

Con la finalità di promuovere l'adozione di un percorso assistenziale ortogeriatrico per migliorare la gestione del paziente anziano con frattura di femore (FF), nel 2007 Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio ha avviato il progetto "Definizione e sperimentazione di un percorso assistenziale per la gestione intraospedaliera della frattura di femore in pazienti ultra65enni" che ha portato alla formulazione della Delibera n. 613 del 14/09/09 che prevede un abbattimento tariffario del DRG che va dal 50 al 70% per le Aziende Sanitarie che non rispettano gli standard di performance stabiliti a livello internazionale (proporzione dei pazienti ricoverati per FF sottoposti ad intervento chirurgico; tempo di attesa per intervento chirurgico).

La delibera prevede anche l'adozione da parte di tutte le strutture sanitarie della regione di un percorso assistenziale proposto dall'ASP la cui versione aggiornata al 2012 è in via di pubblicazione e dettaglia un percorso non solo intraospedaliero ma anche pre e post ricovero coinvolgendo tutte le figure sanitarie presenti sul territorio dal 118 al medico di medicina generale. In linea con questo progetto, il 7/09/09, presso l'A. O. U. Sant'Andrea di Roma è stata attivato un

percorso ortogeriatrico che prevede sia una Unità di Ortogeriatra a gestione geriatrica in cui i pazienti anziani fratturati instabili vengono ricoverati direttamente da Pronto Soccorso e/o trasferiti dall'ortopedia, sia una presenza giornaliera di un Geriatra nel reparto di ortopedia. Entrando nello specifico dei compiti del geriatra si possono riassumere in:

- gestione clinica delle patologie croniche e delle complicanze pre e post intervento;
- valutazione multidimensionale;
- pianificazione della destinazione post-ricovero.

La complicanza che necessita di un trattamento immediato e di protocolli interdisciplinari ben collaudati è senz'altro l'anemia: i nostri risultati mostrano che il valore di Hb alla dimissione è correlato alla deambulazione rilevata nella visita di follow-up. Un aspetto spesso trascurato nel modello tradizionale, è il trattamento dell'osteoporosi e dell'ipovitaminosi D. Nel nostro campione il livello medio di Vitamina D è di $8,3 \pm 6,2$ ng/ml e sono stati riscontrati valori consensualmente piuttosto elevati di paratormone: $63,5 + 32,3$ ng/ml (v.n. < 70), di conseguenza è stato adottato un protocollo intraospedaliero di supplementazione vitaminica. Per attuare un iter di prevenzione secondaria efficace è opportuno che la diagnosi di osteoporosi avvenga durante il ricovero e che la terapia antiosteoporotica venga prescritta sulla lettera di dimissione anche se per una scelta terapeutica più precisa il paziente può essere indirizzato presso il nostro centro osteoporosi. In conclusione la nostra esperienza ci conferma quotidianamente che l'ortogeriatra necessita di una complessa collaborazione interdisciplinare ma, al momento è l'unica risposta valida al problema della gestione dell'anziano fragile fratturato.

Mini simposio

PSICOGERIATRIA: IL DELIRIUM NEI DIVERSI SETTING

MODERATORI: G. NORO (TRENTO), M. TRABUCCHI (BRESCIA)

Il delirium nei reparti ospedalieri medici e chirurgici

M. Zoli, E. Fabbri, P. Forti

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

Il delirium è una sindrome clinica caratterizzata da alterazione dello stato di coscienza e disturbo delle funzioni cognitive e percettive, che insorge in un breve periodo di tempo (da ore a giorni) e con andamento fluttuante nel corso della giornata. È una condizione comune e seria nei pazienti anziani ospedalizzati, ma frequentemente sotto-stimata. Si associa a maggior durata della degenza, elevata mortalità ed aumentato rischio di ri-ospedalizzazione ed istituzionalizzazione. La sua prevalenza all'ingresso in ospedale (delirium prevalente) è circa del 14-24%, mentre la sua incidenza nel corso del ricovero (delirium incidente) è circa 6-56%¹. Il rischio è più elevato nei pazienti chirurgici e l'incidenza di delirium postoperatorio (DPO) è destinata ad aumentare ulteriormente come conseguenza dell'invecchiamento demografico. La maggior parte degli studi sul DPO sono stati condotti su pazienti sottoposti ad interventi ortopedici e cardiovascolari, che più frequentemente si complicano con DPO². Il pronto riconoscimento del delirium nel setting internistico/chirurgico

co è molto importante perché tale condizione nel paziente geriatrico può rappresentare il campanello di allarme per l'insorgenza di una complicanza con presentazione atipica. A tal fine sono disponibili strumenti standardizzati di facile utilizzo per medici e infermieri (CAM). La comparsa di delirium nei pazienti anziani ospedalizzati è il risultato della complessa interazione di molteplici fattori predisponenti e precipitanti. Tra i primi, il principale è un preesistente deterioramento dello stato cognitivo. Tra quelli precipitanti, invece, i più rilevanti sono l'utilizzo di mezzi di contenzione e di cateteri, la polifarmacoterapia, le infezioni, gli interventi chirurgici, la disidratazione e gli squilibri elettrolitici. L'identificazione dei pazienti ad alto rischio di sviluppare delirium è particolarmente importante per la messa in atto di adeguate strategie di prevenzione. La prevenzione e la gestione del delirium sono infatti state proposte come indicatori di elevata qualità di cura dei pazienti anziani ospedalizzati³. Tra le misure preventive, oltre allo screening dei pazienti anziani ricoverati, sono importanti la consulenza geriatrica o il ricovero in ambiente geriatrico, la realizzazione di programmi educativi per personale infermieristico, eventuali interventi ambientali ed il coinvolgimento di familiari e volontari⁴.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. *Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment*. *Nat Rev Neurol* 2009;5:210-20.
- 2 Saxena S, Lawley D. *Delirium in the elderly: a clinical review*. *Postgrad Med J* 2009;85:405-13.
- 3 Inouye SK. *Delirium in older persons*. *N Engl J Med* 2006;354:1157-65.
- 4 Rathier MO, Baker WL. *A review of recent clinical trials and guidelines on the prevention and management of delirium in hospitalized older patients*. *Hosp Pract (Minneapolis)* 2011;39:96-106.

Simposio Fondo Mario Gasparini Casari

LA GERIATRIA PER GLI OLDEST-OLD

MODERATORI: G. SALVIOLI (MODENA), U. SENIN (PERUGIA)

Caratteristiche e dinamiche evolutive degli oldest-old in Italia

A. Rosina

Facoltà di Economia, Università Cattolica di Milano

Al momento dell'Unità d'Italia la fecondità era ancora attorno ai cinque figli per donna e la durata media di vita arrivava a malapena ai 32 anni. La piramide demografica aveva quindi una base larga, per la presenza di molti bambini e giovani, e un vertice molto stretto, a causa degli elevati rischi di morte lungo tutto il corso di vita che frenavano la probabilità che in molti arrivassero al traguardo dei sessant'anni e oltre. La progressiva e assai consistente riduzione delle nascite ha ristretto notevolmente la base della piramide. Ora nascono molti meno figli, ma si trovano anche di fronte, grazie agli eccezionali progressi ottenuti nella sopravvivenza, a prospettive quasi certe di attraversare incolumi tutte le fasi iniziali e intermedie dell'esistenza fino a superare la stagione dei capelli bianchi.

Se ancora all'inizio del XX secolo, meno di una persona su dieci arrivava a superare gli 80 anni, all'inizio del XXI secolo tale metà è

diventata, per la prima volta nella storia dell'umanità, un'impresa alla portata dei più, realizzata infatti da oltre la metà degli uomini e da oltre il 70% delle donne¹.

In questo processo di cambiamento la penisola italiana si è imposta come una delle aree del pianeta in cui si vive più a lungo. Le donne presentano una speranza di vita oramai vicina agli 85 anni. Ma valori molti elevati si trovano in tutta l'area che assieme al nostro paese unisce anche Svizzera, Francia e Spagna. Negli stessi paesi particolarmente elevata rispetto al resto del continente risulta anche l'incidenza degli ultracentenari. Livelli significativamente più elevati si trovano solo in Giappone.

Se nel passato i nipoti vedevano nei nonni rispecchiati, con buona approssimazione, il loro aspetto e stato, nel caso fossero riusciti a raggiungere la loro stessa età, questo è oggi sempre meno vero. A pari età si è in media più giovani – fisicamente, mentalmente, psicologicamente, cognitivamente – rispetto a tutte le generazioni precedenti².

Resta però il fatto che l'aumento della longevità non è solo crescita di vita in buona salute e che, per le dinamiche demografiche in corso, non solo è in aumento la popolazione anziana ma ancor più lo è la componente dei "grandi anziani". Gli over 80 erano in Italia poco più di mezzo milione nel 1951, sono ora più di 3,5 milioni e sono destinati a salire oltre gli 8,5 milioni nel 2050 secondo le più recenti previsioni Istat.

All'aumento demografico dei grandi anziani è associata anche una crescita della domanda di assistenza per i non autosufficienti (attualmente circa due milioni), mettendo in tensione il sistema di welfare italiano basato soprattutto sulle reti di aiuto informale. Con quali prospettive per il futuro?

BIBLIOGRAFIA

- 1 Golini A, Rosina A. (a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*. Bologna: il Mulino 2011.
- 2 OECD. *Live longer, work longer*. Paris 2006.

I problemi medici del grande anziano: come affrontarli?

C. Mussi

Cattedra di Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Gli esseri umani sono sempre invecchiati, si sono sempre ammalati e sono sempre morti. Tuttavia, fino a quando la durata media della vita era breve come anche il decorso della malattia, questa realtà biologica non poneva nessun problema particolare. Le persone morivano in diversi momenti del ciclo vitale e la morte era probabile sia per il giovane che per l'anziano. Questa situazione è cambiata drasticamente. Nella società attuale che per la prima volta l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno generalizzato. Questa tendenza sta avanzando rapidamente anche in popolosi paesi che sempre di più sono in contatto con le nazioni tradizionalmente prevalenti, ma ora in lenta decadenza.

La SIGG ha prodotto linee guida sulle cure terminali che riguardano sempre di più gli "oldest-old" (soggetti con età maggiore di 85 anni), classe che sta aumentando di più numericamente e che ha un tasso di mortalità elevato; la morte si verifica al termine di

un periodo più o meno lungo trascorso con disabilità variabile a causa della coesistenza di numerose patologie. In Italia un'elevata percentuale di anziani muore a casa più che nelle strutture e in ospedale.

C'è il problema della corretta certificazione della cause di morte del paziente oldest-old ospedalizzato; l'evento è più frequente con l'avanzare dell'età e merita maggior attenzione anche per le ricadute operative e decisionali che può e deve avere. In questa classe di popolazione si dovrebbe cercare di evitare la causa singola come causa di morte in quanto all'evento concorrono frequentemente cause multiple; ad esempio, il contributo della demenza e delle malattie respiratorie è frequente e dovrebbe essere considerato. Non è ancora possibile codificare le grandi sindromi geriatriche, che più delle singole malattie concorrono alla disabilità del paziente anziano: cadute, malnutrizione, incontinenza urinaria, ecc. L'approccio a queste condizioni è difficile in termini di identificazione delle cause, diagnosi e terapia non farmacologica e farmacologica, ma è l'unico modo per prendersi cura dei grandi anziani. Nell'oldest-old alla morte concorrono più cause anche se è difficile quantizzarne il reale contributo: sarà un obiettivo della ricerca che dovrà essere convincente per proporre la medicina non più centrata sulla tradizionale diagnosi e terapia delle singole patologie; serve la medicina integrata con decisioni che abbiano come obiettivi risultati precisi e definiti adatti alle persone molto anziane.

BIBLIOGRAFIA

- Tinetti ME, McAvay GJ, Murphy TE, et al. *Contribution of individual diseases to death in older adults with multiple diseases*. J Am Geriatr Soc 2012;60:1448-56.
- Tinetti ME, Fried T. *The end of the disease era*. Am J Med 2004;46:179-85.
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, et al. *Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept*. J Am Geriatr Soc 2007;55:780-91.

Venerdì, 23 novembre 2012

Simposio

LE INFEZIONI RESPIRATORIE NELL'ANZIANO

MODERATORI: R. ANTONELLI INCALZI (ROMA), A. GUAITA (ABBIATEGRASSO)

Tattamento domiciliare e in RSA del paziente con infezione respiratoria

P.A. Bonati, L. Luchetti*

Responsabile UOSD Geriatria Territoriale, responsabile Centro Disturbi Cognitivi AUSL di Parma, * U.O. di Geriatria, ospedale di Piacenza, Responsabile Consultorio Disturbi Cognitivi di Piacenza

La polmonite nelle strutture protette (NHAP) è epidemiologicamente un'infezione in progressivo aumento: nonostante i miglioramenti diagnostico-terapeutici ¹ ha ancora un significativo tasso di mortalità (10-30% in un mese) che giustifica la distinzione nosografica da quella acquisita in comunità (CAP).

Per la ATS/IDSA la diagnosi clinica di NHAP si basa su elementi radiologici e parametri clinici (T > 38°, leucocitosi, espettorato purulento o ipossia) ². Principale agente infettivo è lo *S. pneumoniae*

con *S. aureo*, Gram-negativi e *C. pneumoniae* più frequenti nei casi complessi; più rare invece le forme da ceppi patogeni "multidrug-resistant". Peculiarità dei grandi anziani e soggetti con demenza sono le polmoniti da aspirazione ³: spesso trattate con antibiotici, possono, in realtà, giovare delle sole terapie di supporto (idratazione per via venosa, O₂terapia e interruzione dell'alimentazione per sonda se presente da 24-36 h) ⁴.

In presenza di carenze organizzative (indisponibilità tempestiva di antibiotico, inadeguato staff di cura/assistenza, incerto consenso ad un ricovero) ⁵ maggiore è la propensione del medico al ricovero in caso di NHAP, malgrado l'assenza in letteratura, di vantaggi certi, in termini di mortalità e morbilità, rispetto al trattamento in struttura di soggetti anziani con le stesse caratteristiche. Emerge, anzi, nei ricoverati in ambiente ospedaliero, oltre all'atteso aumento di costi e mortalità, un aumentato rischio di declino funzionale, episodi di *delirium* e lesioni da pressione ⁵.

Più recentemente la maggiore mortalità nelle NHAP, rispetto alle CAP, è stata correlata più che a un diverso *pattern* microbico, all'eccesso di comorbilità portando, di conseguenza, a considerare e trattare la polmonite come evento terminale ⁶.

In conclusione sede più idonea per trattare le NHAP sembra la struttura protetta, eccetto i casi con frequenza respiratoria > 40 atti/min meritevoli di ricovero ospedaliero.

Come prevenzione è raccomandata sia la vaccinazione antinfluenzale ⁷ che l'antipneumococcica ⁸ e come trattamento elettivo un fluorchinolonico antipneumococcico o, in alternativa, un inibitore beta lattamico/betalattamico o una cefalosporina di seconda/terza generazione associata ad azitromicina. Nei casi lievi o moderati va preferita la terapia orale ⁹ ad un dosaggio il più possibile individualizzato, con duplice scopo: prevenire effetti collaterali e limitare interazioni farmacologiche – spesso inevitabili con schemi terapeutici complessi morbilità-correlati ¹.

BIBLIOGRAFIA

- Mills K, et al. *Treatment of nursing home-acquired pneumonia*. Am Fam Physician 2009;79,11:976-82.
- American Thoracic Society; Infectious Diseases Society of America. *Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator associated, and healthcare-associated pneumonia*. Am J Respir Crit Care Med 2005;171:388-416.
- Gutiérrez F, et al. *Improving outcomes of elderly patients with community-acquired pneumonia*. Drugs Aging 2008;25:585-610.
- Mylotte JM, et al. *Pneumonia versus aspiration pneumonitis in nursing home residents: diagnosis and management*. J Am Geriatr Soc 2003;51:17-23.
- Dosa D. *Should I hospitalize my resident with nursing home-acquired pneumonia?* J Am Med Dir Assoc 2005;6:327-33.
- Ewig S, et al. *Nursing-home-acquired pneumonia in Germany. An 8-year prospective multicentre study*. Thorax 2012;67:132-8.
- Smith NM, et al. *Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)* [published correction appears in MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006;55:800]. MMWR Recomm Rep 2006;55:1-42.
- Prevention of pneumococcal disease: recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR Recomm Rep 1997;46:1-24.
- Hutt E, et al. *Evidence-based guidelines for management of nursing home-acquired pneumonia*. J Fam Pract 2002;51:709-16.

Gli interventi diagnostici e terapeutici in Pronto Soccorso: chi, quando e dove ricoverare

M. Calabrò

U.O.C. Geriatria, Treviso

La Medicina di Emergenza è nata nel 1960 per rispondere alla mancanza di un approccio organizzato alla malattia acuta. È sorta in Alexandria, Virginia, con quattro medici che hanno lasciato le loro precedenti attività per dedicarsi a tempo pieno alla medicina d'urgenza. Nel volgere degli anni la Medicina d'Urgenza è divenuta il "gateway" per l'ospedale. Nei medesimi anni si è assistito al crescente utilizzo delle strutture di Pronto Soccorso ed a un costante incremento degli accessi. È documentata l'elevata prevalenza di anziani in PS, indipendentemente dai paesi, dai sistemi sanitari, dalla distribuzione della popolazione e all'elevato tasso di ricovero negli anziani. Tali aspetti si evincono con lo "spike in visit rates" che si ha dopo i 75 anni e soprattutto dopo gli 85 anni. Le condizioni che determinano un accesso in PS derivanti da infezioni respiratorie sono assai rappresentate in questa fascia di età e rappresentano i più frequenti DRG nelle U.O. Geriatriche per Acuti. Negli anni sono stati testati ed utilizzati diversi strumenti di valutazione per definire il paziente che può essere gestito a domicilio e quello che richiede il ricovero ospedaliero (Pneumonia Severity Index e CURB-65) ma resta vago e discrezionale il ruolo della comorbilità, reale fattore di rischio aggiuntivo nella popolazione di fasce di età più avanzata ed in particolare la presenza di decadimento cognitivo, la presenza di delirium prevalente e di scompenso cardiaco cronico. Gli interventi diagnostici sono pressochè standardizzati ma il dosaggio del Fattore Natriuretico Atriale, della procalcitonina, e la valutazione dell'emogasanalisi arteriosa in aria ambiente in correlazione con la radiografia standard del torace e dei parametri ematochimici risultano cruciali per una definizione del quadro clinico. Tali analisi potrebbero essere sufficienti per una valutazione di 1° livello, ma restano carenti riguardo i dati forniti dalla Valutazione MultiDimensionale, reale strumento per determinare il percorso terapeutico più adeguato, non ovviamente eseguita ed eseguibile in Pronto Soccorso. Pertanto sarebbe auspicabile che il ricovero, là dove indicato, avvenisse presso un'Unità Geriatrica per Acuti, se non richiesta un'assistenza da terapia intensiva, e che i pazienti gestibili in regime domiciliare venissero comunque presi in carico da attività geriatriche ambulatoriali o domiciliari in modo di non privare il paziente anziano di una procedura diagnostica, quale la VMD, di basso costo ma di elevatissimo significato clinico. Dal punto di vista terapeutico è auspicabile che in PS vengano intrapresi tutti i trattamenti atti a stabilizzare le condizioni cardiorespiratorie del paziente e che il trattamento antibiotico venga intrapreso entro le otto ore dall'arrivo in PS, ottimale che venga instaurato già in PS sulla scorta delle Linee Guida esistenti nelle varie realtà.

BIBLIOGRAFIA

Kleerup EC. *Quality Indicators for Quality of Care During Hospitalization for Vulnerable Elder Persons, August 2004*. www.rand.org.

Gli aspetti extrarrespiratori della polmonite nell'anziano

P. Ranieri

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

La polmonite è uno dei problemi di salute più frequente e significativo nella popolazione anziana, causa frequente di ospedalizzazione e mortalità in questa fascia di età. Spesso rappresenta l'evento terminale di diverse patologie concomitanti, come il diabete mellito, la BPCO, lo scompenso cardiaco, le neoplasie maligne e la demenza severa. L'incidenza annuale negli anziani varia da 20-40/1000 per la polmonite acquisita nella collettività a 100-250/1000 per la polmonite acquisita nelle strutture assistenziali residenziali.

I fattori di rischio che predispongono l'anziano alla polmonite includono la comorbilità, soprattutto il diabete, lo scompenso cardiaco, l'insufficienza renale, la disabilità funzionale e cognitiva e la malnutrizione. Tali fattori di rischio sono i medesimi che condizionano ed aggravano la prognosi a breve e medio termine.

La presentazione clinica della polmonite può essere subdola ed atipica e dovrebbe essere sospettata in tutti gli anziani che presentano alterazione repentina dello stato mentale e/o improvviso declino dello stato funzionale, anche in assenza di sintomi e segni suggestivi per la presenza di un'infezione delle vie respiratorie, come ad esempio febbre, tosse, dispnea e espettorato purulento.

È stato dimostrato che gli aspetti extrarrespiratori della polmonite nel paziente anziano ne condizionano sia la presentazione clinica che la prognosi negativa. La disabilità funzionale che si associa all'evento acuto "polmonite" in un paziente anziano ospedalizzato, spesso determina un peggioramento irreversibile dello stato funzionale che persiste anche alla risoluzione dell'evento acuto. Anche per quanto riguarda la prognosi, la presenza di comorbilità (specialmente cardiovascolare e cerebrovascolare), di deficit cognitivo, di anemia ed uno scarso controllo dell'omeostasi glucidica sono significativi ed indipendenti predittori di mortalità a 2-3 anni dalla dimissione dopo un ricovero ospedaliero per polmonite acquisita in comunità.

Più recenti studi hanno inoltre identificato un aumentato rischio, a breve ed lungo termine, di eventi cardiovascolari e morte per cause vascolari, in seguito ad infezioni acute delle vie respiratorie. Sebbene il meccanismo non sia stato ancora completamente chiarito, è suggestivo che lo stato infiammatorio dei pazienti affetti da polmonite determini una destabilizzazione del sistema endoteliale vascolare aumentando il rischio di eventi cardiovascolari coronarici. Tali effetti sarebbero mediati sia dalla risposta dell'ospite all'infezione, e in alcuni casi, come effetto diretto dell'infezione batterica stessa.

Scopo di questa relazione è quella di descrivere la complessità clinica del paziente anziano affetto da polmonite, analizzando soprattutto gli aspetti non strettamente respiratori di una patologia organo-specifica spesso complicata da un interessamento sistemico. La valutazione da parte del geriatra della complessità clinica ed il riconoscimento delle patologie associate rappresentano il cardine del trattamento e della prognosi di tale patologia infettiva.

Simposio SIGG-ISSAM

L'IPOANDROGENISMO NELL'AGING MALE: DISFUNZIONE ERETTILE E NON SOLO

MODERATORI: F. ROMANELLI (ROMA), G. VALENTI (PARMA)

Il ruolo della disregolazione ormonale multipla nel soggetto anziano

M. Maggio

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Geriatria, Università di Parma

L'invecchiamento accelerato è determinato dalla ridotta efficienza dei meccanismi omeostatici. Uno dei meccanismi sottostanti è lo sbilanciamento tra ormoni catabolici ed anabolici. L'invecchiamento maschile è infatti caratterizzato da un progressivo declino degli ormoni anabolici come testosterone (Te), insulin like growth factor-1 (IGF-1) e deidroepiandrosterone solfato (DHEAS). Il declino di un singolo ormone anabolico è stato associato a specifici sintomi e segni clinici. Il termine PADAM è stato coniato per identificare sintomi correlati con il parziale deficit di Te e DHEAS, quello di somatopausa per indicare la possibile implicazione clinica del declino dell'attività GH-IGF-1. Sebbene ci sia sovrapposizione tra queste sindromi la prevalente linea di ricerca nelle decadi precedenti è stata quella di spiegare molti fenomeni età-correlati come conseguenza di un singola modificazione ormonale. Bassi livelli di Te sono stati associati a modificazioni della composizione corporea, aumentato rischio di anemia e di sindrome metabolica, DHEAS è stato ipotizzato tra i mediatori della relazione tra restrizione calorica e longevità sia nel modello animale che umano, l'IGF-1 *signalling* è stato ritenuto un determinante della longevità attraverso azioni protettive a livello vascolare e metabolico. Tuttavia l'idea della singola modificazione ormonale come *primum movens* è confutata da basi fisiopatologiche (il DHEAS si converte in Te ed insieme sono in grado di stimolare la produzione epatica di IGF-1) e dalle recenti teorie dell'invecchiamento accelerato che si basano sulla disregolazione multisistemica. Recenti studi clinico-epidemiologici suggeriscono la necessità di guardare nel soggetto anziano all'assetto anabolico ormonale nel suo complesso. Condizioni di stress acuto come la chirurgia cardiaca si accompagnano ad una riduzione profonda e parallela di ormoni anabolici (Te ed IGF-1). Studi di popolazione che hanno testato la relazione tra la singola modificazione ormonale ed outcome avversi hanno prodotto risultati contrastanti. Gli studi InCHIANTI e DETECT-SHIP hanno invece mostrato che la contemporanea presenza di ridotti livelli di ormoni anabolici, ma non la singola alterazione endocrina, costituisce un predittore indipendente di fragilità e mortalità. Inoltre dal momento che nel tessuto muscolare scheletrico Te ed IGF-1 hanno target molecolari diversi è stato adottato l'uso combinato di questi 2 ormoni per sfruttarne l'effetto sinergico sulla funzione fisica. A fronte delle implicazioni terapeutiche del ruolo della disregolazione ormonale multipla ancora preliminari, i dati attuali suggeriscono di muovere nel soggetto anziano al di là del modello "un deficit, una terapia sostitutiva" che meglio si adatta allo studio e trattamento della patologia endocrina del soggetto adulto.

BIBLIOGRAFIA

Cappola AR, Maggio M, Ferrucci L. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:696-7.
Maggio M, et al. *Acta Biomed* 2010;81(Suppl. 1):19-29.
Maggio M, et al. *Arch Intern Med* 2007;167:2249-54.

Prevalence of metabolic factors in hypogonadal men: baseline findings from the Registry of Hypogonadism in Men (RHYME)

M. Maggi, G. Rastrelli, T.M. Curto, A.B. Araujo, R.C. Rosen
Dipartimento di Fisiopatologia Clinica Università di Firenze

Little is known about the course of disease of hypogonadism in men. A multi-national patient registry of treated and untreated men with hypogonadism (RHYME) has been initiated in six European countries since 2009. For this study, hypogonadal men (N = 1000) were recruited to the registry by experienced clinicians (urology, endocrinology, and primary care) in six countries (Germany, Italy, Netherlands, Spain, Sweden, and United Kingdom).

Approximately 30% (N = 309) of the participants were recruited from five clinical centers in Italy. The primary endpoint for the Registry is the rate of positive prostate biopsy, with other measures included of prostate health (e.g., BPH/LUTS symptoms), quality of life and sexual function as secondary endpoints. All patients are seen regularly over three years at baseline, 3-6 months, 12 months, 24 months and 36 months. Data collection includes a complete medical history, physical examination, blood sampling, and patient questionnaire, all in accordance with standard of care guidelines for hypogonadism. Blood samples are analyzed in a central laboratory for serum testosterone (by mass spectrometry), prostate-specific antigen (PSA), luteinizing hormone (LH), and sex hormone-binding globulin. Prostate, cardiovascular and other clinical endpoints are centrally adjudicated. All data are entered into a centralized database. Data describing the complete baseline cohort, including population characteristics, serum testosterone levels and prevalence of metabolic factors will be presented.

This study is supported by Bayer Pharma AG.

Simposio del Gruppo di Studio SIGG

"La cura nella fase terminale della vita"

DOLORE, SOFFERENZA, SPIRITUALITÀ NELLE CURE DI FINE VITA

MODERATORI: L. BONCINELLI (FIRENZE), C. SABBA (BARI)

Le scale di valutazione dei bisogni spirituali

F. Caretta

Dipartimento di Geriatria Neuroscienze Ortopedia, Università Cattolica del Sacro Cuore Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" Roma

L'attenzione alla dimensione spirituale della persona nella pratica medica e assistenziale è un tema ormai da anni presente su pubblicazioni e riviste scientifiche: già nel 1997 ad esempio, si affermava che la spiritualità è il fattore dimenticato in medicina e si auspicava

che venisse inserita nel curriculum degli studi delle facoltà mediche ¹.

Recentemente si è proposto di considerare la spiritualità come uno dei segni vitali del paziente. Esiste tuttavia un gap di conoscenze riguardo alla valutazione dei bisogni spirituali, a come si modifichino durante la traiettoria di progressione della malattia ². È necessario un approfondimento che tenga conto degli interrogativi e delle preoccupazioni spirituali non solo dei pazienti, ma anche dei caregiver. Si evidenziano inoltre le difficoltà insite nel tentare di incapsulare qualcosa di intangibile e mistico come la spiritualità.

Sono stati implementati numerosi strumenti, scale di valutazione per indagare la spiritualità, credenze e pratiche religiose, il livello di benessere spirituale. Alcuni strumenti si basano su una revisione della letteratura, altri su ricerche qualitative. La valutazione dovrebbe tener conto delle diverse religioni tradizionali e della spiritualità che non si esprime in categorie religiose. Una valutazione informale comunque può essere attuata in qualsiasi momento nel corso dell'incontro con il paziente. I pazienti spesso usano un linguaggio simbolico o metaforico per esprimere le loro considerazioni sulla spiritualità; di conseguenza gli operatori sanitari dovranno usare modalità di ascolto attivo, attenzione a interpretare quanto il paziente sta cercando di comunicare ³.

Se si pone l'attenzione all'ambito geriatrico, esistono scarse conoscenze circa i bisogni spirituali dei pazienti anziani, il deterioramento cognitivo, la fase terminale della vita.

Va tenuto presente comunque che gli strumenti di valutazione - da soli - non possono essere il metodo migliore per valutare le esigenze del paziente; piuttosto, i bisogni spirituali possono essere identificati come il risultato di un' esplorazione interpersonale con un approccio che faciliti l'espressione della singola persona, in modo da cercare di adattare gli interventi alle esigenze individuali e renderli disponibili al momento opportuno.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Firshein J. *Spirituality in medicine gains support in the USA*. Lancet 1997;349:1300.
- ² Lunder U, Furlan M, Simoni A. *Spiritual needs assessments and measurements*. Current Opinion Supportive Palliative Care 2011;5:273-8.
- ³ Anandarajah G, Hight E. *Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment*. American Family Physician 2001;63:81-92.

Il ruolo della spiritualità nel team di cura: a domicilio

A. Marsilio

Medico di Famiglia e Geriatra ULSS 13 Mirano (VE)

È ormai convinzione comune che la filosofia delle cure palliative rappresenti il modello di assistenza raccomandato a livello nazionale ed internazionale per fornire cure di qualità alla fine della vita in tutti i setting assistenziali: ospedale, residenze per anziani, domicilio. È noto che il corpus culturale delle Cure Palliative si fonda sull'approccio globale alla persona compresa la dimensione spirituale: l'accompagnamento non può essere attuato se la persona soffre fisicamente, né d'altra parte può essere attuato se, oltre al dolore,

non prendiamo in considerazione anche la dimensione psicologica, spirituale, sociale...

In questo senso un importante passo nella giusta direzione è avvenuto con la Legge n. 38 del 15.03.2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che sancisce il diritto di ogni cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, anche a domicilio, ad opera del Medico di Famiglia e dell'equipe di Cure Palliative.

La famiglia è un luogo sociale e di cura complesso: le relazioni tra malato, famiglia ed equipe curante, a casa, hanno un peso molto maggiore rispetto all'ospedale; la fase della terminalità e del commiato è un momento cruciale se vissuto con la vicinanza dei propri cari.

D'altra parte la relazione terapeutica a domicilio deve inserirsi in un contesto di cura e assistenza che si protrae nel tempo, un continuum che va dall'inizio della malattia, al momento della morte; trova senso in un approccio globale e multidisciplinare che comprende la comunicazione della diagnosi, l'adeguato trattamento del dolore e degli altri sintomi presenti, la decisione condivisa su quali trattamenti attuare o non attuare e sul luogo dove morire.

Purtroppo sempre più frequentemente la famiglia non è in grado di farsi carico del morente e così spesso o si delega l'ospedale a gestire gli ultimi giorni di vita del paziente (preferendo una morte "tecnologica" ad una morte "compassionevole" fra le mura di casa), o si affida in maniera incondizionata l'assistenza del proprio caro alle cosiddette "badanti".

Quando invece la famiglia riesce ad accompagnare il proprio congiunto fino al momento della morte a casa, nel proprio letto, vive un'esperienza straordinaria, che rimane nella memoria di "chi resta"; ma anche per il medico accompagnare un paziente fino al momento della morte è una esperienza di grande arricchimento sia professionale che umano che segna in maniera indelebile il nostro agire di medici e di uomini.

Il ruolo della spiritualità nel team di cura: in ospedale

A. Cester

Dipartimento di Geriatria, Lungodegenza e Riabilitazione dell'Az. ULSS 13 Mirano, Ospedale di Dolo (VE)

Quale il confine tra dolore, sofferenze e spiritualità nell'ospedale moderno? Basta sedare il dolore e accompagnare, pensando di aver prestato tutte le cure del caso? E per gli aspetti più reconditi dell'emozione e della spiritualità quali sono le disponibilità e le competenze che l'ospedale può mettere in campo? Chi garantisce le competenze del nostro team di cura su questi temi? E l'aggiornamento tecnico prevede anche questi temi? O forse preferiamo celarci dietro aspetti tecnici e tecnocratici?

Bastano il conforto religioso e qualche separé per affrontare gli aspetti spirituali che la morte induce nei vissuti individuali, nei nostri pazienti, nei loro cari e nel nostro gruppo di lavoro?

Non possiamo pensare di delegare ad altri o solo ad altre figure professionali un problema che è anche nostro, che ci segna, che implica scelte e vicinanze.

L'elaborazione di una perdita, di un lutto anche non parentale, richiede elaborazione, sensibilità, forza e la capacità di interpretare le ferite narcisistiche di professioni che non sempre curano e guariscono... questo è un lavoro da fare sui singoli, ma anche sul gruppo che cura...

Dove non si cura in termini di farmaci, device e procedure invasive, c'è ancora medicina e non solo solidarietà e umanità...

Cercheremo di dare qualche risposta alle riflessioni che derivano da queste semplici domande, che tutti quelli che lavorano con i malati anziani si dovrebbero porre, tutti i giorni.

Simposio SIGG-SINeG-AIP

COME MIGLIORARE L'APPROCCIO TERAPEUTICO AL PAZIENTE CON MALATTIA DI ALZHEIMER?

MODERATORI: C. SERRATI (GENOVA), M. TRABUCCHI (BRESCIA)

Gli inibitori delle colinesterasi possono avere un effetto disease-modifying?

S. De Carolis, E. Silingardi*

Responsabile Aziendale del Progetto Demenze per il territorio della Provincia di Rimini / Centro della Memoria (CEDEM), AUSL Rimini; * Direttore U.O. Anziani e Disabili fisici e sensoriali, AUSL Rimini

In una review conclusiva del Progetto Cronos, Raschetti e collaboratori – esaminando un campione di 5462 pazienti affetti da malattia di Alzheimer (MA) – affermavano che gli inibitori dell'enzima acetilcolinesterasi (AChEI) mostravano un'efficacia modesta sui sintomi cognitivi, indipendente dal dosaggio e sovrapponibile a quella emersa dai principali trials clinici randomizzati controllati (RCT) ¹. Studi e riflessioni più recenti hanno tuttavia ricondotto la modesta efficacia dimostrata da questi farmaci a una serie di fattori, tra cui l'eccessiva selezione operata sulle popolazioni inserite negli studi e i troppo rigidi criteri diagnostici applicati (assai lontani da quel "real world" in cui ogni Unità Valutativa Alzheimer si trova a operare). Devono inoltre essere considerati altri fattori collegati all'impiego non ottimale degli AChEI, che vengono utilizzati tardivamente, a dosaggi inadeguati e in totale assenza di strategie alternative (quali lo switch terapeutico fra le varie molecole a disposizione).

In attesa di una più completa comprensione dei meccanismi fisiopatologici che sono alla base della malattia e della conseguente individuazione di nuove strategie farmacologiche (per posticipare l'esordio o ritardare gli effetti della malattia), occorre pertanto sfruttare al massimo le opportunità offerte dai farmaci antidemenza attualmente disponibili: per gli AChEI ciò riguarda essenzialmente l'ottimizzazione dei dosaggi ² e delle strategie terapeutiche (switch). D'altronde, se veramente – come recenti studi hanno dimostrato – i tassi d'incidenza della demenza risultano in diminuzione nelle ultime decadi ³, ciò potrebbe essere in parte dovuto anche all'utilizzo degli AChEI: essi sono stati infatti impiegati dalla metà dell'ultimo decennio del secolo scorso come farmaci cognitivi sintomatici ma possederebbero anche peculiari caratteristiche *disease-modifying* quali, ad esempio, un'azione riduttiva sulla formazione della proteina β -amiloide (A β) ⁴ e un effetto neuroprotettivo legato alla doppia

inibizione di butirrilcolinesterasi (BuChE) e acetilcolinesterasi (AChE) ⁵.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Raschetti R, Maggini M, Sorrentino GC, et al. *A cohort study of effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease*. Eur J Clin Pharmacol 2005;61:361-8.
- 2 Cummings J, Froelich L, Black SE, et al. *Randomized, Double-Blind, Parallel-Group, 48-Week Study for Efficacy and Safety of a Higher-Dose Rivastigmine Patch (15 vs. 10 cm) in Alzheimer's Disease*. Dement Geriatr Cogn Disord 2012;33:341-53.
- 3 Schrijvers EM, Verhaaren BF, Koudstaal PJ, et al. *Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study*. Neurology 2012;78:1456-63.
- 4 Ballard CG, Chalmers KA, Todd C, et al. *Cholinesterase inhibitors reduce cortical Abeta in dementia with Lewy bodies*. Neurology 2007;68:1726-9.
- 5 Venneri A, Lane R. *Effects of cholinesterase inhibition on brain white matter volume in Alzheimer's disease*. Neuro Report 2009;20:285-8.

Evidenze di efficacia degli interventi di prevenzione del deterioramento cognitivo

P. Mecocci

Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia

I costi umani ed economici della demenza sono in costante ascesa e questa sindrome rappresenta una delle sfide maggiori per i sistemi sanitari e socio-assistenziali di numerosi paesi. La malattia di Alzheimer (AD) e la demenza vascolare sono le cause principali di demenza, e nella maggior parte dei soggetti i due tipi di danno cerebrale coesistono e contribuiscono all'insorgenza e alla progressione del deterioramento cognitivo. Gli studi epidemiologici osservazionali hanno permesso di individuare numerosi fattori di rischio e protettivi, sui quali si può intervenire in modo da prevenire o ritardare l'esordio del deterioramento cognitivo. Il rischio di demenza in età avanzata dipende infatti dall'esposizione a molteplici fattori, che può avvenire in diverse fasi della vita. L'effetto di numerosi fattori di rischio e protettivi dipende dal periodo di esposizione, e da eventuali effetti sinergici e cumulativi. Studi epidemiologici, neuropatologici e di neuroimaging hanno confermato che i fattori di rischio cardiovascolari e fattori legati allo stile di vita hanno un ruolo critico nel rischio individuale di demenza e AD. Tuttavia, studi clinici controllati (RCTs) sono necessari per verificare l'efficacia di misure preventive basate sulla gestione di tali fattori. I RCTs finora condotti, con interventi di tipo farmacologico e non, non hanno portato a risultati conclusivi. Tali studi hanno in genere mirato alla gestione di un unico fattore di rischio senza tenere conto del periodo di esposizione. La natura multifattoriale del deterioramento cognitivo e della demenza richiede misure preventive basate sulla gestione simultanea di numerosi fattori di rischio. In Europa sono ora in corso tre RCTs che stanno valutando l'efficacia d'interventi preventivi multidimensionali nella prevenzione del declino cognitivo e della demenza in soggetti anziani. Questi studi forniranno informazioni utili sulla prevenzione della demenza, che potranno essere utilizzate per pianificare RCTs internazionali su popolazioni più numerose in modo da generare evidenza robusta su possibili strategie preventive da promuovere a livello di popolazione.

BIBLIOGRAFIA

- Polidori MC, Pientka L, Mecocci P. *A review of the major vascular risk factors related to Alzheimer's Disease*. J Alzheimers Dis 2012 Jul 24.
- Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A, et al. *Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective*. Alzheimers Res Ther 2012;4:6.
- Richard E, Andrieu S, Solomon A, et al. *Methodological challenges in designing dementia prevention trials - The European Dementia Prevention Initiative (EDPI)*. J Neurol Sci 2012 Jul 18.

Letture

PRESIEDE: R. ANTONELLI INCALZI (ROMA)

Il polmone come target della terapia nello scompenso cardiaco

D. Magri

Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università di Roma "La Sapienza"

Le modificazioni del polmone, sia sotto il profilo meccanico che per quanto concerne la sua capacità di scambiare in modo efficiente i gas respiratori, rappresentano un importante tassello di quel complesso mosaico che va sotto il nome di scompenso cardiaco. Notevoli sforzi sono stati compiuti al fine di una migliore comprensione dei meccanismi fisiopatologici della interazione cardio-polmonare e della disfunzione alveolo-capillare nello scompenso cardiaco. Addirittura lo "stato di salute" dell'unità alveolo-capillare, valutato in termini di diffusione globale per il monossido di carbonio (DLco) e mediante misurazione delle sue due sottocomponenti (diffusione specifica di membrana, Dm, e volume capillare, Vc), è stato più volte dimostrato essere un ottimo indicatore prognostico.

Più recentemente, la ricerca ha individuato nel polmone e, in modo particolare, nell'unità alveolo-capillare, anche un possibile target della terapia farmacologica e non di questa categoria di pazienti. Sono ormai numerose le evidenze scientifiche che suggeriscono come alcuni dei principali farmaci impiegati quotidianamente nel management dello scompenso cardiaco esercitino una significativa influenza non solo sul distretto cardiovascolare ma anche su quello respiratorio. Farmaci come i β -bloccanti, gli ACE inibitori, gli anti-aldosteronici, inibitori della fosfodiesterasi V, e finanche il semplice acido acetilsalicilico, si sono dimostrati tutti in grado di modificare l'unità alveolo-capillare dal punto di anatomico (i.e. quota collagene) e funzionale (i.e. meccanismi di trasporto attivo).

BIBLIOGRAFIA

- Agostoni PG, Cattadori G, Bussotti M, et al. *Cardiopulmonary interaction in heart failure*. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics 2007;20:130-4.
- Agostoni P, Bussotti M, Cattadori G, et al. *Gas diffusion and alveolar-capillary unit in chronic heart failure*. European Heart Journal 2006;27:2538-43.
- Agostoni PG, Palermo P, Contini M. *Respiratory Effects of β -blocker therapy in heart failure*. Cardiovascular Drugs Therapeutics 2009;23:377-84.
- Guazzi M, Marenzi G, Alimento M, et al. *Improvement of alveolar-capillary membrane diffusing capacity with enalapril in chronic heart failure and counteracting effect of aspirin*. Circulation 1997;95:1930-6.
- Agostoni PG, Magini A, Andreini D, et al. *Spironolactone improves lung diffusion in chronic heart failure*. European Heart Journal 2005;26:159-64.

- Bussotti M, Montorsi P, Amato M, et al. *Sildenafil improves the alveolar-capillary function in heart failure patients*. International Journal of Cardiology 2008;126:68-72.

Letture

PRESIEDE: D. MAUGERI (CATANIA)

Il RANKL quale nuovo target terapeutico nel trattamento delle pazienti anziane con osteoporosi: evidenze cliniche con denosumab

G. Isaia

Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, Università di Torino

Il RANK Ligando (RANKL) è una proteina espressa dagli osteoblasti che gioca un ruolo fondamentale nella formazione, attivazione e sopravvivenza degli osteoclasti, tramite l'interazione con il suo recettore RANK, espresso sulla superficie degli osteoclasti. Un'aumentata espressione di RANKL esercita un effetto catabolico diretto sull'osso trabecolare e corticale, con aumentata perdita di massa ossea e riduzione della densità e resistenza dell'osso¹.

Denosumab è un anticorpo monoclonale interamente umano diretto specificamente contro il RANKL a cui si lega con elevata affinità e specificità, impedendo l'attivazione del RANK. Ciò comporta l'inibizione della formazione, attivazione e sopravvivenza degli osteoclasti con conseguente riduzione del riassorbimento osseo e incremento della massa (corticale e trabecolare), del volume e della resistenza dell'osso. La somministrazione sottocutanea, ogni 6 mesi, di denosumab, ha determinato, (Studio FREEDOM²) non soltanto significativi incrementi della densità minerale ossea (BMD), rapide e prolungate riduzioni dei marker di turnover osseo e incremento della massa (corticale e trabecolare), del volume e della resistenza dell'osso. La somministrazione sottocutanea, ogni 6 mesi, di denosumab, ha determinato, (Studio FREEDOM²) non soltanto significativi incrementi della densità minerale ossea (BMD), rapide e prolungate riduzioni dei marker di turnover osseo in donne con osteoporosi postmenopausale, ma anche una riduzione significativa del rischio di fratture vertebrali (68%), non vertebrali (20%) e di femore (40%) nel corso di 3 anni di trattamento². I dati della fase di estensione dei primi 2 anni dello studio FREEDOM mostrano l'ulteriore efficacia di denosumab nella riduzione delle fratture vertebrali e non vertebrali al quarto e al quinto anno di trattamento³. La frequenza e la tipologia degli eventi avversi è risultata simile a quella del placebo o del trattamento con bisfosfonati². Il trattamento continuo con denosumab per 8 anni (studio di fase II) ne ha confermato l'efficacia nel produrre continui e significativi incrementi della BMD e riduzioni del turnover osseo, con il mantenimento di un buon profilo di sicurezza. Grazie all'innovativo e peculiare meccanismo d'azione, ai significativi benefici clinici apportati, al favorevole profilo di sicurezza e tollerabilità dimostrato e alle peculiari modalità di somministrazione, denosumab rappresenta un importante progresso nel trattamento dell'osteoporosi postmenopausale assicurando una compliance ottimale.

BIBLIOGRAFIA

- Delmas PD. *Clinical potential of RANKL inhibition for the management of postmenopausal osteoporosis and other metabolic bone diseases*. J Clin Densitom 2008;11:325-38.
- Cummings SR, San Martin J, McClung MR, et al. *Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis*. N Engl J Med 2009;361:756-65.

³ Papapoulos S, Chapurlat R, Libanati C, et al. *Five years of denosumab exposure in women with postmenopausal osteoporosis: results from the first two years of the FREEDOM extension*. J Bone Miner Res 2010;27:694-701

Letture

PRESIEDE: G. ROMANELLI (BRESCIA)

Nuove opportunità terapeutiche per il grande anziano diabetico

E. Bosi, S. Braghi, M. Scavini

Dipartimento Medicina Interna, Endocrinologia e Diabete, Ospedale San Raffaele, Milano

Il diabete di tipo 2 rappresenta la forma di diabete più diffusa nel mondo, comprendendo il 90-95% di tutti i casi di malattia ed essendo responsabile in larga misura della costante crescita dei nuovi, in maggioranza rappresentati da pazienti anziani. I dati nazionali Italiani aggiornati al 2010 riportano come il diabete di tipo 2 rappresenti il 90% del carico assistenziale dello specialista con oltre la metà degli assistiti in età superiore ai 65 anni e un quarto oltre i 75 anni. Alla rilevanza dei dati epidemiologici si aggiunge l'impatto sociosanitario: nell'anziano, infatti, il diabete di tipo 2 è spesso associato a una riduzione delle performance psicofisiche e disabilità croniche con handicap spesso ingravescenti. E non solo: l'anziano con diabete di tipo 2 ha una maggiore suscettibilità all'ipoglicemia indotta dai farmaci anti-diabete, evento che assume particolare rilevanza in questi pazienti perché spesso l'episodio ipoglicemico non viene avvertito e può aumentare il rischio di eventi cardio- e cerebrovascolari, di caduta e di fratture, con conseguenze sulla possibilità di continuare a condurre una vita autonoma. A ciò si aggiunge lo sviluppo di comorbidità come la patologia ateroscolare, le disfunzioni cognitive, la depressione, correlate sia alla sindrome glicometabolica sia all'invecchiamento stesso. Per le comorbidità presenti, questi pazienti assumono spesso terapie mediche multiple, rendendo così eterogenea la popolazione da trattare. Tutti questi aspetti sono resi ancor più complessi da gestire allorché si consideri il diabete nel grande anziano, in cui fragilità, disabilità, stato nutrizionale, supporto familiare e sociale, difficoltà dell'autogestione e cura assumono una dimensione ancora più rilevante.

La personalizzazione degli obiettivi glicemici e della terapia nei pazienti con diabete di tipo 2 è un atteggiamento condiviso dalla comunità scientifica, soprattutto quando si tratti di soggetti in età avanzata. Nella gestione di questi pazienti occorre valutare alcuni elementi per poi effettuare un bilancio costo-beneficio dell'intervento, in termini sia di sicurezza, qualità di vita, aderenza, costi economici, sia di efficacia clinica. Tra le variabili da considerare vi sono la presenza di comorbidità e terapie mediche concomitanti, le complicanze diabetiche micro- e macrovascolari presenti (in particolare la funzionalità renale), l'aspettativa di vita residua e la predisposizione all'ipoglicemia.

Focalizzando l'attenzione sugli obiettivi glicemici nel grande anziano, quindi soggetto fragile e per il quale il rischio legato all'ipoglicemia è elevato, mentre il beneficio atteso del buon controllo metabolico è limitato, è ragionevole un obiettivo con valori di HbA1c <8.0%, quindi meno restrittivo e meno rischioso per le ipoglicemie.

Quest'ultimo aspetto va sempre tenuto presente nella scelta dei farmaci antidiabete, dando preferenza a metformina grazie al suo profilo di sicurezza ottimale, rispetto ai farmaci insulino-sensibilizzanti, ai secretagoghi, e all'insulina.

Un impiego crescente, lo stanno ottenendo gli incretino-mimetici (exenatide e liraglutide) e gli inibitori della dipeptidil-dipeptidasi IV, grazie all'efficacia nella riduzione della glicemia associata a un rischio minimo di ipoglicemie; in virtù di queste caratteristiche, l'impiego delle terapie incretiniche è stato incluso nelle linee guida Europee e Americane (ADA/EASD; AACE) e Inglesi (NICE), con indicazione particolare nella popolazione anziana.

Simposio

ASSESSMENT E TERAPIA DEL PAZIENTE ANZIANO CON PARKINSON

MODERATORI: A. FABBO (MIRANDOLA), G. TOIGO (TRIESTE)

Assesment funzionale nell'anziano con malattia di Parkinson

A. Bianchetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, Istituto Clinico S. Anna, Brescia

Il morbo di Parkinson è una condizione tipica del soggetto anziano la cui prevalenza aumenta con l'età: nella classe d'età 60-69 anni la prevalenza stimata è di 621,4 casi per 100.000 abitanti, in quella 70-79 1978,3 casi ed in quella 80-89 3055 casi per 100.000 abitanti¹. Nel soggetto anziano lo spettro fenotipico con cui si presenta la malattia appare più variegato e l'età di esordio ne condiziona la storia naturale. I pazienti con esordio in età avanzata hanno: a) una maggiore velocità di progressione dei sintomi motori; b) una minore frequenza di distonia sia all'esordio che durante il trattamento; c) una maggiore frequenza di compromissione cognitiva fino alla demenza; d) una ridotta frequenza di complicanze motorie a lungo termine².

Il morbo di Parkinson ed i parkinsonismi determinano la comparsa di complesse problematiche sia sul piano motorio che non motorio (cognitivo, psichico, comportamentale, neurovegetativo) ed un livello crescente di disabilità. I problemi peculiari delle sintomi extrapiramidali rende necessario l'utilizzo di scale e di strumenti specifici per la migliore caratterizzazione del quadro sindromico, per la valutazione del livello di disabilità e della velocità di progressione della malattia e per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti farmacologici e riabilitativi. L'utilizzo di strumenti standardizzati si affianca alla valutazione clinica «classica», che però resta soggettiva; gli strumenti standardizzati forniscono, per i loro aspetti non solo qualitativi ma anche quantitativi, una dimensione più obiettiva indispensabile alla caratterizzazione e gestione dei pazienti.

La malattia determina anche un impatto familiare sia sul piano psicologico che su quello assistenziale, sociale ed economico ed anche questi elementi devono essere valutati in modo formale³.

Un elemento caratteristico della espressione clinica della malattia di Parkinson (e dei parkinsonismi in generale) è, oltre alla progressio-

ne più o meno lenta dei sintomi, la fluttuazione degli stessi, anche nell'ambito della stessa giornata, e il sovrapporsi di sintomi motori e non motori a volte imprevedibile, sia in risposta ai trattamenti che per la modalità di presentazione specifica della malattia. Pertanto la somministrazione delle scale di valutazione dovrà tener conto dei tempi e dei modi in cui nel soggetto si manifesta la sintomatologia per coglierne anche la fluttuazione.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Lonneke ML, de Lau M, Breteler MB. *Epidemiology of Parkinson's disease*. Lancet Neurology 2006;5:525-35
- 2 Levy G. *The relationship of Parkinson disease with aging*. Ach Neurol 2007;64:1242-6.
- 3 Bianchetti A. *Demenza e disturbi del movimento: epidemiologia e clinica*. Giornale di Gerontologia 2006;54:299.

La gestione dei Parkinsonismi nell'anziano

F. Lauretani

Geriatric Unit and Laboratory of Movement Analysis, Geriatric-Rehabilitation Department, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Parma

Scopo della presente relazione è quello di esporre il razionale del trattamento terapeutico nei Parkinsonismi nell'anziano, in relazione alle attuali evidenze scientifiche della letteratura e sulla base dell'esperienza maturata nella U.O. di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ^{1,2}.

In particolare il punto critico nel trattamento dei Parkinsonismi nell'anziano è la capacità di predire lo sviluppo di delirium iper- e/o ipocinetico nel corso del trattamento farmacologico. Lo sbilanciamento neurotrasmettitoriale tra i livelli di dopamina ed acetilcolina a livello cerebrale, sembrerebbe alla base dello sviluppo di delirium nell'anziano ³, pertanto un utilizzo "pesato" tra i diversi dopaminoagonisti e l'utilizzo degli inibitori dell'acetilcolinesterasi, così come evitare i farmaci ad azione anticolinergica, sono soltanto alcuni esempi di come il trattamento dei diversi Parkinsonismi nell'anziano, richieda l'*expertise* di Geriatri che hanno sviluppato competenze specifiche in questo tipo di patologie dell'anziano.

L'utilizzo ad esempio della Rotigotina, il dopaminoagonista che grazie alla sua azione legata alla applicazione transdermica permette una stimolazione recettoriale continua, possiede tutte le caratteristiche per minimizzare gli effetti collaterali neuropsichiatrici di questa categoria di farmaci, quando prescritti in parkinsoniani anziani ⁴, prevenendo lo sbilanciamento neurotrasmettitoriale tipico della levodopa legato alla sua azione pulsatile.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Lauretani F, et al. *Should 3,4-dihydroxy-L-phenylalanine be used routinely in vascular Parkinson?* J Am Geriatr Soc 2008;56:1977-8.
- 2 Lauretani F, et al. *Parkinson's disease (PD) in the elderly: An example of geriatric syndrome (GS)?* Arch Gerontol Geriatr 2012;54:242-6.
- 3 Lauretani F, et al. *Capturing side-effect of medication to identify persons at risk of delirium*. Aging Clin Exp Res 2010;22:456-8.
- 4 Lauretani F, Maggio M, Nardelli A, et al. *Treatment of Parkinson's Disease and Parkinsonism in the Elderly*. In: Chiyo Y, Ami I (eds). *Parkinson's Disease: Diagnosis, Treatment and Prognosis*. Nova Science Publishers 2012, pp. 165-78.

Letture

LA TAVI: IL GERIATRA HA UN RUOLO NELLA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE E NELL'INDICAZIONE CLINICA ALLA PROCEDURA?

PRESEDE: N. FERRARA (CAMPOBASSO)

Epidemiologia della stenosi aortica, indicazioni per TAVI, valutazione della fragilità

A. Ungar, S. Zannoni, E. Marrani, A. Giordano, N. Marchionni

Cardiologia e Medicina Geriatrica, AOU Careggi e Università di Firenze

La stenosi valvolare aortica è una patologia progressiva ad elevata morbilità e mortalità. Il paziente con stenosi aortica sintomatica ha una pessima prognosi a breve termine. Studi epidemiologici stimano la prevalenza di stenosi aortica fino al 5% nella popolazione degli ultrasessantacinquenni. La Società Europea di Cardiologia ha molto recentemente pubblicato le linee guida sul trattamento delle valvulopatie ¹. Il trattamento di prima scelta per la stenosi valvolare aortica è la sostituzione valvolare aortica chirurgica. L'elevata incidenza di stenosi aortica in pazienti molto anziani con comorbidità rilevante spesso peraltro contrindica l'intervento chirurgico. Per questi pazienti è ora disponibile la TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*), che rende possibile una vera e propria sostituzione valvolare per via percutanea trans-femorale con ottimi risultati "quod vitam" e "quod valetudinem" in pazienti molto anziani ². Rispetto alla ben nota valvuloplastica, che era la semplice dilatazione della valvola aortica stenotica – che presentava un altissima incidenza di restenosi a breve termine – la TAVI permette l'impianto di una valvola vera e propria. Esistono due tipi di valvola con varie specifiche tecniche e peculiarità di pertinenza molto specialistica. Le recenti linee guida considerano indicata la TAVI nei pazienti con stenosi aortica severa sintomatica non suscettibili di trattamento chirurgico (dopo valutazione di un "team" composto da cardiologi, cardiocirurghi, e "altri specialisti" tra i quali dovranno essere inclusi anche i geriatri, come illustrato più avanti). Le linee guida specificano inoltre che i pazienti "dovrebbero", a giudizio del team avere possibilità reali di miglioramento clinico e della loro qualità della vita dopo l'intervento ed avere una prognosi "quod vitam" superiore ad un anno dopo attenta valutazione delle loro comorbidità. La TAVI può anche essere considerata indicata nei pazienti nei quali l'intervento chirurgico non è del tutto controindicato ma che presentano alto rischio chirurgico. Come si evince da queste indicazioni il punto critico dell'indicazione risulta la selezione dei pazienti candidati alla TAVI. Purtroppo gli "scores" classici della valutazione del rischio chirurgico (Euroscore e STS score – Society of Thoracic Surgeons) sono poco applicabili a pazienti molto anziani con comorbidità. Nell'ultimo anno sta prendendo piede l'idea di una corretta valutazione multidimensionale del paziente geriatrico da sottoporre a TAVI. Proprio questo aspetto apre le porte alla valutazione geriatrica all'interno del TEAM che deve indicare l'intervento. Per questo motivo le Società Geriatriche devono essere portavoce di questo ruolo prettamente geriatrico della valutazione. In questa direzione va la recente istituzione, da parte dell'EUGMS – European Union Geriatric Medicine Society – di un gruppo di lavoro sulla TAVI che prevede la diffusione della cultura della TAVI e lo sviluppo di protocolli specificamente geriatrici per il paziente anziano con stenosi aortica.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, et al. *Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)*. Eur Heart J 2012 Aug 24. [Epub ahead of print]
- ² Leon MB, Smith CR, Mack M, et al.; PARTNER Trial Investigators. *Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery*. N Engl J Med 2010;363:1597-607.

Simposio del Gruppo di Lavoro Italiano sulla Sarcopenia

TRATTAMENTO E NUTRIZIONE

MODERATORI: F. MAMMARELLA (ROMA), M. ZAMBONI (VERONA)

Prevalenza e fattori di rischio nei diversi setting assistenziali

C. Mussi

Cattedra di Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia

La sarcopenia, descritta come la perdita età correlata di massa, forza e funzione muscolare, è stata indicata come un marker clinico indicativo di fragilità, condizione particolarmente frequente nell'anziano, ma la cui definizione è ancora difficoltosa per le numerose interpretazioni date in Letteratura. L'importanza della sarcopenia è il suo stretto legame con l'autosufficienza, che dovrebbe essere un outcome clinico ancora più importante della mortalità per chi si occupa di anziani.

Definire la prevalenza di sarcopenia non è semplice, in quanto dipende dai metodi di misurazione e dal campione di popolazione studiato. In generale, la sarcopenia aumenta con l'età, passando dal 20% nei soggetti tra i 60 e i 70 anni al 50% in quelli con più di 75 anni. Nelle case di riposo la prevalenza di sarcopenia è elevata: in uno studio di Landi et al. è risultato sarcopenico il 32,8% dei soggetti residenti. In questo campione la sarcopenia era indipendentemente associata al sesso maschile (68%), a un peggior stato nutrizionale e ad una ridotta attività fisica. In ospedale la prevalenza arriva al 56%, mentre a domicilio i pazienti con sarcopenia sono in numero minore (1-10%), ma almeno il 48% risulta essere a rischio di svilupparla. Numerosi sono i fattori di rischio di sarcopenia; spesso coesistenti nello stesso individuo. La malnutrizione gioca un ruolo importante ed instaura un circolo vizioso: la riduzione dell'introito di cibo nell'anziano, dovuto a molte concause (edentulia, difficoltà a procurarsi una buona varietà di cibo, inappetenza, reazioni avverse a farmaci, ecc), riduce sia il peso corporeo che la massa muscolare, la forza e la funzionalità dei muscoli. Ciò comporta una diminuzione del movimento ed una conseguente ulteriore riduzione dell'appetito. Da non dimenticare la cosiddetta "sarcopenia obesa", altrettanto grave in quanto associata a disabilità, che condivide con la sarcopenia classica gli stessi fattori di rischio e la cui definizione operativa è possibile con strumenti quali la densitometria ossea e la bioimpedenziometria. Altre condizioni tipiche dell'anziano sono considerate predisponenti la riduzione di massa e forza muscolare: lo stato infiammatorio cronico caratteristico dell'età avanzata,

l'atrofia età-correlata dei motoneuroni e la riduzione delle unità motorie, l'inattività fisica.

Studi che riguardano l'identificazione dei fattori di rischio della sarcopenia sono fondamentali per programmare piani di prevenzione, particolarmente utili se si pensa che prevenire l'insorgenza della sarcopenia significa ridurre la disabilità nella popolazione anziana.

BIBLIOGRAFIA

- Landi F, Liperoti R, Fusco D, et al. *Prevalence and risk factors of sarcopenia among nursing home older residents*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012;67:48-55.
- Vandewoude MFJ, Alish CJ, Sauer AC, et al. *Malnutrition-sarcopenia syndrome: is this the future of nutrition screening and assessment for older adults?* J Aging Res 2012;article ID 651570:1-8.

Proposta di uno studio italiano sulla sarcopenia

P. Abete¹, S. Volpato², G. Onder³, C. Mussi⁴, E. Toico⁵, M. Di Bari⁶

¹ *Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Napoli "Federico II"*; ² *Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Ferrara*; ³ *Cattedra di Geriatria, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma*; ⁴ *Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*; ⁵ *Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Verona*; ⁶ *Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Firenze*

Con il termine sarcopenia si definisce una perdita progressiva e generalizzata della massa e della forza muscolare con il rischio di eventi sfavorevoli come disabilità fisica, peggioramento della qualità di vita e morte¹⁻³. A causa dell'elevato rischio di disabilità, la sarcopenia è ritenuta una delle condizioni cliniche a più elevato costo sociale, considerando anche che il numero di soggetti oltre i 65 anni è destinato a raddoppiare nei prossimi 25 anni¹⁻³. La massa muscolare si riduce del 1-2%/anno dopo i 50 anni di età con progressiva atrofia e perdita di fibre muscolari di tipo II e di neuroni motori, unitamente alla deposizione di tessuto fibro-adiposo. Lo stress ossidativo, la produzione di citochine pro-infiammatorie, la diminuzione di ormoni anabolizzanti, la ridotta e/o alterata sintesi di proteine e la ridotta funzione delle cellule satelliti, fondamentali nella rigenerazione muscolare sembrano essere alla base del meccanismo della sarcopenia⁴. Una fase di immobilizzazione ed un insufficiente apporto calorico possono provocare la sarcopenia così come anche l'eccesso di introito calorico, paradossalmente, può contribuire allo sviluppo di sarcopenia (obesità sarcopenica)⁵. La diagnosi di sarcopenia si fonda sulla riduzione della performance fisica e/o della forza muscolare in associazione con la perdita della massa muscolare, identificata attraverso la bioimpedenziometria³.

Al fine di isolare l'effetto dell'invecchiamento sullo sviluppo della sarcopenia la ricerca si è realizzata in anziani sani, mentre rari sono gli studi in presenza di malattie cronico-degenerative. In tal senso la sarcopenia può essere considerata una nuova "sindrome geriatrica" dove l'invecchiamento, un inadeguato stile di vita e la malattia rappresentano le determinanti principali. In particolare sono rari i riscontri in letteratura circa l'associazione tra la sarcopenia e patologie estremamente prevalenti in età geriatrica come la broncopneumopatia cronica, l'insufficienza renale cronica e l'insufficienza cardiaca cronica ed il diabete⁶⁻⁹. Dal punto di vista biomolecolare, la sarcopenia si associa ad un aumento delle citochine infiammatorie che, attraverso un'interazione complessa con

le adipochine (adiponectina, resistina e leptina), contribuiscono allo sviluppo dell'insulino-resistenza, tipica del sarcopenico obeso¹⁰. Le sirtuine, proteine regolatrici dell'adipogenesi e della risposta allo stress nel muscolo scheletrico, inoltre, contribuiscono al controllo della sensibilità all'insulina. L'ipotetica influenza delle adipochine e delle sirtuine sullo sviluppo e sulla progressione della sarcopenia in età avanzata non è stata del tutto definita¹¹.

Dati sperimentali indicano una stretta correlazione tra apoptosi e autofagia nello sviluppo della sarcopenia nell'anziano. Per "autofagia" s'intende un processo di auto-degradazione che assicura il regolare turn-over cellulare da organuli danneggiati e proteine attraverso la degradazione lisosomiale. Recentemente è stato identificato come fattore determinante il processo autofagico il "mammalian Target of Rapamycin (mTOR), dotato di un'azione regolatrice negativa che in condizioni di stress viene inibita permettendo all'autofagia di attivarsi¹². La variazione genetica di proteine fondamentali del metabolismo muscolare può influenzare lo sviluppo di sarcopenia. Recentemente è stato dimostrato in una popolazione italiana la variabilità della miostatina umana, un fattore di crescita appartenente alla famiglia dei fattori beta, che gioca un ruolo importante nella sarcopenia età-correlata. Tuttavia, il rapporto ipotetico tra polimorfismi genetici di proteine chiave del meccanismo autofagico e la sarcopenia non è stato ancora indagato. La variazione genetica di mTOR, infatti, è stata recentemente associata a diverse condizioni patologiche tra cui il cancro.

Da queste premesse, è stato proposto al ministero dell'università e della ricerca scientifica (MIUR) nell'ambito dei progetti di rilevanza nazionale (PRIN) per l'anno 2010 uno studio multicentrico a cui hanno aderito le seguenti unità:

- 1^a Unità operativa - Prof. P. Abete - Università di Napoli Federico II
- 2^a Unità operativa - Prof. S. Volpato - Università di Ferrara
- 3^a Unità operativa - Prof. C. Mussi - Università di Modena
- 4^a Unità operativa - Prof. G. Onder - Università Cattolica Sacro Cuore di Roma
- 5^a Unità operativa - Prof. E. Zoico - Università di Verona
- 6^a Unità operativa - Prof. M. Di Bari - Università di Firenze

Lo scopo dello studio sarà quello di: 1) valutare la prevalenza di sarcopenia in tre diversi setting assistenziali (ospedale per acuti, residenza sanitaria assistenziale, ambulatorio); 2) stimare l'incidenza di declino funzionale in pazienti con malattie cronico-degenerative associate alla sarcopenia; 3) identificare eventuali biomarcatori specifici di sarcopenia (biomarcatori infiammatori, sirtuine); 4) definire il meccanismo alla base dello sviluppo e della progressione della sarcopenia (insulino-resistenza, riduzione età-dipendente del meccanismo di autofagia); 5) indagare su eventuali polimorfismi genetici associati alla sarcopenia.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Rosenberg IH. *Sarcopenia: origins and clinical relevance*. J Nutr 1997;127:990S-91S.
- ² Morley JE, Baumgartner RN, Roubenoff R, et al. *Sarcopenia*. J Lab Clin Med 2001;137:231-43.
- ³ Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al; European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People*. Age Ageing 2010;39:412-23.

- ⁴ Ryall JG, Schertzer JD, Lynch GS. *Cellular and molecular mechanisms underlying age-related skeletal muscle wasting and weakness*. Biogerontology 2008;9:213-28.
- ⁵ Baumgartner RN, Wayne SJ, Waters DL, et al. *Sarcopenic obesity predicts instrumental activities of daily living disability in the elderly*. Obes Res 2004;12:1995-2004.
- ⁶ Ischaki E, Papatheodorou G, Gaki E, et al. *Body mass and fat-free mass indices in COPD: relation with variables expressing disease severity*. Chest 2007;132:164-9.
- ⁷ Anker SD, Ponikowski P, Varney S, et al. *Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure*. Lancet 1997;349:1050-3.
- ⁸ Foley RN, Wang C, Ishani A, et al. *Kidney function and sarcopenia in the united states general population: NHANES III*. Am J Nephrol 2007;27:279-86.
- ⁹ Park SW, Goodpaster BH, Strotmeyer ES, et al. *Accelerated loss of skeletal muscle strength in older adults with type 2 diabetes: The Health, Aging, and Body Composition Study*. Diabetes Care 2007;30:1507-12.
- ¹⁰ Kohara K, Ochi M, Tabara Y, et al. *Leptin in sarcopenic visceral obesity: possible link between adipocytes and myocytes*. PLoS One 2011;6:e24633.
- ¹¹ Sauve AA, Wolberger C, Schramm VL, et al. *The biochemistry of sirtuins*. Annu Rev Biochem 2006;75:435-65.
- ¹² Campa D, Hüsing A, Stein A, et al. for European Prospective Investigation on Cancer (EPIC). *Genetic variability of the mTOR pathway and prostate cancer risk in the European Prospective Investigation on Cancer (EPIC)*. PLoS One 2011;6:e16914.

Simposio SIGG - Forum in Bone & Mineral Research

OSTEOPOROSI: LE BASI FISILOGICHE PER IL TRATTAMENTO

MODERATORI: G. CREPALDI (PADOVA), G. ISAIA (TORINO)

L'osteoporosi e le fratture da fragilità: una nuova sindrome geriatrica?

L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, Università di Palermo

Con l'invecchiamento della popolazione, le fratture da fragilità – principale complicanza dell'osteoporosi – stano diventando un problema sanitario sempre maggiore per le loro notevoli ricadute di carattere socio-economico. La riduzione della resistenza ossea che predispone le persone affette ad un aumentato rischio di fratture e di disabilità è molto frequente nell'anziano. L'età avanzata è un fattore di rischio anche per le cadute che di solito si associano all'evento fratturativo. Infatti, l'età rimane un fattore di rischio cardine e indipendente, motivo per cui la prevalenza delle fratture osteoporotiche è destinata ad aumentare in maniera proporzionale con l'invecchiamento della popolazione. Sebbene le fratture da fragilità siano viste come eventi che si riscontrano più frequentemente nelle donne (1 donna in postmenopausa su 4 va incontro a una o più fratture), il 30% delle fratture femorali nel mondo si verifica negli uomini. Dopo una frattura di femore circa il 5% delle persone muore nel periodo immediatamente successivo, ~20% muore entro un anno, ~30% rimane disabile, ~40% non recupera più la propria autonomia e 12-20% richiede l'istituzionalizzazione. L'impatto delle fratture femorale è particolarmente severo negli anziani fragili con

malnutrizione. Le fratture vertebrali possono causare dolore cronico, deformità, disfagia e ridotta funzionalità polmonare con importanti ricadute sulla qualità della vita. Dopo aver subito una frattura da fragilità il rischio di subire una successiva frattura aumenta significativamente. Le fratture da fragilità hanno causato nel 2000 circa 5,8 milioni di DALYs (disability adjusted life years) nel mondo. Nei pazienti istituzionalizzati la incidenza di fratture del femore è circa 2-3 volte maggiore rispetto alle persone che vivono in comunità. I costi diretti dell'ospedalizzazione per le fratture di femore in Italia, secondo una stima del 2002, si aggiravano intorno ai 400 milioni di euro, con un incremento di circa il 15% vs. i costi del 1999. Quando sono stati considerati anche i costi della riabilitazione, i costi sociali e altri costi indiretti, si sfiorava il miliardo di euro all'anno. Una stima più recente ha rilevato un aumento dei costi per l'ospedalizzazione del 36,1% e per la riabilitazione del 28,9% nei sei anni successivi alla prima stima. L'83% delle fratture femorali si sono verificate in ultrasettantacinquenni. È quindi di vitale importanza il ruolo del geriatra nel riconoscimento e nella prevenzione del rischio fratturativo della persona anziana di cui si prende cura, perché le fratture da fragilità possono avviare una serie di eventi a cascata con ripercussioni molto negative non solo sulla salute e sulla qualità di vita dell'anziano affetto, ma anche con pesanti conseguenze in termini di economia sanitaria.

Evidenze di efficacia degli interventi antifratturativi negli ultra75enni. Prevenzione della rifrattura: chi, come e per quanto tempo trattare

P. D'Amelio

Dip. di Scienze Mediche-Università di Torino

L'osteoporosi primaria è una patologia dello scheletro caratterizzata da demineralizzazione ossea, variazioni architetturali del tessuto scheletrico ed aumentata incidenza di fratture. Le fratture osteoporotiche maggiori rappresentano un notevole fardello economico-sociale che aumenta all'invecchiare della popolazione. In Italia abbiamo recentemente rilevato una prevalenza di fratture osteoporotiche maggiori del 34% in una coorte di 4000 donne¹.

Ad oggi sono a disposizione diversi farmaci che permettono di trattare l'osteoporosi prevenendo le fratture come il calcio e la vitamina D, i modulatori selettivi degli estrogeni (SERMs), i bisfosfonati, il denosumab e lo stronzio ranelato per cui sono a disposizione trials di tre o più anni².

I dati per una durata di trattamento maggiore di 5 anni sono, in generali, deboli. Per quel che riguarda i dati sulla sola terapia con calcio e vitamina D le evidenze non sono sufficienti per giudicare l'efficacia di una terapia a lungo termine (oltre 3 anni).

L'efficacia antifratturativa dei SERMs oltre 5 anni è ignota, mentre l'effetto sulla massa ossea sembra mantenuto. I dati sull'efficacia antifratturativa dei bisfosfonati si estendono fino a 5 anni, dopo tale periodo l'efficacia sulla densità ossea è mantenuta. Il Denosumab è stato testato per 5 anni con effetto protettivo continuo e nessuna evidenza di effetti collaterali. Lo stronzio anelato ha evidenza anti fratturativi dimostrata per oltre 10 anni.

Per quel che riguarda i farmaci anabolizzanti (PTH e PTH 1-34) ad oggi possono essere usati solamente fino a 24 mesi.

Nella paratica clinica comune tutti questi farmaci possono essere utilizzati nei pazienti anziani, ma indicazioni specifiche sull'età sono presenti solo per lo stronzio anelato, che è stato testato in una popolazione oltre gli 80 anni e per il denosumab che, ad oggi, ha come criterio di rimborsabilità l'età.

Nella prescrizione di una terapia antiosteoporotica nel paziente anziano è fondamentale tenere conto della comorbilità e della polifarmaco terapia nella scelta farmacologica, tenendo in adeguato conto il rapporto rischio/beneficio.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Isaia GC, Braga V, Minisola S, et al. *Clinical characteristics and incidence of first fracture in a consecutive sample of post-menopausal women attending osteoporosis centers: The PROTEO-1 study.* J Endocrinol Invest 34:534-40.
- 2 Cooper C, Reginster JY, Cortet B, et al. *Long-term treatment of osteoporosis in postmenopausal women: a review from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) and the International Osteoporosis Foundation (IOF).* Curr Med Res Opin 2012;28:475-91.

Aderenza e persistenza nella terapia antifratturativa: possibili strategie di miglioramento e implicazioni economiche

I. Santi

Istituto Geriatrico e Riabilitativo Frisia Merate ASP IMMES E PAT

L'osteoporosi, patologia cronica e asintomatica, è un problema di salute pubblica di grande rilevanza; colpisce circa il 50% delle donne ed il 30% degli uomini ultrasessantacinquenni. Le fratture ad essa correlate sono una delle più comuni cause di disabilità. Oggi sono disponibili efficaci terapie farmacologiche antifratturative, ma l'aderenza è spesso scarsa e l'interruzione dei trattamenti comune. L'aderenza è la somma di compliance e persistenza. La persistenza rappresenta il periodo compreso tra l'inizio e l'interruzione del trattamento. La compliance rappresenta il numero cumulativo di giorni di assunzione del farmaco e viene valutata mediante il Medication Possession Rate (MPR), pari al numero di dosi assunte rispetto alla prescrizione medica. Una compliance ottimale presenta MPR $\geq 80\%$. MPR $< 50\%$ non modifica il rischio fratturativo, rendendo inefficace l'intervento terapeutico. Numerosi studi in letteratura valutano l'onere clinico ed economico della scarsa aderenza ai farmaci per l'osteoporosi ed il potenziale costo-efficacia di interventi di miglioramento dell'aderenza. Essi utilizzano un modello di microsimulazione, validato da Markov, relativo ai costi e ai risultati intesi come numero di fratture evitate e qualità di vita aggiustata per anni (QALY), rapportati a tre scenari di aderenza: nessun trattamento, aderenza del mondo reale e piena adesione per 3 anni. Questi studi evidenziano che più della metà dei potenziali benefici clinici sono persi a causa della scarsa aderenza alle terapie. Tra le principali cause di non aderenza, si evidenziano la scarsa percezione e conoscenza della malattia e delle sue complicanze, regimi di assunzione scomodi, il timore di potenziali effetti collaterali, dubbi sui benefici terapeutici e il costo dei farmaci. Alcuni studi suggeriscono che interventi volti a modificare le convinzioni ed i comportamenti dei pazienti risultano efficaci. Gli interventi più efficaci sono rappresentati da una costante interazione tra paziente ed operatori sanitari formati, colloqui

motivazionali, promemoria, rinforzi, counseling, terapia familiare e psicologica. Un recente studio randomizzato e controllato basato su un intervento telefonico motivazionale ha evidenziato un miglioramento dell'aderenza, se pur non statisticamente significativo. Migliorare l'aderenza al trattamento per l'osteoporosi, oltre a generare vantaggi per il paziente, può offrire notevoli vantaggi economici per l'intero settore socio-sanitario. Strategie per migliorare l'aderenza sono quindi necessarie e possono rappresentare un buon utilizzo delle risorse.

BIBLIOGRAFIA

- Hiligsmann M, et al. *The clinical and economic burden of poor adherence and persistence with osteoporosis medications in Ireland*. Value Health 2012;15:604-12.
- Gleeson T, et al. *Interventions to improve adherence and persistence with osteoporosis medications: a systematic literature review*. Osteoporosis International 2009;20:2127-34.
- Solomon DH, et al. *Osteoporosis telephonic intervention to improve medication regimen adherence: a large, pragmatic, randomized controlled trial*. Arch Intern Med 2012;172:477-83.

Simposio SIGG-SICGe

UNMET NEEDS NEL CARDIOPATICO ANZIANO: FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA) E SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (SCC)

MODERATORI: A. BOCCANELLI (ROMA), N. MARCHIONNI (FIRENZE)

I nuovi anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale

G. Di Pasquale, L. Riva

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna Azienda USL di Bologna

La fibrillazione atriale (FA) si associa ad un rischio di stroke ed embolie sistemiche elevato (4,5%/anno) indipendentemente dal fatto che sia parossistica, persistente o permanente. Il rischio tromboembolico annuo sale ad oltre il 7% se si sommano anche gli attacchi ischemici transitori (TIA) e gli infarti cerebrali silenti ed aumenta con l'aumentare dell'età. Oltre all'età avanzata, i principali fattori clinici predittivi di stroke nei pazienti con FA sono lo scompenso cardiaco, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e un pregresso evento ischemico cerebrovascolare.

Il warfarin e gli altri antagonisti della vitamina K (VKA) costituiscono i farmaci anticoagulanti orali di attuale utilizzo clinico per la profilassi dell'ictus cardioembolico nei pazienti con FA. A fronte della loro elevata efficacia, i VKA hanno tuttavia numerose limitazioni (risposta non prevedibile, necessità di monitoraggio routinario dei fattori della coagulazione, stretta finestra terapeutica, interazioni farmacologiche ed alimentari), che ne comportano un ampio sottoutilizzo e frequenti interruzioni di trattamento e che determinano una qualità non ottimale dell'anticoagulazione.

In considerazione degli importanti limiti della terapia anticoagulante orale (TAO) con warfarin, la ricerca clinica si è indirizzata a valutare l'efficacia e la sicurezza di nuovi farmaci, rispettivamente degli inibitori diretti orali della trombina e degli inibitori diretti orali del fattore Xa.

Il dabigatran, un inibitore diretto orale della trombina, nello studio RE-LY è risultato non inferiore al warfarin al dosaggio di 110 mg bid e superiore al warfarin al dosaggio di 150 mg bid nella riduzione del rischio tromboembolico della FA. Per quanto riguarda il profilo di sicurezza, l'incidenza di sanguinamenti maggiori rispetto al warfarin è risultata inferiore con il dosaggio di dabigatran 110 mg e sovrapponibile con il dosaggio 150 mg. Sulla base di questi risultati il dabigatran è stato approvato dalla FDA e recentemente dall'EMA per la prevenzione dello stroke e delle embolie sistemiche nei pazienti affetti da FA.

Per quanto riguarda gli inibitori diretti orali del fattore Xa, attualmente sono in corso le pratiche regolatorie per l'approvazione di rivaroxaban ed apixaban. Nello studio ROCKET AF il rivaroxaban al dosaggio di 20 mg/die (15 mg/die nei casi con insufficienza renale di grado moderato, clearance della creatinina compresa tra 30 e 49 ml/min), è risultato non-inferiore rispetto al warfarin nella riduzione del rischio tromboembolico dei pazienti con FA (analisi *intention to treat*). Il rivaroxaban si è dimostrato sicuro rispetto al warfarin e, come per il dabigatran, il suo impiego ha comportato una significativa riduzione delle emorragie cerebrali.

Nell'ARISTOTLE l'apixaban è risultato superiore al warfarin sia nell'endpoint di efficacia che nell'endpoint di *safety* al dosaggio di 5 mg bid (2,5 mg bid nei pazienti ad elevato rischio emorragico, ovvero in presenza di due o tre dei seguenti criteri: età \geq 80 anni, peso \leq 60 kg, creatinina \geq 1,5 mg).

Nonostante i vantaggi presentati dai nuovi anticoagulanti orali (NAO) (somministrazione in dosi fisse giornaliere, non necessità di monitoraggio routinario del livello di anticoagulazione, minime interazioni farmacologiche), risulta evidente che il loro impiego risulti più costoso del warfarin, anche considerando il risparmio del monitoraggio laboratoristico dell'INR. Nel nostro Paese saranno il Servizio Sanitario Nazionale attraverso l'AIFA e le regioni a decidere la sostenibilità dei costi aggiuntivi di questa terapia innovativa sulla base del costo globale destinato alla spesa farmaceutica. È ragionevole immaginare che inizialmente i NAO sostituiranno il warfarin soltanto nei pazienti con gestione problematica della TAO, andando comunque in parte a colmare l'*undertreatment* dei pazienti affetti da FA.

Scompenso Cardiaco Cronico: l'anziano tra polifarmacia e aderenza

N. Ferrara^{1,2}, G. Corbi¹, P. Vitulli¹, G. Rengo², D. Leosco³

¹ Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute, Università del Molise; ² Fondazione S. Maugeri, Istituto Scientifico di Telese Terme, IRCCS; ³ Dipartimento di Medicina Clinica e Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università di Napoli "Federico II"

Studi epidemiologici su popolazioni anziane hanno individuato nella polifarmacoterapia un fattore di rischio in termini di incremento di mortalità e di morbilità. Tuttavia pochi sono gli studi disegnati rigorosamente per individuare strategie atte a ridurre le interazioni tra farmaci e l'uso di farmaci non indispensabili.

Il binomio polifarmacoterapia e comorbilità rappresenta la condizione più congeniale perché si realizzi la interazione farmaco/malattia e farmaco/farmaco. In particolare non è raro osservare,

specie nella popolazione anziana, sia l'esacerbazione di una malattia indotta dall'uso di un farmaco sia l'interazione tra due o più farmaci per quanto attiene l'eliminazione e l'assorbimento degli stessi. Va sottolineato, inoltre, che l'identificazione delle ADR è resa anche più difficoltosa dalla necessità di distinguere gli effetti avversi del farmaco dalla sintomatologia legata alle comorbidità.

Per tali ragioni l'individuazione di terapie efficaci e sicure è indispensabile per rispondere alle esigenze della moderna medicina specie nella popolazione anziana, in cui la comorbidità e la polifarmacoterapia si associano ad una ridotta riserva fisiologica, che può sensibilmente modificare il metabolismo dei farmaci, ed a modifiche età-dipendenti della farmacocinetica e della farmacodinamica condizionando la scelta, la dose e la frequenza di assunzione dei farmaci.

Nell'ambito del complesso rapporto polipatologia/polifarmacoterapia non vanno sottaciuti gli errori durante il processo di medicazione che possono realizzarsi in qualsiasi momento del processo stesso: dalla individuazione dei farmaci più appropriati alla trascrizione (il processo di trasferimento manuale dei farmaci nella ricetta medica), dalla spedizione dei farmaci alla loro somministrazione. Lindley et al, investigando la relazione tra farmaci inappropriati e l'occorrenza di ADR, hanno evidenziato che circa il 50% delle ADR era dovuto a farmaci non necessari che, talvolta, presentavano assolute controindicazioni nei singoli casi specifici.

Circa un terzo delle ospedalizzazioni e la metà delle morti correlate all'uso di farmaci sopravvengono in soggetti ultrasessantenni. Tra i farmaci maggiormente implicati nel fenomeno un ruolo importante è ricoperto, oltre che dai farmaci neurologici ed antiinfiammatori non steroidei, dai farmaci cardiovascolari come i dicumarolici, l'eparina, i diuretici ad alte dosi, la maggior parte degli antiaritmici, i beta-bloccanti, i digitalici e gli antiipertensivi in generale. Molti di tali farmaci, oltre ai noti fenomeni di tossicità diretta, possono aggravare e riattivare malattie croniche presenti (per esempio il prostatismo da farmaci anticolinergici, l'ipotensione posturale da diuretici o da antiipertensivi, l'inotropismo ed il cronotropismo negativo da beta-bloccanti).

È interessante notare che molti anziani in ospedali ed in residenze sanitarie ricevono routinariamente farmaci che non sono essenziali (per esempio: sedativi, ipnoinducenti, bloccanti dei recettori H2, lassativi, antibiotici non strettamente necessari) e che possono causare ADR, direttamente o attraverso interazioni complesse. Differenze notevoli si osservano nell'incidenza delle ADR in relazione ai setting assistenziali dove vengono osservate e, nell'ambito dello stesso setting, in relazione alle modalità di rilevamento ed alle caratteristiche della popolazione oggetto dello studio.

Il corretto trattamento di condizioni patologiche croniche coesistenti nella popolazione anziana è fondamentale per rallentarne la progressione, per prevenire lo sviluppo di ulteriori patologie e per ridurre il rischio di trattamenti duplicati, incompatibili o persino confliggenti che possono modificare gli outcome in senso negativo. Punto chiave nel trattamento delle condizioni croniche è la complessiva correttezza delle prescrizioni farmacologiche. In particolare l'efficacia dei trattamenti ed i loro benefici a lungo termine possono dipendere dalla aderenza alle istruzioni del medico prescrittore (20).

Per aderenza si intende la costanza con cui il paziente segue le istruzioni date nella prescrizione dei trattamenti. Una corretta aderenza alla terapia non può prescindere dalla condivisione delle scelte attraverso una intensa relazione tra medico, paziente e caregiver. In generale, importanti predittori di aderenza includono: a) regimi terapeutici semplici e brevi, b) classi terapeutiche che incontrino il favore dei consumatori, c) comprensione della gravità della patologia da parte del paziente e dei suoi famigliari e d) alto score sintomatologico.

Si ritiene che il 30-60% dei pazienti siano non-aderenti alle loro prescrizioni farmacologiche. Le principali ragioni per la non aderenza alla terapia degli anziani sono rappresentate, oltre che dai potenziali effetti collaterali, dalla scarsa istruzione, dal deficit cognitivo, dalla difficoltà nel pagamento dei farmaci, dal disaccordo circa la necessità del trattamento e dalle difficoltà relazionali tra paziente e personale professionale addetto alla cura. Altri motivi della non-aderenza includono le condizioni patologiche "silenti" sul piano della sintomatologia come le iperlipemie, l'ipertensione e l'osteoporosi, i fattori culturali, l'inadeguato supporto sociale e la depressione. Sulla base di queste considerazioni interventi tesi a migliorare l'aderenza alla terapia dei pazienti anziani polipatologici sono essenziali, anche implementando investigazioni orientate ad individuare le più idonee strategie a tal scopo. Tali interventi includono anche quelli a carattere psicosociale coinvolgenti sia i pazienti, sia i caregiver al fine di migliorare gli outcome di malattie complesse.

Mini simposio

GERIATRIA E PODOLOGIA. L'INTEGRAZIONE COME RISORSA ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA

MODERATORI: M. MONTESI (ROMA), G. PAOLISSO (NAPOLI)

Il Geriatra

P. Falaschi, E.A. De Marinis, R. Benvenuto, L. Tafaro, I. Indiano, S. Raja, M. Stefanelli, M. Rocchietti March, A. Martocchia

UO Geriatria, Azienda Ospedaliera S. Andrea Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma

Dal 2004 è stato istituito un protocollo d'intesa tra SIGG e Associazione Italiana Podologi, AIP per prevenire le disabilità, diminuire l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione. Le patologie primitive del piede e le complicanze podaliche delle malattie croniche influenzano la postura determinando rachialgia e difficoltà alla deambulazione. L'immobilizzazione a sua volta causa numerose complicanze a carico di diversi organi e apparati. Il paziente geriatrico è tipicamente un anziano fragile, portatore di patologie croniche e decadimento fisico e cognitivo, caratterizzato da un fabbisogno assistenziale multidisciplinare. In Italia sono presenti circa 1.000.000 di anziani fragili. La fragilità è intesa come stato di vulnerabilità, età correlato, derivante dalla compromissione della riserva omeostatica e dalla ridotta capacità dell'organismo di reagire agli eventi stressanti. Caratterizzata da segni e sintomi quali astenia, sarcopenia, perdita di peso, ridotta velocità di cammino (criteri di fragilità di Fried) con aumentato rischio di cadute, ospedalizzazione,

disabilità, immobilizzazione e morte. Il Progetto Codice Argento nasce dall'esigenza di ridisegnare l'assistenza socio-sanitaria dedicata agli anziani fragili ad alto rischio di non autosufficienza con risposte personalizzate che tengano conto delle necessità e bisogni reali. Molte sono le cause di allettamento: patologie mediche (56%), chirurgiche e traumatologiche (28%), neuropsichiatriche (12%). L'allettamento determina modificazioni dell'apparato neurosensoriale cardiovascolare, urinario, respiratorio, digerente, muscoloscheletrico. Evento avverso noto dell'allettamento è la lesione da pressione, prevenibile con un idoneo approccio multidisciplinare e l'utilizzo di strumenti adeguati (materasso antidecubito). La caduta è inoltre uno dei principali eventi causa di frattura (di femore e di polso) nell'anziano. Numerosi sono i fattori di rischio per caduta: cambiamenti età correlati, patologie (tra cui le malattie del piede), farmaci. Le conseguenze della frattura di femore su durata e qualità di vita sono gravi: ad un anno la mortalità è superiore al 20% e nell'80% dei casi il paziente non recupera l'indipendenza. La riflessologia plantare sta iniziando ad essere utilizzata nel mondo Occidentale, dimostrando risultati efficaci in studi preliminari nella diminuzione dei sintomi comportamentali in anziani dementi. È importante stabilire un programma di azioni di prevenzione delle affezioni podaliche primitive o secondarie alle patologie correlate all'invecchiamento volte al miglioramento della deambulazione e postura e la collaborazione con podologi nei reparti per la favorire la mobilitazione precoce ed evitare la sindrome da allettamento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Fried LP, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol 2001;56:146-56.
- 2 Woyle W. *Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: a pilot study*. Australas J Ageing 2011;30:159-61.

Il Podologo

M. Montesi

Istituto Podologico Italiano, Roma

È noto che in quest'ultimo decennio il numero degli anziani ha registrato una crescita esponenziale, cosicché nel 2010, secondo le rilevazioni ISTAT, gli ultrasessantacinquenni ammontavano a ben 12.206.470, di cui 3.477.727 di ultraottantenni, questi ultimi più che quadruplicati rispetto a 10 anni fa. Se poi si tiene conto che, secondo stime attendibili, il 70% degli anziani soffre di patologie podaliche, si può facilmente rilevare che ammontano a 8 milioni e mezzo gli anziani ai quali deve essere prestata l'assistenza podologica.

Tale quadro evidenzia che il problema della terza e quarta età deve essere affrontato in maniera integrata tra geriatria e podologia, come risorsa alla prevenzione e alla cura, tema appunto di questo simposio. Fin'ora nel nostro Paese, invece, non si è dato il giusto peso all'assistenza podologica, anche se alcuni segnali testimoniano una lenta, seppur significativa riconsiderazione del ruolo che è auspicabile essa assuma.

L'AIP, Associazione Italiana Podologi, sollecita da tempo una riflessione sulla notevole capacità e conoscenza acquisite dai Podologi derivanti sia dagli studi effettuati durante il corso di laurea (per geriatria e gerontologia sono previsti 7 cfu), sia dal severo tirocinio praticato dagli studenti, i quali nella scelta dell'argomento della tesi

prendono sempre più spesso in considerazione il piede dell'anziano. Oggi si può dire che la Podologia, negli ambiti di sua competenza e sempre in collaborazione con il Medico di base e con il Geriatra fornisce una risposta alla domanda di assistenza assolutamente soddisfacente e adeguata alla tipologia complessa delle affezioni dell'anziano.

Quanto sopra, d'altra parte, è chiaramente emerso dalle conclusioni del XXVII Congresso AIP, che ha riservato un notevole spazio ad una tavola rotonda su "L'invecchiamento attivo nella Sanità che cambia. Il ruolo del Podologo", durante la quale lo stesso Prof. Falaschi nel suo interessantissimo intervento ha dato ampia testimonianza della necessità di integrazione tra geriatria e podologia.

Quanto alle patologie che più spesso colpiscono gli anziani, occorre tener presente che la maggior parte di esse (ipercheratosi, metatarsalgie, unghia incarnita, onicogriposi, spina calcaneare, piede reumatico ecc.) costituiscono la causa principale della limitazione del movimento, con la conseguenza di problemi alle ginocchia, al sacro e ad altri organi, compromettendone la funzionalità. Senza contare che esse sono spesso causa di caduta, talvolta con gravi conseguenze (ad esempio, frattura del femore). Per questo è fondamentale non sottovalutare i sintomi di quelle affezioni che accompagnano la senescenza e che spesso ed erroneamente vengono trascurati.

Si può concludere ricorrendo ad una riflessione. L'approccio interdisciplinare è il modo migliore per conseguire l'obiettivo di migliorare la qualità della vita degli anziani. La Podologia, quindi, può dare un sostanziale contributo allo sviluppo in atto dell'assistenza geriatrica.

Lettura

PRESIEDE: M. BOEMI (ANCONA)

Vantaggi degli inibitori della DPP-4, nel paziente anziano diabetico

M.A. Pellegrini

AOU Santa Maria della Misericordia, SOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Udine

Gli obiettivi strategici della terapia. Gli obiettivi "generali" della terapia del diabete nel paziente anziano dovrebbero comprendere il controllo dell'iperglicemia e dei suoi sintomi, il mantenimento di un buono stato di salute, la migliore qualità di vita possibile, la prevenzione ed il trattamento delle complicanze micro- e macrovascolari¹. Esiste un certo grado di incertezza sul fatto che un intervento efficace sul controllo glico-metabolico possa tradursi in un sicuro beneficio sulla prevenzione delle complicanze (micro e macro) in queste fasce di età, perché non esistono trial che abbiano testato gli effetti di un buon controllo glicemico in pazienti con età > a 70-75 anni. Inoltre i trial clinici di intervento – UKPDS 33 – hanno dimostrato che sono necessari almeno 8-10 anni di buon controllo glicemico per ridurre le complicanze microvascolari (retinopatia e nefropatia) mentre 2-3 anni di un migliore controllo dei valori pressori e dell'assetto lipidico sono sufficienti per i benefici sull'incidenza di eventi CV, anche nei pazienti anziani.

Gli Inibitori della DPP-4². Sono molecole che inibendo la degradazione dell'enzima DPP-4 prolungano l'emivita plasmatica del GLP1 endogeno.

Al momento attuale, in Italia sono presenti in commercio Sitagliptin, Vildagliptin e Saxagliptin, farmaci somministrabili per os. Agiscono prevalentemente sulla glicemia post-prandiale, senza provocare ipoglicemia.

Altri dati interessanti riguardano la neutralità sul peso corporeo, il "risparmio" sulla beta-cellula (dimostrato in dati sperimentali) e la maggiore efficacia clinica nei pazienti anziani, presumibilmente per le peculiari caratteristiche fisiopatologiche del diabete di questi pazienti in cui sono maggiormente espressi il deficit secretivo di insulina e l'iper glucagonemia. In Italia il monitoraggio AIFA ha rilevato come fossero proprio i pazienti ultrasessantenni a giovare di questo trattamento.

Sono i soli farmaci ipoglicemizzanti a poter vantare trial di intervento su pazienti di età superiore ai 65 e perfino 75 anni³. I DPP-4 inibitori sono farmaci che possono essere usati, a dosaggio ridotto, fino a gradi estremi di insufficienza renale⁴. Recenti Metanalisi hanno dimostrato possibili effetti benefici sull'assetto lipidico, sul rischio cardiovascolare⁵ e sulla incidenza di fratture. Oltre quattro anni di uso nella pratica clinica quotidiana hanno permesso di documentare un eccellente profilo di sicurezza. Tutte queste caratteristiche ne fanno una classe da considerare di prima linea nel trattamento del paziente diabetico anziano, in aggiunta o in alternativa alla Metformina.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Sinclair A, et al. JAMA 2012;13:497-502-
- 2 Baetta R, Corsini A. Drugs 2011;71:1441-67.
- 3 Barzilai N, et al. Curr Med Res Opin 2011;27:1049-105-
- 4 Lukashovich V, et al. Diabetes, Obesity and Metabolism 2011;13:947-54.
- 5 Patil HR, et al. The American Journal of Cardiology 2012.

Simposio

LA SINDROME METABOLICA (SM) NEL SOGGETTO ANZIANO: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI ED IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

MODERATORI: E. MANZATO (PADOVA), G. VENDEMIALE (FOGGIA)

Sindrome metabolica e deficit cognitivo nell'anziano

V. Solfrizzi¹, F. Panza², G. Logroscino³, C. Sabbà¹

¹ Sezione di Geriatria, Centro per lo Studio dell'Invecchiamento Cerebrale, Memory Unit e Centro Sotraziendale per le Malattie Rare; Università di Bari Aldo Moro, Bari, Italy; ² Unità Operativa di Geriatria & Laboratorio di Ricerca di Gerontologia-Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, I.R.C.C.S. Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo (FG); ³ Dipartimento di Neuroscienze, Università di Bari Aldo Moro, Bari, Italy

L'incidenza e la prevalenza della demenza sono previste in aumento nei prossimi decenni. Come è noto la terapia di questa malattia allo stato attuale può solo modestamente migliorare i sintomi e in attesa che si sintetizzino farmaci capaci di modificarne la storia naturale la corretta gestione dei fattori di rischio vascolari modificabili rimane la pietra angolare per la prevenzione demenza. Anche se malattia

di Alzheimer (AD) e demenza vascolare sono state tradizionalmente considerate come condizioni patologiche distinte, è ora diffusamente riconosciuto che entrambe si verificano raramente isolatamente. Entrambe condividono molti fattori di rischio e caratteristiche patologiche dell'aterosclerosi. Inoltre, la presenza e la gravità della patologia cerebrovascolare sembrano associate ad aumentato rischio di AD ma anche allo stadio di gravità di malattia su base neuropatologica. Iperensione arteriosa, dislipidemia e diabete sembrano aumentare il rischio di sviluppare la demenza in età avanzata, con meccanismi ancora solo in parte compresi. Gli effetti di ogni fattore di rischio vascolare sono approssimativamente additivi. Analogamente, la sindrome metabolica (SM), rappresentata più frequentemente da un cluster di tre o più situazioni patologiche preesistenti quali obesità addominale, ipertrigliceridemia, bassi valori colesterolo HDL, ipertensione arteriosa e iperglicemia, è stata associata ad un aumentato rischio di deficit cognitivo e demenza, soprattutto in soggetti con elevati livelli di infiammazione. Nei prossimi anni, trial clinici potrebbero confermare se la corretta gestione del rischio legato alle componenti della SM, inclusa l'infiammazione, sia in grado di ridurre anche il rischio di sviluppare declino cognitivo. Infatti, se la SM è effettivamente associata all'aumentato rischio di sviluppare una compromissione cognitiva, la precoce identificazione ed il trattamento appropriato dei soggetti a rischio potrebbero aprire nuovi percorsi terapeutici potenzialmente in grado di modificare la progressione di malattia.

Aspetti terapeutici della sindrome metabolica

G. Zuliani

Dipartimento di Scienze Mediche; Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Nutrizione Clinica, Università di Ferrara

Nel valutare i possibili aspetti terapeutici della sindrome metabolica (SM) nel soggetto anziano è necessario definire quali siano gli obiettivi del trattamento in questa fascia di età. In base a condizioni cliniche del soggetto, stato funzionale e speranza di vita, gli obiettivi potrebbero includere la riduzione della mortalità, la prevenzione degli eventi cardiovascolari e del diabete, il miglioramento della qualità della vita. Nello studio InChianti, SM, BMI, circonferenza vita, ipertensione ed ipertrigliceridemia non si associano alla mortalità a 9 anni, mentre C-HDL e PCR sono fortemente associati (G. Zuliani: osservazioni personali). Da questo punto di vista potrebbe essere interessante valutare il trattamento di alcuni aspetti specifici della SM (es. C-HDL, PCR) piuttosto che la SM nel suo complesso; il miglioramento della sensibilità insulinica, ottenuta mediante riduzione del tessuto adiposo addominale, attività fisica, dieta o farmaci, potrebbe modificare favorevolmente entrambi questi parametri. Rimane da stabilire quale sia l'approccio terapeutico più adatto nell'anziano con SM. Le linee guida AHA del 2005 suggeriscono una dieta anti-aterogena associata a riduzione del peso (7-10% nel 1°anno) e attività fisica moderata (>30m'5 g/sett) per la riduzione del rischio a lungo termine¹; questo approccio ha significato solo nel "giovane" anziano. La riduzione del rischio a breve termine è invece basata sul trattamento di dislipidemia, ipertensione, iperglicemia e stato pro-trombotico¹. La modificazione dello stile di vita (dieta ed esercizio) sembra efficace nel ridurre il rischio cardiovascolare e di diabete

nell'adulto ², pur risolvendo la SM solo nel 25% dei casi ³. Anche le linee guida NICE per la prevenzione del diabete nell'adulto ad alto rischio propongono la modificazione dello stile di vita ⁴ che comprende dieta, attività fisica, perdita di peso e eventuale uso di metformina. Tuttavia, nel soggetto anziano la perdita di peso si associa spesso a sarcopenia e/o deficit di micronutrienti ⁵. Rimane quindi da stabilire, allo stato attuale delle conoscenze, il reale rapporto rischio/beneficio derivante da un eventuale trattamento della SM.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Grundy SM, et al. *Diagnosis and management of metabolic syndrome*. Circulation 2005;112:2735-52.
- 2 Pitsavos C, et al. *Diet, exercise and the metabolic syndrome*. The Review of Diabetic Studies 2006;3:118-26.
- 3 Giugliano D, et al. *Are there specific treatments for metabolic syndrome?* Am J Clin Nutr 2008;87:8-11.
- 4 Chatterton H, et al. *Risk identification and interventions to prevent type 2 diabetes in adults at high risk: summary of NICE guidelines*. BMJ 2012; 345:e4624.
- 5 Mathus-Wliegen EMH, et al. *Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly: a guideline*. Obesity Facts 2012;5:460-83.

La circonferenza addominale è un indicatore affidabile per definire la sindrome metabolica nella donna anziana?

G. Enzi

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Numerosi studi di popolazione in diverse regioni europee e negli Stati Uniti hanno dimostrato una elevata prevalenza della sindrome metabolica (SM) negli ultrasessantacinquenni, definita secondo i criteri del Third Adult Treatment Panel (ATP III). In tutti questi lavori è riportata una prevalenza quasi doppia e significativamente più alta nelle donne, a differenza di quanto osservato negli adulti. Nello studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging) ad esempio la prevalenza della sindrome metabolica è del 35% nei maschi e del 75% nelle femmine. In questi studi la più alta prevalenza della SM è determinata dai valori di due componenti: la circonferenza addominale (Waist Circumference = WC) e il colesterolo HDL, differenti nei due sessi.

L'aumento della WC nella donna anziana può dipendere dal progressivo incremento del soprappeso e dal ben noto incremento post menopausale del tessuto adiposo (TA) viscerale, correlato al nuovo set ormonale. Ma può anche dipendere dalle modificazioni della cavità addominale per la riduzione della distanza tra arco costale e pelvi e per la lassità delle pareti addominali. Inoltre nelle donne anziane in soprappeso od obese l'incremento della WC può essere dovuto anche all'accumulo di TA sottocutaneo, ed è questa l'osservazione che più ci interessa.

Scopo di questa analisi è di verificare l'attendibilità della misurazione della WC come predittore di obesità viscerale nel vecchio, riconsiderando i dati antropometrici disponibili in letteratura.

Nello studio ILSA i valori medi della WC sono di 97 ± 8 cm nell'uomo e di $96,9 \pm 7$ cm nelladonna, contro valori cut-off dell'ATP III di 102 e rispettivamente 88 cm. Infatti lo spessore della plica cutanea soprailiaca è superiore nelle donne rispetto agli uomini ($19,8 \pm 9,7$ vs $14,0 \pm 6,6$). In un ulteriore studio di popolazione nella regione veneta (ProVa

study) la distribuzione del TA a livello addominale è stata studiata in 140 uomini e in 211 donne: a parità di età, BMI e di WC l'area del TA viscerale è risultata significativamente più bassa nelle donne

	MALES	FEMALES	
N°	140	211	
Age, years	73,6 ± 6,2	72,7 ± 5,7	
BMI, kg/m2	26,6 ± 3,6	26,9 ± 3,8	
WC	98 ± 6,8	97 ± 6,1	
TA. total, cm ²	358 ± 93	358 ± 87	
TA. viscer. cm ²	202 ± 58	164 ± 54**	p < 0,01
TA. subcut. cm ²	157 ± 55	195 ± 62**	p < 0,01

In conclusione: l'aumento della prevalenza della SM nella donna anziana è in larga parte dovuta alla inadeguatezza dei valori cut-off dell'ATPIII utilizzati per definire l'obesità viscerale.

Se arbitrariamente usiamo come cut off il 50° percentile dellaWC la prevalenza della SM scende a valori analoghi a quelli degli uomini.

Simposio SIGG-AGE

PERCORSI TERRITORIALI DELLE CRONICITÀ E CONTINUUM ASSISTENZIALE

MODERATORI: G. PAOLISSO (NAPOLI), S. PUTIGNANO (NAPOLI)

La dimissione del paziente complesso: tra continuità assistenziale e discontinuità di cura

E. Silingardi, S. De Carolis

U.O. Anziani e Disabili fisici e sensoriali, Dipartimento di Cure Primarie, AUSL Rimini

Per garantire *continuità assistenziale* al paziente fragile è fondamentale un progetto modellato sui bisogni dell'individuo che sia in grado di garantire la cura appropriata nel luogo giusto. L'appropriatezza non è tuttavia sufficiente a garantire anche *continuità di cura* che, viceversa, implica una "presa in carico" condivisa da più attori e più servizi di ambienti diversi nell'ambito del care management e del case management, principalmente attraverso la trasmissione di tutte le informazioni utili nella fase del passaggio di setting.

La perdita di informazioni o interruzioni/incompletezza nell'erogazione delle prestazioni necessarie costituisce un grave rischio per il paziente. Occorre pertanto ricercare strumenti e strategie idonee a superare i possibili "vuoti" nei passaggi da un contesto di cura all'altro e il care management al domicilio dovrebbe essere svolto dal MMG con funzioni di sintesi e regia imperniata sulle conoscenze cliniche.

La Medicina generale si trova dunque ad affrontare un processo di grande trasformazione che dovrebbe definitivamente condurre da un modello di "Medicina di attesa" ad un modello di "medicina di iniziativa" e ad una geriatizzazione della stessa favorendo una formazione specifica in senso geriatrico e prevedendo una riorganizzazione delle reti in grado di migliorare comunicazione e collaborazione tra i team ospedalieri e territoriali. L'informatizzazione dei dati clinici e socio-sanitari può costituire uno strumento rilevante per questo scopo, ma si deve lavorare sulla pianificazione concordata della dimissione ¹ secondo il principio dell'alleanza terapeutica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la continuità delle cure uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario e pertanto è indispensabile trovare strumenti di misura di tale continuità: i tempi di degenza, i re-ricoveri ospedalieri, la soddisfazione dell'utenza, gli errori terapeutici sono tra i possibili indicatori di efficacia ².

I dati di letteratura sostengono inoltre che nella pianificazione della dimissione sono particolarmente importanti l'educazione terapeutica e la comunicazione tra professionisti sanitari e famiglia ³.

BIBLIOGRAFIA

Shepherd S, McClaran J, Phillips CO, et al. *Discharge planning from hospital to home*. Cochrane Database Syst Rev 2010;: CD000313.

Uijen AA, Heinst CW, Schellevis FG, et al. *Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review*. PLoS ONE 2012;7:e42256.

Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, et al. *Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of evidence*. J Clin Nurs 2009;18:2539-46.

Territorio e sistemi avanzati di valutazione

P. Gallina¹, M.C. Bollini²

¹ Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 16 Padova, Italy, ² Distretto Area Sud, Azienda ULSS 13 Mirano (VE), Italy

Nella Regione Veneto, da oltre dieci anni, l'accesso dell'anziano alla rete dei servizi territoriali avviene a seguito di una valutazione geriatrica e della definizione di un progetto assistenziale da parte delle Unità di Valutazione Multi-Dimensionale (UVMD). Lo strumento di valutazione multidimensionale di riferimento per definire il progetto assistenziale è stato identificato nella scheda SVaMA ("Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano"). Tale strumento, utilizzato obbligatoriamente su tutto il territorio della Regione a partire dal 2000, è costituito da un insieme di scale validate, l'associazione dei punteggi delle quali permette di definire, per ogni soggetto, uno specifico profilo assistenziale, corrispondente ad un diverso carico assistenziale. Per la semplicità di utilizzo, questo strumento di valutazione di prima generazione ha avuto una enorme diffusione all'interno dei servizi della Regione, tanto che possiamo stimare che ogni anno vengano eseguite oltre 30.000 valutazioni di persone fragili, sia nelle dimissioni protette, che per l'attivazione di servizi domiciliari, semiresidenziali o residenziali da parte delle cure primarie,

Negli ultimi anni agli strumenti di valutazione di prima generazione, che fotografano una situazione statica dell'individuo, si stanno affiancando strumenti di valutazione avanzata, dotati di proprietà clinimetriche, ovvero sensibili alle variazioni cliniche del soggetto nel tempo. In particolare, il Multidimensional Prognostic Index (MPI), costruito su informazioni ricavate da una VMD, è stato sviluppato e validato come strumento prognostico di mortalità a breve e lungo termine in coorti indipendenti di pazienti anziani. Tale strumento, sensibile e specifico in diverse patologie acute e croniche, è stato adottato nella dimissione protetta nella maggior parte dei reparti di Geriatria della Regione Veneto.

Recentemente, utilizzando la stessa metodologia di lavoro, è stato sviluppato e validato in una ampia popolazione di soggetti anziani residenti a domicilio anche un indice multidimensionale di fra-

gilità prognostico a partire dai dati di SVaMA. (Multidimensional Prognostic Index, MPI-SVaMA). L'MPI-SVaMA è un indice multidimensionale di fragilità che predice in modo accurato il rischio di mortalità e di istituzionalizzazione ad un mese dei pazienti anziani residenti a domicilio. Questo indice può aiutare efficacemente le decisioni cliniche e gestionali per l'anziano fornendo informazioni prognostiche accurate e di facile interpretazione. La facile applicabilità informatizzata e la relativa semplicità del calcolo, rendono l'MPI-SVaMA facilmente utilizzabile nella pratica clinica corrente di valutazione dell'anziano.

Sabato, 24 novembre 2012

Simposio SIGG-SINPE-ESPEN

LA MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE

MODERATORI: G.P. CEDA (PARMA), D. RADRIZZANI (LEGNANO)

Il paziente anziano con disfagia: l'intervento multiprofessionale

C. Venturini

Unità operativa Semplice Dipartimentale di Nutrizione Artificiale, Centro di Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Domiciliare INR-CA – IRCSS Ancona

Per *disfagia* s'intende la difficoltà nel far progredire il bolo alimentare dalla bocca allo stomaco. Da un punto di vista anatomico, la disfagia può essere il risultato di disfunzioni dell'oro-faringe o esofagee e da un punto di vista fisiopatologico può essere conseguenza di cause funzionali o strutturali. L'incidenza della disfagia è piuttosto elevata ed aumenta con l'età: si presenta in oltre il 30% dei pazienti con ictus, dal 52 all'82% dei pazienti affetti da Parkinson, nel 84% dei pazienti con malattia di Alzheimer, in oltre il 40% di anziani di età superiore a 65 anni, tale percentuale sale al 60% nei pazienti anziani istituzionalizzati. Con l'invecchiamento si verificano modificazioni *naturali* a livello dall'anatomia del capo e del collo e nei meccanismi fisiologici e neurologici alla base della deglutizione. Questi cambiamenti vengono definiti *presbifagia*, e includono tutte quelle alterazioni dei meccanismi della deglutizione che avvengono in anziani altrimenti sani. La progressione di tali modificazioni porta alla riduzione della funzionalità residua (capacità di adattamento allo stress), rendendo la popolazione anziana più suscettibile di disfagia. Altre ragioni che correlano l'invecchiamento con la disfunzione deglutitoria è che la disfagia è una comorbilità di molte patologie correlate all'età e/o dei loro trattamenti farmacologici. Nonostante l'enorme impatto sulle capacità funzionali, sulla salute e sulla qualità di vita dell'anziano che ne è affetto, la disfagia è sottostimata e sotto diagnosticata come possibile causa di gravi complicanze. La disfagia, infatti, comporta due tipi principali di complicanze: nutrizionali (malnutrizione, disidratazione, scompensi idroelettrolitici) e respiratorie (aspirazione tracheobronchiale, polmoniti ab-ingestis) che possono portare a morte. Oltre il 30% dei pazienti con disfagia presenta aspirazione tracheobronchiale, metà dei quali senza tosse (aspirazione silente), il 45% ristagni in oro-faringe e oltre il 55% dei pazienti con disfagia sono a rischio di

malnutrizione. Per prevenire le conseguenze cliniche della disfagia è necessario avere efficaci strumenti di screening, per valutarne il rischio, e validi test di diagnosi, per classificarne il tipo e la gravità e per prescrivere un'adeguata terapia. Il trattamento con modifiche nella consistenza e viscosità del bolo alimentare, così come l'applicazione di procedure riabilitative possono migliorare la deglutizione e prevenire le complicanze nutrizionali e respiratorie nel paziente anziano. Nei casi più gravi l'unica alternativa possibile è la nutrizione artificiale. L'approccio diagnostico e terapeutico alla disfagia deve necessariamente essere multidisciplinare. Il riconoscimento della disfagia come una sindrome geriatrica maggiore potrebbe apportare delle modifiche sostanziali alla qualità dei servizi medici e sociali erogati al paziente nel prossimo futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, et al. *Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment*. *Dysphagia* 2002;17:139-46.
- Smith Hammond CA, Goldstein LB. *Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines*. *Chest* 2006;129:154S-168S.

Simposio

LA VMD: LA METODOLOGIA DELLA GERIATRIA

MODERATORI: R. BERNABEI (ROMA), D. LEOSCO (NAPOLI)

La Valutazione Multidimensionale, prognosi e definizione degli outcome

A. Pilotto

UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova

Recentemente grande attenzione è stata rivolta alla valutazione della prognosi quale parametro utile per prendere decisioni cliniche. Poiché l'aumento di rischio di mortalità nel soggetto anziano è dovuto a multipli fattori quali co-morbilità, deficit funzionali e cognitivi, malnutrizione e/o difficoltà socio-assistenziali, è importante che gli strumenti prognostici utilizzati nell'anziano siano basati sulla valutazione multidimensionale (VMD). Una recente review ¹

sistematica sugli indici prognostici impiegati in medicina, ha identificato il Multidimensional Prognostic Index (MPI) ² quale unico strumento specificamente sviluppato e validato in ambito geriatrico tra gli oltre 100 indici prognostici inizialmente selezionati. Inoltre l'MPI era l'unico, tra gli strumenti predittivi di mortalità riportati, ad essere basato sulla VMD. Un'altra più recente review sistematica sugli indici prognostici impiegati nell'anziano ³, ha identificato, da una lista di oltre 21.500 titoli dedicati all'argomento, solamente 16 indici prognostici sufficientemente accurati e attendibili per un loro utilizzo in ambito clinico: 6 di questi indici sono validati in anziani residenti a domicilio, 2 indici validati in anziani residenti in casa di riposo e 8 indici validati in pazienti anziani ricoverati in ospedale. Tra questi ultimi, è riportato anche l'MPI, sviluppato e validato in 2 coorti indipendenti di pazienti anziani ospedalizzati per malattie acute o riacutizzazioni di malattie croniche. Gli Autori della review hanno riportato che l'MPI è uno strumento prognostico ben calibrato (< 10% di variazione tra la mortalità stimata e quella osservata), e caratterizzato da buona accuratezza sia ad 1 mese che ad 1 anno di follow-up.

L'elevato potere prognostico del MPI dimostra il potente impatto della compromissione multidimensionale sul rischio di mortalità nell'anziano e conferma che considerare l'informazione aggregata multidimensionale è importante per predire la mortalità nei pazienti anziani affetti dalle più comuni condizioni patologiche ⁴. L'implementazione sistematica dell'MPI nella pratica clinica geriatrica potrebbe migliorare sostanzialmente il nostro approccio alla cura degli anziani.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Siontis GC, Tzoulaki I, Ioannidis JP. *Predicting death: an empirical evaluation of predictive tools for mortality*. *Arch Intern Med* 2011;171:1721-6.
- ² Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, et al. *Development and validation of a Multidimensional Prognostic Index for 1-year mortality from the comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients*. *Rejuvenation Res* 2008;11:151-61.
- ³ Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, et al. *Prognostic indices for older adults. A systematic review*. *JAMA* 2012;307:182-92.
- ⁴ Pilotto A, Panza F, Ferrucci L. *A Multidimensional Prognostic Index in common conditions leading to death in older patients*. *Arch Intern Med* 2012;172:594-5.



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

13° Corso Infermieri



CONGRESSO NAZIONALE

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

21-24 Novembre 2012
MiCo – Milano Convention Center

Giovedì, 22 novembre 2012

Simposio

IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DELLO STROKE

MODERATORI: A. CASTALDO (MILANO), N. NICOLETTI (TORINO)

Il percorso clinico assistenziale nella fase acuta dell'ictus

P. Franza¹, S. Rosa²

¹ Coordinatore infermieristico U.O. Neurologia/Stroke Unit, A.O. Luigi Sacco, Milano; ² Neurologo, U.O. Neurologia/Stroke Unit, A.O. Luigi Sacco, Milano

Premessa

L'ictus cerebrale costituisce un problema assistenziale, riabilitativo e sociale di grandi dimensioni in quanto rappresenta la prima causa di disabilità in Italia con 10-12% di decessi all'anno.

Solide prove d'efficacia sostengono l'utilità di una assistenza "dedicata" per la gestione ottimale del paziente con ictus al fine di migliorarne la sopravvivenza e la disabilità.

L'ictus è una *emergenza medica* in cui è di fondamentale importanza diagnosticare tempestivamente sede, natura ed origine del danno cerebrale, oltre che prevenire e curare eventuali complicanze cardiache, respiratorie e metaboliche.

L'intervento precoce è fondamentale in quanto ormai è noto che "time is brain" ovvero quanto prima si mettono in atto le terapie specifiche tanto migliore è la possibilità di recuperare alla funzione una parte di parenchima leso ma non ancora necrotico.

Le Linee Guida SPREAD 2012 (Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion) raccomandano che è indicato che i pazienti con ictus acuto siano ricoverati in una struttura dedicata: Stroke Unit (Grado A). In mancanza di accesso alla stroke unit vanno comunque garantite cure ospedaliere secondo le Linee Guida SPREAD. Per misurare la gravità del quadro clinico ai fini prognostici e del monitoraggio successivo, può essere utilizzata una scala neurologica validata come la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Nella fase acuta dell'ictus è opportuno:

Mantenere le funzioni vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e saturazione dell'O₂, glicemia, temperatura corporea. Secondo le linee guida, nelle prime 48 ore dall'esordio dell'ictus è indicato il monitoraggio delle funzioni vitali e dello stato neurologico e va proseguito in caso di instabilità clinica (Grado D); *Prevenire e trattare le complicanze:* infezioni (vie urinarie, cateteri venosi, polmoniti, ecc), decubiti, trombosi venose profonde, embolia polmonare, edema cerebrale, crisi epilettiche, sindrome spallamano, depressione del tono dell'umore;

Limitare l'entità dei danni neurologici.

Limitare l'ipertensione marcata in quanto può aggravare la lesione cerebrale e conseguentemente le condizioni cliniche del paziente; *Garantire uno stato nutrizionale adeguato* valutando il rischio nutrizionale entro le 24-48 ore dal ricovero attraverso il Nutritional Risk Screening (NRS) o il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) e monitorare, in modo standardizzato, la funzione deglutitoria (Grado D).

BIBLIOGRAFIA

SPREAD 7 edizione. *Ictus cerebrale: linee guida di prevenzione e trattamento*

Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare. Quaderni del Ministero della Salute n. 14, marzo-aprile 2012.

L'assistenza infermieristica nella fase di riabilitazione intensiva

G. Carniel

Milano

I pazienti colpiti da ictus, dopo la stabilizzazione della fase acuta, possono essere dimessi dai reparti di neurologia e medicina, dove prevalentemente vengono ricoverati in acuzie, e trasferiti in un dipartimento di riabilitazione. Prima della dimissione verso il domicilio o una struttura residenziale, il progetto riabilitativo può articolarsi attraverso tre differenti configurazioni assistenziali: intensiva, estensiva e di mantenimento. Nella fase della riabilitazione intensiva divengono essenziali la prevenzione del decubito, attraverso l'impiego di idonee superfici di sollievo pressorio, nonché l'igiene posturale a letto ed in carrozzina.

Il recupero multidisciplinare del danno motorio selettivo si esplica attraverso l'adozione di tecniche riabilitative integrate e rinforzando l'apprendimento di nuovi modelli di trasferimento: dal letto alla carrozzina, dalla carrozzina al lavandino, sedersi ed alzarsi. Alla fase flaccida dell'arto superiore può succedere una fase ipertonica in cui si innescano schemi posturali stereotipati che contribuiscono all'instaurarsi della sublussazione della spalla: la corretta applicazione di tutori ed il mantenimento di una posizione protetta riducono il rischio di comparsa della sindrome spalla-mano. Anche la corretta gestione degli ausili per l'arto inferiore possono prevenire la comparsa di vizi posturali del piede.

Qualora il ripristino della continenza rientri fra gli obiettivi del programma riabilitativo, è proprio in questa fase che va impostato un percorso convalidato di svezzamento dal catetere vescicale e una gestione della ritenzione urinaria mediante l'utilizzo della sonda ecografica vescicale.

La depressione post ictus determina un aumento del rischio di cadute e una riduzione della compliance del paziente alle attività riabilitative; i dati suggeriscono che il paziente depresso corre un rischio superiore di dipendenza funzionale, fino a tre volte, e di aumentata mortalità: diventa perciò strategico in questo caso la rilevazione precoce di sintomi depressivi, la gestione della terapia farmacologica ed il coinvolgimento della famiglia.

L'assistenza infermieristica nella fase di riabilitazione estensiva

G. Giavazzi

Coordinatore Riabilitazione Degenza, Provincia Religiosa San Marziano, Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano

La riabilitazione estensiva prevede la presa in carico delle persone colpite da disabilità che residuano generalmente dopo un evento acuto, come lo stroke. Essa è finalizzata al completamento del processo di recupero delle autonomie delle attività di vita quotidiane (ADL) attraverso attività di riabilitazione caratterizzate da un mode-

rato impegno terapeutico, a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

Le persone colpite da stroke, a un anno dall'evento acuto, presentano un grado di disabilità elevata, per circa 1/3 dei casi. Da tale dato epidemiologico si evince quanto sia importante la fase di consolidamento della disabilità per consentire ai soggetti un ritorno al domicilio ed una qualità della vita il più possibile soddisfacente. Per tale motivo riveste un ruolo fondamentale il piano di assistenza infermieristica che tiene in considerazione i problemi clinici-assistenziali più prevalenti e gli interventi mirati al soddisfacimento dei bisogni di assistenza: alimentazione, eliminazione urinaria ed intestinale, igiene, mobilitazione, comunicazione, ambiente sicuro.

La valutazione iniziale e periodica dei bisogni di assistenza infermieristica è fondamentale e condiziona tutto il processo di presa in carico. Oltre al giudizio clinico, è altresì raccomandato l'utilizzo di scale di valutazione validate (Barthel Index, Norton Plus, Tinetti...) e l'utilizzo di schede di osservazione (alimentazione, eliminazione urinaria ed intestinale, ...) che consentono una pianificazione dell'assistenza e l'identificazione di obiettivi raggiungibili, rispetto alle condizioni cliniche presenti.

L'assistenza infermieristica delle persone colpite da stroke si concentra prevalentemente sulla gestione dei disturbi della deglutizione (disfagia) con l'obiettivo di un ritorno ad un'alimentazione "libera" piuttosto che ad una gestione di un'alimentazione artificiale, evitando così episodi di aspirazione. Altro problema prevalente riguarda la ripresa della continenza urinaria e/o la gestione dei presidi assorbenti, laddove ci sia un problema organico che impedisca la normale funzionalità vescicale. Vengono altresì gestiti gli aspetti relativi ad un miglioramento delle capacità motorie attraverso l'utilizzo dapprima di ausili maggiori e successivamente di ausili minori e i disturbi legati ad una difficoltà nella comunicazione (afasia, neglect...).

Durante tutto il percorso assistenziale è fondamentale il coinvolgimento di tutta l'equipe assistenziale, del paziente e del caregiver. In caso di fragilità sociale una particolare attenzione è rivolta al processo di dimissione "protetta" con il coinvolgimento dei servizi sociali territoriali.

BIBLIOGRAFIA

Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (SPREAD), *Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento*, 2012.

Il percorso assistenziale nell'area territoriale

S. Mantovani

Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona (Magenta)

La corretta attivazione della fase assistenziale territoriale avviene a partire dal dipartimento di riabilitazione e il progetto riabilitativo può trovare continuità in una struttura residenziale oppure al domicilio, mediante intervento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

La richiesta formale del Medico di Medicina Generale (MMG) innesca un iter valutativo multidimensionale da parte di un'equipe composta generalmente da medico, infermiere ed assistente sociale, che ha lo scopo di definire il livello di complessità del caso ed il corrispondente fabbisogno di risorse assorbibili. Sarà poi la famiglia, almeno nel contesto organizzativo lombardo, ad individuare il "pattante", cioè una società accreditata dall'ASL, che erogherà l'assistenza e che

attraverso un case manager – di solito un infermiere – assicurerà il coordinamento delle cure.

Gli aspetti assistenziali che più frequentemente si presentano al domicilio sono rappresentati dalla gestione dell'alimentazione artificiale attraverso sonda gastrica percutanea, nonché dalla fornitura di presidi ed ausili. Anche gli aspetti di prevenzione secondaria e terziaria diventano colonne portanti dei progetti riabilitativi domiciliari e residenziali.

Gli aspetti educativi e il coinvolgimento dei caregiver trovano al domicilio l'espressione più importante: rimozione delle barriere architettoniche, prevenzione delle cadute, controllo dei parametri vitali e, quando necessario, addestramento all'utilizzo di apparecchi di autodiagnosi, come quelli utilizzati per il monitoraggio della glicemia o della coagulazione.

Lo "sconvolgimento" dell'assetto sociale e familiare, causato dalla disabilità fisica, comporta una importante attività di counseling ai pazienti e ai loro familiari.

BIBLIOGRAFIA

Joanna Briggs Institute. *The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke*. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals 2009;13:1-4.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline*. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2010 Jun.

Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (SPREAD). *Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento*, 2007.

Simposio

RECUPERO O MANTENIMENTO DELLE CAPACITÀ RESIDUE

MODERATORI: M. ANDRIGO (PADOVA), P. FABRIS (VENEZIA)

Recupero funzionale e prevenzione della disabilità: stato dell'arte

M. Simonato, A. Pilotto

UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Ospedale S. Antonio, Padova

I 2/3 degli anziani ricoverati ha almeno una comorbilità¹ e 1/3 ha una perdita delle prestazioni funzionali durante la degenza², è quindi necessario il potenziamento di servizi riabilitativi e un efficace intervento di prevenzione della disabilità. La riabilitazione funzionale geriatrica considera multipli problemi legati all'inattività cronica, all'effetto del decondizionamento dovuto ad una malattia acuta sul soggetto, al suo ambiente. Essa ha diverse specificità che dipendono da: comorbilità fisica, cognitiva e sociale, modificazione età correlate, obiettivi centrati sull'indipendenza e la precoce mobilitazione³. La valutazione multi-dimensionale (VMD) è uno strumento indispensabile per identificare precocemente i fattori che portano alla disabilità e per l'attivazione del piano di assistenza volto alla sua prevenzione. Con essa è possibile individuare e mettere in pratica gli interventi a carattere strutturale con molteplici finalità: la riduzione dei rischi presenti in ambiente domestico, il miglioramento dell'acuità visiva, l'introduzione di macronutrienti

e micronutrienti con l'alimentazione, la prevenzione dei traumi, l'uso di ausili, protettori e stabilizzatori dell'anca, gli esercizi fisici per l'aumento del tono e della forza muscolare, per il mantenimento dell'equilibrio e per la prevenzione delle cadute, il contrasto all'isolamento, la prevenzione delle malattie croniche. Recentemente è stato descritto e validato nell'anziano ospedalizzato un indice prognostico multidimensionale (MPI) ⁴ di mortalità ad un anno derivato proprio dalla VDM, il cui elevato potere prognostico ha dimostrato il potente impatto della compromissione multidimensionale sul rischio di mortalità e che la fragilità è la più comune condizione associata a mortalità nell'anziano ⁵. L'identificazione, il trattamento e la prevenzione della fragilità nell'anziano rappresentano una delle sfide principali della medicina geriatrica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, et al. *Trend in length of stay, living setting, functional outcome, and mortality following medical rehabilitation*. JAMA 2004;292:1687-95.
- 2 Sager MA, Rudberg MA. *Functional decline associated with hospitalization for acute illness*. Clin Geriatr Med 1998;14:669-79
- 3 Kemp B, Brummel-Smith K, Ramsdell J, eds. *Geriatric Rehabilitation*. Boston: College-Hill Press 1990.
- 4 Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, et al. *Development and validation of a multidimensional prognostic index for 1-year mortality from the comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients*. Rejuvenation Res 2008; 11: 151-161.
- 5 Pilotto A, Panza F, Ferrucci L. *A Multidimensional Prognostic Index in common conditions leading to death in older patients*. Arch Intern Med 2012; 172: 594-595.

Tecnologie a supporto del recupero e/o del mantenimento

R. Andrich

Polo Tecnologico Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano

Quando in ambito sanitario si parla di ausili il pensiero corre al Nomenclatore Tariffario delle Protesi, il documento di legge ormai datato (DM 332/1999) che stabilisce quali dispositivi possono essere assegnati a carico del Servizio Sanitario Nazionale alla persona con disabilità "avente diritto", tramite prescrizione medica specialistica. Nonostante qualche normativa regionale allarghi il campo, altri ausili non contemplati dal Nomenclatore vengono generalmente delegati al "sociale" o all'acquisto diretto da parte dell'utente.

Il mondo degli ausili è però ben più vasto di quello definito dal Nomenclatore Tariffario. Una recente "Position Paper" europea pubblicata dalla società scientifica AAATE (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe) e dalla rete EASTIN (European Assistive Technology Information Network) precisa che un buon sistema pubblico di assistenza protesica – nello spirito della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità – deve occuparsi di assicurare a tutti gli "aventi bisogno" le tecnologie più adeguate per sostenere l'autonomia personale e familiare nel proprio ambiente di vita. In questa "position paper" la nozione di "tecnologia" è molto ampia: anzi, si preferisce il termine "soluzione assistiva", che utilizzando il linguaggio del modello ICF (Classificazione Internazionale della Salute, del funzionamento e della disabilità) può essere definita come quell'insieme di "facilitatori ambientali" dispositivi,

adattamenti ambientali, assistenza personale che opportunamente "dosati" sulle esigenze della singola persona creano le condizioni per poter esercitare la scelta di una vita indipendente o della sostenibilità familiare. Questo concetto può essere riassunto nella cosiddetta "equazione delle quattro A": ausili tecnici + ambiente abilitante + assistenza personale = autonomia.

Possiamo distinguere tra ausili protesici (che sostituiscono funzioni corporee mancanti), ortesici (che compensano funzioni presenti ma compromesse), adattativi (che permettono di svolgere determinate attività pur in presenza di limitazioni funzionali), ambientali (che rendono più accessibile o fruibile l'ambiente), assistenziali (che aiutano i caregivers), terapeutici (che prevengono complicanze) e cognitivi (che facilitano l'autonomia pur in presenza di deficit di memoria, attenzione ecc.). Esiste uno standard internazionale per classificare gli ausili (ISO 9999). Esso è utilizzato dai più importanti sistemi informativi europei, oggi uniti nella rete EASTIN (www.eastin.eu) che permette di conoscere e ricercare gli ausili presenti sul mercato europeo oltre 70.000 prodotti). Il Portale SIVA della Fondazione Don Gnocchi www.portale.siva.it – partner italiano della rete EASTIN – recensisce circa 6.500 ausili presenti sul mercato italiano e offre varie funzioni di ricerca utili alle stesse persone con disabilità e ai medici prescrittori e agli operatori del settore che assistono l'utente nella scelta degli ausili.

Simposio

IL RISK MANAGEMENT E LA FARMACOVIGILANZA

MODERATORE: G. MUTTILLO (MILANO)

La somministrazione di farmaci tritati in RSA: un'indagine di prevalenza

C. Boeri*, A. Castaldo**

*AUSL Piacenza, P.O. Val d'Arda; ** Provincia Religiosa di S.Marziano di Don Orione, Piccolo Cottolengo, Milano

Background. La pratica di somministrare farmaci tritati per facilitarne l'assunzione è molto frequente nelle RSA.

Kirkevoid & Engedal (2010) trovarono che il 23,3% dei residenti nelle nursing homes norvegesi assumevano farmaci tritati, principalmente per difficoltà di deglutizione. Tale pratica però non è scevra di rischi sia in termini di efficacia terapeutica sia di eventi avversi (Haw, 2007; Van den Bemt, 2009).

Obiettivo. Scopo della ricerca era conoscere, nella popolazione anziana residente in RSA, la prevalenza della somministrazione alterata di farmaci (capsule aperte o compresse tritate) per via orale ed enterale e l'aderenza della modalità di somministrazione alle indicazioni delle case farmaceutiche.

Materiali e metodi. Tra gennaio-febbraio 2012 è stato effettuato un cross-sectional study, impiegando diversi metodi:

- l'osservazione sistematica della somministrazione della terapia orale/enterale;
- l'analisi della documentazione clinica;
- una breve intervista all'infermiere di nucleo.

Il campione era rappresentato dagli ospiti residenti in tre RSA di Milano.

Risultati. Dall'indagine è emerso che il 40% (273/684) degli ospiti assumeva la terapia orale in modo alterato. Su 2639 somministrazioni, 785 erano alterate e tra queste il 43,1% dei principi attivi erano alterati in modo inappropriato, cioè preparati e/o somministrati in modo non conforme alle indicazioni farmaceutiche. Inoltre è stato trovato che il 20,2% degli ospiti assumeva i farmaci camuffati con gli alimenti. La somministrazione di farmaci alterati e camuffati era maggiore nei nuclei specializzati per persone con demenza rispetto ai nuclei ordinari RSA.

Conclusioni. Con questo studio si è iniziato ad esplorare il fenomeno di alterazione dei farmaci che risulta poco noto e scarsamente riportato in letteratura, soprattutto quella riferita alla realtà italiana. Sono necessari ulteriori studi per approfondire le strategie alternative alla triturazione/apertura dei farmaci, in previsione di un ulteriore aumento della disabilità conseguente ad una crescita dell'aspettativa di vita.

BIBLIOGRAFIA

- Kirkevold Ø, Engedal K. *What is the matter with crushing pills and opening capsules?* International Journal of Nursing Practice 2010;16:81-5.
- Haw C, Stubbs J, Dickens G. *An observational study of medication administration errors in old-age psychiatric inpatients.* International Journal for Quality in Health Care 2007;19:210-16.
- Van Den Bemt P, Idzinga J, Robertz H, et al. *Medication administration errors in nursing homes using an automated medication dispensing system.* Journal of the American Medical Informatics Association 2009;16:486-92.

Un progetto innovativo per migliorare la distribuzione dei farmaci: il caso della RSA Valgioie di Torino

A. Zeppegno, N. Nicoletti

Torino

È largamente noto come nelle strutture sanitarie italiane esistano delle criticità nel processo di gestione della terapia farmacologica che incidono direttamente sulla sicurezza dei pazienti. Alla luce di ciò, all'ASL TO2 è stata proposta un'analisi del contesto specifico, in una RSA di Torino, volta a definire e sperimentare una soluzione tecnologica innovativa per la prescrizione, gestione e somministrazione dei farmaci. In primo luogo è stata realizzata un'analisi "AS-IS" fotografando i processi tradizionali con rilevazioni qualitative (interviste, sopralluoghi, raccolta dei documenti cartacei) e quantitative (questionari, rilevazioni tempi e analisi statistica delle schede terapia). Le principali criticità rilevate erano dovute ad un modo di operare legato alla carta e vincolato da una scarsa disponibilità di tempi e risorse. Inoltre è stata rilevata l'impossibilità di tracciare tutte le operazioni svolte sul singolo paziente, farmaco o terapia.

Partendo da questi risultati è stato definito un modello "TO-BE" che recepisce le più recenti raccomandazioni ministeriali e risolvesse le criticità esistenti semplificando e supportando il lavoro degli attori coinvolti nella gestione della terapia farmacologica. La soluzione progettata si basa sulle potenzialità offerte dalle tecnologie informatiche, barcode e RFID con lo scopo di rinnovare, semplificandoli, i processi organizzativi e di lavoro, eliminando attività inutili e fonti di potenziali errori come, ad esempio, le trascrizioni manuali. Il nuovo processo prevede la gestione della terapia farmacologica nei suoi diversi momenti di prescrizione, allestimento, somministrazione

e gestione delle scorte grazie al supporto di carrelli intelligenti. Gli operatori vengono assistiti in ogni fase del processo e guidati nel compiere le azioni in modo consequenziale e coerente. Tutte le operazioni sono tracciate. Un apposito software consente di consultare e tenere sotto controllo tutti i parametri e i dati dei processi di gestione della terapia e delle scorte.

Il sistema è operativo da ottobre 2011 ed è tuttora in uso presso la RSA Valgioie di Torino. La validazione della sperimentazione, con la misurazione dei suoi positivi effetti è stata affidata al DISPEA del Politecnico di Torino. I risultati della sperimentazione coinvolgono diversi aspetti, primo fra tutti la riduzione del rischio clinico in tutte le fasi della terapia. I processi lavorativi sono stati migliorati e resi più efficienti: gli infermieri possono concentrarsi sull'assistenza al paziente, mentre i medici hanno rapido accesso a tutti i dati relativi ai farmaci e i pazienti. Il sistema inoltre consente di raggiungere obiettivi di efficienza nel consumo di farmaci (-17,3%) e nella riduzione dei tempi di lavoro (-27,4%).

BIBLIOGRAFIA

- Rafele C. *Analisi dell'impatto dell'introduzione di una soluzione innovativa di distribuzione dei farmaci: risultati della sperimentazione di "Terapia Assistita" di IPSA.* DISPEA, Politecnico di Torino 2012.

Venerdì, 23 novembre 2012

Simposio

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

MODERATORI: A. CASTALDO (MILANO), M. LUSIGNANI (MILANO)

L'infermiere di famiglia e di comunità per l'anziano: prospettive nazionali e internazionali

P. Obbia

AIFeC Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità, Saluzzo

Presentando l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, IFeC, nel panorama internazionale, la relazione si pone l'obiettivo di stimolare riflessioni sulle potenzialità di tale ruolo e sul miglior modello da perseguire per la sua introduzione.

Per l'anziano che ancora è in grado di vivere da solo, per l'anziano "fragile" che vive con la propria famiglia o affidato ad una badante e per chi di lui si occupa, l'Infermiere di Famiglia, rappresenta una risorsa importante a sostegno della domiciliarità.

Il ruolo dell'IFeC è quello di "case manager" in grado di leggere e rispondere ai bisogni, sostenere l'autonomia senza generare dipendenza, semplificare iter burocratici faticosi per le famiglie, coordinare gli interventi di sostegno dei servizi socio-sanitari e delle associazioni del territorio, delle reti amicali e vicinali, gestire il passaggio d'informazioni e la continuità assistenziale in caso di ricovero, fornire consulenza personalizzata sia per l'assistenza sia per le migliori strutture, abitative e organizzative che rendono più sostenibile la convivenza.

Tre concetti chiave ruotano attorno alla definizione "Infermiere di Famiglia": il Family Health Nurse Practitioner, l'Infermieristica di Famiglia quale paradigma d'assistenza e il profilo del Family Health Nurse disegnato dall'OMS Europa.

Il documento programmatico "Salute 21" definisce due figure sanitarie in prima linea per i servizi di assistenza primaria: il medico e l'infermiere di famiglia, prevede che tale infermiere sia responsabile di un gruppo predefinito di famiglie e che gli siano attribuite maggiori competenze dopo una formazione post base.

Il ruolo dell'IFeC, dove introdotto, risulta vantaggioso.

In Italia varie sperimentazioni stanno nascendo, ma non vi è una visione chiara e univoca del ruolo.

La formazione post base è un mezzo per acquisire le competenze necessarie a svolgere questo ruolo di assistenza infermieristica avanzata da cui non si può prescindere.

L'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità, AIFeC, è nata per dare identità professionale e visibilità agli infermieri di famiglia, diffondere cultura e creare consensi attorno a questo professionista che riteniamo fondamentale per la tutela dei cittadini, in particolar modo di quelli più fragili e degli anziani di oggi e di domani.

BIBLIOGRAFIA

Is there a doctor in the country? The economist 2012 Jun 2nd.

HEALTH21: *the health for all policy for the who european region*. Copenhagen: Ufficio Regionale OMS per l'Europa 1999.

Obbia P. *L'assistenza sanitaria di base e l'infermiere di famiglia e di comunità*. I Colori del Bianco IPASVI Torino 2010;1:12-4.

Aree di responsabilità dell'infermiere di comunità/famiglia

D. Massai

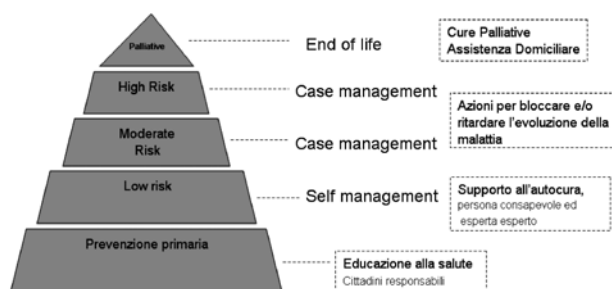
Empoli

L'adozione in Toscana del paradigma della sanità d'iniziativa mediante l'implementazione del modello organizzativo *Expanded Chronic Care Model* (ECCM), per la prevenzione e la gestione delle malattie croniche, costituisce per l'infermiere un'opportunità di sviluppo professionale.

Nella sanità d'iniziativa il fondamentale presupposto è che tutti i cittadini, sani e malati, dovrebbero divenire responsabili e impegnarsi nell'assunzione di comportamenti volti a migliorare, mantenere la propria salute o, comunque, atti ad evitare il peggioramento di una o più malattie presenti.

La *piramide delle cronicità* (Fig. 1), rappresentata nel DGR Toscana n. 984 del 2008 allegato A, evidenzia i seguenti livelli di rischio:

- un primo livello, rappresentato dalla base della piramide, dove si trovano i cittadini che non presentano segni e sintomi di malattie croniche e per i quali, onde promuovere l'adozione di stili di vita sani, assumono rilevanza interventi di educazione alla salute (per il singolo, le famiglie e per la collettività in generale, in diverse fasce d'età e in diversi contesti comunitari);



- nei livelli di basso, moderato e alto rischio sono presenti le persone che manifestano segni e sintomi di malattia e per questi risulta particolarmente utile, oltre all'implementazione del percorso assistenziale (che prevede momenti specifici di richiamo attivo dei pazienti e di follow up), il supporto al self management;

- un ultimo livello, che corrisponde all'apice della piramide, dove si trovano le persone in fase avanzata di malattia, che necessitano di cure palliative per affrontare la fase terminale della vita.

È pacifico che nell'ambito dell'ECCM le aree in cui i professionisti sanitari devono porre particolare enfasi sono quelle della prevenzione e del supporto all'autocura finalizzate a rendere:

- i cittadini responsabili nel miglioramento o nel mantenimento della propria salute;
- le persone malate consapevoli ed esperte nella gestione della propria malattia (corretta assunzione della terapia farmacologia prescritta, riconoscimento precoce di segni e sintomi indicativi di possibili complicanze in atto, adozione di stili di vita compatibili con lo stato di salute etc.).

Queste aree di responsabilità corrispondono a due delle sette funzioni descritte nel profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/1994): prevenzione ed educazione terapeutica.

L'opportunità di sviluppo professionale dell'infermiere in Toscana è legata principalmente alla possibilità di espletare le funzioni sopra descritte all'interno di uno scenario organizzativo favorevole, che stimola all'utilizzo di strumenti specifici per favorire l'empowerment nei cittadini parte di una comunità e che rinforza la necessità per gli infermieri di sviluppare competenze in merito alla relazione d'aiuto (counseling infermieristico).

I bisogni dei cittadini, espressi e non, unitamente ai cambiamenti del contesto e all'attivazione di percorsi formativi costruiti ad hoc, permetteranno la necessaria ridefinizione dei confini di esercizio professionale.

Infermieristica d'iniziativa: un modello assistenziale per la presa in carico dei cittadini in Valle d'Aosta

F. Duò

Azienda USL Valle d'Aosta, Aosta

La Regione Valle d'Aosta, con D.G.R. n.184 del 28/01/2011, ha deliberato il progetto sperimentale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) il cui agire professionale si fonda sul principio della presa in carico anticipata dei bisogni inespressi o latenti che caratterizzano la cronicità e la fragilità.

La rete dei servizi territoriali della Valle è molto attiva e l'IFeC, grazie alle competenze avanzate acquisite, si inserisce intervenendo con progetti di educazione, prevenzione e promozione della salute rispetto ai bisogni della persona, della famiglia e della comunità in cui sono inserite.

La sperimentazione ha preso avvio, nel mese di novembre 2011, nel Distretto n.4. Il campione selezionato è stato quello degli utenti in TAO poiché caratterizzato da una popolazione prevalentemente anziana, affetta da pluripatologie, che assume plurifarmacoterapie, e per la quale l'educazione terapeutica riveste un ruolo fondamentale. Inoltre era stato valutato un incremento dei prelievi e un utilizzo inappropriato della richiesta multipla con conseguente aumento della spesa sanitaria.

La presa in carico non prevede la richiesta del MAP ma, l'IFeC contatta l'utente invitandolo ad un primo incontro ambulatoriale o programma un incontro domiciliare, se impossibilitato nello spostamento. Durante la prima visita, l'IFeC effettua una raccolta dati e valuta la rete di risorse afferenti all'utente con l'ecomappa e il genogramma. Al termine dell'incontro, l'IFeC redige una relazione che condivide con l'utente durante la visita successiva, nella quale viene riportato il riferito dall'utente, quanto condiviso con l'IFeC e gli obiettivi educativi.

In dieci mesi di sperimentazione l'IFeC ha contattato 152 utenti in TAO e il 97% ha aderito al progetto che prevede interventi educativi rivolti in senso olistico rispetto ai bisogni della persona e della famiglia. Dall'avvio della sperimentazione il numero dei prelievi per determinazione PT/INR è diminuito del 13,1%, nonostante un aumento del 4,4% degli utenti in TAO. Questo risultato si è ottenuto anche in seguito ad una riorganizzazione, effettuata dall'IFeC, abbinando al prelievo per PT la giornata di presenza del MAP in ambulatorio nel pomeriggio, per la prescrizione della terapia. I ricoveri ospedalieri degli utenti educati si sono ridotti del 12% e i giorni medi di degenza sono passati da 13 a 8. Tra gli obiettivi raggiunti vi è un rafforzamento della continuità assistenziale ospedale-territorio che ha preso avvio con la SC Cardio/UTIC grazie ad un progetto che prevede la presa in carico da parte dell'IFeC in sede ospedaliera, degli utenti che verranno dimessi con la TAO.

Simposio

IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA

MODERATORI: N. FRANCESCHINI (GENOVA), P. GOBBI (MONZA BRIANZA)

Il modello per complessità clinica e intensità assistenziale: orientamento etico ed organizzativo

G. Bollini

Milano

L'ospedale organizzato per livelli di intensità assistenziale adotta un modello organizzativo innovativo che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico e di intensità di assistenza di cui necessita.

È basato sul concetto di *Patient Focus Care* secondo il quale occorre centrare l'ospedale sulla persona e sulle sue esigenze quindi non esclusivamente sulla sua patologia.

Revisione totale di un approccio, un cambiamento radicale dell'angolo di visuale: tutto deve essere realizzato per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie. In base all'esperienza quotidiana di tutti noi, è molto frequente verificare che pazienti ricoverati nella stessa area specialistica spesso presentano, fin dall'inizio del ricovero, quadri clinici e intensità assistenziale differenziati.

L'ospedale per intensità di cura, riconoscendo questo dato, pone come soluzione la strutturazione di aree di degenza, spesso multi specialistiche, graduate rispetto al livello di cure, superando così l'articolazione attuale basata sulla disciplina medica specialistica.

Lo scopo è di evitare l'erogazione, a tutti i pazienti di un livello di cure "medio", abbassando di fatto il livello assistenziale dei pazienti più gravi ed elevando inutilmente quello dei pazienti più stabili.

Quello che si è sviluppato all'AO Niguarda vede la strutturazione di aree di degenza, tendenzialmente multispecialistiche, graduate rispetto al livello di cura e, per alcuni settori, "con standardizzazione" in base ai tempi di ricovero:

- terapia intensiva (che resta tale con le sue norme di accreditamento istituzionale);
- alta intensità (degenza di nuova istituzione, ad altro grado di assistenza, di breve durata);
- degenza ordinaria (che resta tale con le sue norme di accreditamento istituzionale);
- degenza a basso grado di assistenza (attività di cure subacute di nuova istituzione; si ricorda l'esperienza innovativa della Low Care);

degenza diurna (DH, DS).

È conseguente il fatto che tali scelte influenzino il comportamento etico del singolo professionista, riferendosi a quegli impegni etici e deontologici che egli assume nel rapporto con le persone assistite, considerando gli scopi altruistici della professione e la fiducia nella professione.

L'implementazione del modello di intensità di cura nel contesto sanitario nazionale: stato dell'arte e prospettive future

C. Regazzo

Presidente di Antiforma s.r.l. e docente di Organizzazione Aziendale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano

La crescente specializzazione della medicina per molti anni ha condizionato le modalità di progettazione e costruzione degli ospedali indirizzandole ai propri fini. La nascita di discipline sempre più specifiche ha infatti condotto i medici a richiedere spazi più definiti ove ognuno potesse svolgere la propria attività in modo autonomo. Tale situazione ha cominciato a mutare su spinta di varie sollecitazioni esterne alla professione medica come, ad esempio, la presa di coscienza di un'organizzazione in funzione del paziente, e con il conseguente passaggio da una medicina solo d'organo, patogenetica, ad una in cui prevale un approccio fondato sulla comunicazione e su una relazione in cui vengono negoziati i ruoli e i valori del medico e del paziente. Questa evoluzione ha portato a spostare il baricentro dell'interesse nella progettazione degli ospedali dal sapere medico alla persona ricoverata, con il conseguente cambiamento di prospettiva nella forma delle strutture e nell'utilizzo degli spazi.

Un secondo argomento importante è stato la necessità per i sistemi o le singole organizzazioni sanitarie di ricercare delle modalità operative utili ad affrontare il progressivo crescere dei costi con la conseguente necessità di diminuire i posti letto cercando nel contempo di concentrare la logistica dei servizi offerti da un lato, e dall'altro, ridurre i tempi di trattamento dell'acuzie. Questo riorientamento ha portato all'identificazione di modelli che superano quello per specialità, che è tuttora il prevalente specialmente nel Sud Europa; uno di questi è quello basato sull'intensità delle cure e sulla complessità assistenziale. In esso la definizione di "intensità" può identificare tre livelli individuati tra: alta, media, bassa intensità (con l'aggiunta

dell'attività ambulatoriale). La distribuzione dei ricoveri, fatta salva nella maggior parte dei casi la distinzione medico/chirurgico, non è dunque più legata alle caratteristiche della patologia ma principalmente al suo stadio clinico. A queste caratteristiche si devono aggiungere le valutazioni di tipo infermieristico per la misurazione della complessità assistenziale.

In realtà intensità di cura e di assistenza, nel senso stretto della definizione, individuano due modelli che non sono mai applicati in modo rigido ma che si intersecano con prevalenza dell'uno o dell'altro nelle diverse situazioni.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. *Quality and Safety: Virginia Mason Seeks Sights on Defect-Free Health Care System*. www.virginiamason.org

Galgano AC. *Il sistema Toyota per la sanità*. Milano: Guerini e Associati 2006.

Jones D, Mitchell A, Lean Enterprise Academy UK. *A report commissioned by the NHS Confederation on NHS*. Londra 2004.

Il modello di intensità di cura: le ricadute e gli esiti sugli operatori sanitari

M. Mongardi*, E. Di Ruscio**

*Area Governo Clinico, qualità dell'assistenza e valorizzazione delle professioni sanitarie, Servizio Presidi Ospedalieri, Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, RER; ** Responsabile Servizio Presidi Ospedalieri, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, RER

Il concetto generale di ospedale è largamente diffuso e condiviso ma la sua definizione non è univoca. La definizione dell'OECD dice che l'assistenza ospedaliera è "l'assistenza dispensata ai pazienti ufficialmente ammessi in ospedale e per un trattamento specifico e/o altro tipo di assistenza, in un ospedale o in un altro stabilimento che eroghi assistenza in regime di ricovero" e ancora nei documenti di programmazione sanitaria spesso viene definito ospedaliero ciò che non può essere erogato a livello di assistenza primaria. Oggi, l'organizzazione delle cure e dell'assistenza delle strutture ospedaliere a livello nazionale, a parte poche esperienze concentrate in alcune regioni come la Lombardia, Toscana, Liguria, Emilia-Romagna, ruota attorno alle discipline mediche e alle sue specialità. Il contesto sanitario e socio sanitario, profondamente mutato nell'ultimo ventennio da cambiamenti epidemiologici dei problemi di salute, l'innovazione tecnologica e scientifica, la centralità del paziente-cittadino e degli operatori, l'evoluzione delle professioni, la qualità e la sicurezza delle cure, le restrizioni socio economiche rendono necessari ristrutturare la rete ospedaliera e cambiare il modello organizzativo degli ospedali. *L'idea di un ospedale organizzato non per unità operative ma per livelli di intensità di cura e di assistenza, articolato in piattaforme assistenziali dove gli specialisti "ruotano attorno al letto del paziente" e cooperano su percorsi condivisi e con modalità di presa in carico chiare ed orientate al paziente, è quindi da concepire come uno dei molti strumenti che tentano di accompagnare lo scenario evolutivo sopra tratteggiato. È importante visualizzare questa relazione, e cioè il fatto che "il modello" accompagna (e non pretende certo di determinare) una evoluzione ben più ampia e ambiziosa (F. Niccolai, S. Nuti, 2012).* L'ospedale per intensità di cura è una modalità organizzativa che si colloca in continuità con un generale ed ormai "lungo" cam-

biamento dell'ospedale, volto a caratterizzarsi sempre più come un luogo di cura delle acuzie.

La centralità del paziente è l'elemento guida, attorno a lui ruota l'ospedale, si muovono i professionisti e si aggregano le tecnologie. È questo il "nuovo" ospedale che si sperimenta anche in Emilia-Romagna per coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza, mettendo ancora di più al centro il paziente e il livello del suo bisogno di cura.

Un ospedale quindi ad alta intensità di relazioni, che favorisce l'interprofessionalità, l'interdisciplinarietà, il dialogo e si propone di garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le patologie di pazienti riuniti in una piattaforma logistica di ricovero con uguale livello di bisogno assistenziale. Il medico resta il responsabile del percorso diagnostico e terapeutico (ad esempio cardiologo per il cardiopatico); all'infermiere è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero. L'assistenza per intensità di cura prevede tre livelli: alta intensità (le degenze intensive e sub intensive...); in media intensità (le degenze per aree funzionali: area medica, area chirurgica...); bassa intensità (per pazienti post acuti...). La modalità organizzativa dell'ospedale per intensità di cura vede coinvolti due aspetti importanti che riguardano gli operatori sanitari:

Il ruolo chiave degli infermieri - Un'idea di fondo dell'ospedale ad intensità di cura è anche quello di utilizzare/valorizzare le competenze professionali degli infermieri che in altri paesi di sono sviluppate ben prima che in Italia. Nel nostro paese gli infermieri per molti anni sono stati tenuti in una posizione ancillare. Poi da metà degli anni '90 si è avuta una professionalizzazione del ruolo infermieristico che ne ha fatto non più una professione ausiliare, ma dotata di una propria autonomia; lo ricorda il profilo dell'infermiere del 1994 che riporta: *"l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"*. Tuttavia a questo sviluppo della professione infermieristica non ha corrisposto un pari riesame del processo assistenziale.

L'aggiornamento del ruolo del medico - Ai medici spetta la diagnosi e la terapia, oltre alla responsabilità della cura del paziente. Con l'ospedale organizzato per intensità di cura e complessità assistenziali il medico avrà più tempo per il disease management, la ricerca, la formazione professionale e da questo ne beneficerà l'appropriatezza e la sicurezza delle cure.

La sperimentazione di questo modello organizzativo è stata avviata in 9 Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna. I dipartimenti /Unità operative coinvolti nella sperimentazione appartengono all'area chirurgica o medica, mentre tre aziende hanno l'obiettivo di misurare l'impatto clinico organizzativo e gestionale dell'ospedale organizzato per intensità di cura nella week surgery, nella flessibilità di posti letto in area medica e nei percorsi diagnostico terapeutico-assistenziali (PDTA) dei pazienti con ictus e pazienti ortogeriatrici. La sperimentazione è supportata da un gruppo di lavoro regionale, da uno specifico evento formativo, garantito dalla Regione, ai gruppi di progetto delle Aziende sanitarie e da incontri di monitoraggio delle sperimentazioni in corso nelle suddette aziende. Ogni Azienda coinvolta nella sperimentazione ha definito un piano di valutazione prima e dopo la sperimentazione che coinvolge indicatori di effi-

cienza ma anche l'impatto sugli operatori sanitari e sui pazienti e caregivers.

La letteratura di riferimento, seppure carente, e le esperienze applicative dell'ospedale per intensità di cura propendono a favore di questa modalità organizzativa e mettono in evidenza il favorevole gradimento degli operatori sanitari e dei pazienti/caregivers. In questo nuovo contesto organizzativo la professione infermieristica può

migliorare l'espressione della propria competenza, responsabilità ed autonomia professionale e la modalità di lavoro interprofessionale, auspicabilmente migliorando la qualità dell'assistenza per il paziente, la relazione con i pazienti e i caregivers e la soddisfazione degli operatori sanitari. La grande sfida di tale innovazione organizzativa è la valutazione di impatto in termini di efficacia, sicurezza, efficienza, economicità, gradibilità degli utenti, caregivers e degli operatori.



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Comunicazioni orali e Poster



CONGRESSO NAZIONALE

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

21-24 Novembre 2012
MiCo – Milano Convention Center

COMUNICAZIONI ORALI

1

Valutazione del locus FOXO1 in pazienti anziani con malattia di Alzheimer nella risposta al trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi

G. D'Onofrio¹, D. Seripa¹, G. Paroni¹, M. Copetti², D. Sancarlo¹, S. Bazzano³, A. Fontana², A. Pilotto³

¹Laboratorio di Ricerca in Gerontologia e Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); ²Unità di Biostatistica, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); ³Unità Operativa Complessa di Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Ospedale S. Antonio, Padova

L'influenza di fattori metabolici coinvolti nella patogenesi della malattia di Alzheimer (MA) potrebbe contribuire alla risposta al trattamento farmacologico, in particolare al trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi (IA). L'alterazione del metabolismo del glucosio è stata proposta recentemente come uno dei principali fattori concomitanti la complessa patogenesi della MA¹. Un ruolo importante nel metabolismo del glucosio in generale, in particolare nella MA, è stato suggerito per la proteina foxo1, codificata dal gene forkhead box class O1 (FOXO1) al locus 13q14.11. Questa proteina è parte di una famiglia proteica di fattori di trascrizione del DNA che svolgono molteplici ruoli nelle vie metaboliche cellulari.

Valutare il ruolo del locus genico di FOXO1 nella risposta al trattamento con IA in pazienti anziani con MA.

Ad un follow-up di sei mesi dopo l'inizio del trattamento con donepezil, rivastigmina e galantamina, la valutazione del fenotipo (in accordo con i criteri NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence) ha rivelato che in un totale di 169 pazienti con diagnosi di MA (in accordo con i criteri NINCDS-ADRDA – National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association Work Group) il 68% dei pazienti rispondevano mentre il 32% non rispondevano al trattamento farmacologico con IA. L'analisi dei tre polimorfismi rs2721069 (C102,015?T), rs4943794 (T72,327?G) e rs7981045 (C36,499?T), selezionati sulla base del loro grado di eterozigosi per essere rappresentativi di un segmento di 65 k basi al locus FOXO1, rivela una frequenza significativamente più alta del genotipo G/G del polimorfismo rs7981045 nei pazienti che non rispondevano alla terapia (17.14% versus 2.70%, $p = 0.010$). L'analisi multivariata corretta per età, sesso e genotipo APOE confermava che il genotipo G/G di rs7981045 era associato ad una cattiva risposta al trattamento con IA (OR = 9.429, 95%CI 1.706-52.108), anche assumendo modelli di trasmissione genetica dominanti, additivi o recessivi. L'analisi del linkage disequilibrium (LD) ha rivelato significative differenze nel valore del coefficiente di linkage r^2 tra pazienti che rispondono o non-rispondono alla terapia, che si manifestano attraverso una distribuzione significativamente differente delle frequenze stimate degli aplotipi CGA (0.531 versus 0.346; $p = 0.010$) e CGG (0.212 versus 0.368; $p = 0.014$) tra questi pazienti.

Fattori metabolici non direttamente coinvolti nel metabolismo dei farmaci, ma facenti parte della complessa patogenesi della MA, possono influenzare l'efficacia al trattamento farmacologico con IA della MA.

2

Obesità, invecchiamento e lipotossicità cardiaca

S. Faccioli¹, F. Corzato¹, V. Rizzatti¹, S. Confente¹, M. Brocco¹, L. Buffoli¹, C. Bambace¹, M. Zamboni¹

Verona

Invecchiamento e obesità si caratterizzano per una maggiore tendenza all'accumulo di grasso ectopico e lipotossicità. La deposizione adiposa ectopica dei trigliceridi può comportare lo stress del reticolo endoplasmatico (ER), la morte cellulare e in ultima istanza la disfunzione d'organo.

Scopo di questo studio è stato quello di valutare le relazioni tra età, indici di adiposità, infiltrazione lipidica nell'atrio destro con lo stress ossidativo a livello del reticolo endoplasmatico e mitocondriale in un gruppo di soggetti coronaropatici (CAD) e un gruppo di controllo (non CAD).

Sono state raccolte biopsie di tessuto adiposo sottocutaneo (SAT), epicardico (EAT) e tessuto miocardico atriale destro in 45 uomini di età compresa tra 51 e 80 anni (media 64.91 ± 8.6) sottoposti ad intervento cardiocirurgico in elezione, per by-pass aortocoronarico (CAD) o sostituzione valvolare (non CAD). In questi soggetti sono stati determinati peso, BMI, circonferenza vita, glicemia, insulinemia, sensibilità insulinica tramite calcolo dell'HOMA index, livelli circolanti di Leptina e Adiponectina. Inoltre sono stati valutati nell'atrio destro con metodica immunostochimica Grp78, Grp75, PLIN2 e PLIN1.

In una sottopopolazione di soggetti è stata inoltre valutata la presenza di cellule adipocitarie intersperse nel muscolo atriale mediante reazione immunostochimica per PLIN 1 che è risultata maggiormente positiva nel gruppo dei CAD rispetto ai non CAD (rispettivamente 0.34 ± 0.04 e 0.27 ± 0.04).

L'adiponectina circolante è risultata correlare inversamente in modo significativo con lo stress ossidativo dei miocardiociti ($p < 0.001$ per Grp 78 e Grp 75), con il grado di deposizione lipidica intracellulare miocardica ($p 0.006$ per PLIN2) e col numero di adipociti interspersi nell'atrio ($p 0.001$).

Il gruppo di soggetti CAD rispetto al gruppo di controllo ha presentato inoltre maggior stress ossidativo (rispettivamente Grp 78 0.40 ± 0.12 e 0.31 ± 0.07 ; Grp 75 0.33 ± 0.08 e 0.028 ± 0.02), maggior deposizione lipidica intracellulare (PLIN2 rispettivamente 0.26 ± 0.04 e 0.21 ± 0.07).

L'Adiponectina pertanto si dimostra un forte predittore della disfunzione cellulare suggerendone un potenziale coinvolgimento nella patogenesi del danno d'organo.

Da questo studio non sono emerse correlazioni significative delle variabili in esame con l'età dei soggetti esaminati.

Nei soggetti CAD si è evidenziato un maggior grado di infiltrazione lipidica sottoforma di Lipid Droplets nonché un più elevato grado di stress ossidativo.

3

Apoptosi mionucleare e disfunzione mitocondriale muscolare nella patogenesi della sarcopenia dell'anziano. Risultati di uno studio traslazionale

E. Marzetti¹, C. Leeuwenburgh², M. Pahor², R. Bernabei¹

¹Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ²University of Florida, Gainesville, FL

Studi in modelli animali hanno dimostrato che l'eliminazione di mionuclei attraverso un processo simil-apoptotico e la disfunzione mitocondriale muscolare sono associati allo sviluppo e alla progressione della sarcopenia. Ad oggi non è noto se meccanismi analoghi siano coinvolti nella patogenesi della sarcopenia nell'uomo.

1) Verificare l'attivazione dell'apoptosi mionucleare in biopsie muscolari ottenute in soggetti anziani; 2) Determinare la relazione tra attivazione dell'apoptosi mionucleare e indici di sarcopenia (massa e funzione muscolari). 3) Valutare l'associazione tra disfunzione mitocondriale muscolare ed indici di sarcopenia.

L'espressione di proteine della via apoptotica estrinseca (TNF- α -dipendente) ed intrinseca mitocondriale è risultata significativamente correlata al volume muscolare della coscia e alla velocità del cammino su 4 metri. Il consumo mitocondriale di ossigeno basale (stato 4) e quello stimolato dall'ADP (stato 3) sono risultati inferiori nei partecipanti con bassi livelli di performance fisica rispetto a quelli con performance elevata. Un pattern analogo è stato rilevato per l'attività della citocromo c ossidasi (COX, complesso 4 della catena di trasporto degli elettroni) e per l'espressione della subunità I della COX (codificata dal DNA mitocondriale) e del fattore di trascrizione mitocondriale PGC-1 α .

L'attivazione dell'apoptosi mionucleare, attraverso il pathway TNF- α -dipendente e mitocondriale, è correlata al volume muscolare e alla performance fisica in età avanzata. La disfunzione mitocondriale muscolare si associa a ridotti livelli di performance fisica nell'anziano. Il nostro studio conferma le evidenze ottenute in modelli animali e indica per la prima volta l'esistenza di

biomarcatori di invecchiamento muscolare e di declino funzionale la cui identificazione precoce potrebbe consentire un intervento selettivo finalizzato alla preservazione della massa muscolare e della performance fisica in età avanzata.

4

Analisi molecolare delle vie di angiogenesi, neurogenesi e funzionalità sinaptica di soggetti con patologia cerebrovascolare

A.D. Romano, G. Serviddio, M. Lauriola, T. Rollo, R. Tamborra, M. Blonda, G. Iannelli, G. Vendemiale

Cattedra di Geriatria, Foggia

I fattori di rischio cardiovascolare si associano alla demenza vascolare. La demenza vascolare è la forma più comune di decadimento mentale dopo la malattia di Alzheimer e secondo alcuni autori la prima causa di demenza in pazienti anziani di età superiore agli 85 anni. In realtà la distinzione tra stroke, come patologia vascolare acuta, e demenza, come processo neurodegenerativo progressivo cronico, non è ben demarcata. Resta da chiarire se uno o più stroke possano dare inizio al processo dementigeno con successiva progressione di quest'ultimo. Rispondere a questa domanda non è semplice: è spesso impossibile stabilire se gli effetti di uno stroke su una demenza dipendano dalla malattia vascolare in grado di generare un quadro neuropatologico associato alla malattia di Alzheimer, o se la AD e la patologia neurovascolare agiscano in modo sinergico nella progressione della demenza.

Esplorare le pathway di neurogenesi, angiogenesi e funzionalità sinaptica al fine di identificare un fattore comune, la cui modifica, conduce alla demenza. Materiali e metodi: sono stati analizzati campioni di 73 individui. Di questi: 48 pazienti erano affetti da patologie cerebrovascolari (9 pz Demenza Vascolare-VaD, 9 pz Demenza Vascolare sottocorticale-SiVaD, 22 mixed VaD/AD e 8 Stroke senza demenza-SND), 10 affetti da Alzheimer-AD e 15 controlli. Sono stati analizzati campioni cerebrali provenienti dalla corteccia prefrontale e temporale. I tessuti umani sono stati processati mediante western blot impiegando i seguenti anticorpi: doublecortin-DCX, VEGF e Synaptophysin. La concentrazione di VEGF nella corteccia frontale non presentava differenze tra i vari gruppi in esame; nella corteccia temporale erano significativamente aumentati i processi angiogenetici nei gruppi VaD, SiVaD e SND (Fig. 14; 1-way ANOVA, $F = 39,2$, $p < 0,0001$; Bonferroni $p < 0,05$). L'espressione di DCX non risultava essere modificata per tutti i gruppi esaminati sia da corteccia frontale che da corteccia temporale. La concentrazione del marker di funzione sinaptica, la sinaptofisina, non risultava differente tra tutti i gruppi esaminati nei confronti dei controlli a livello frontale; a livello temporale la concentrazione era significativamente più alta nei gruppi VaD e Mixed (Fig. 16, $F = 14,9$, $p < 0,0001$, Bonferroni $p < 0,05$).

Il VEGF è il fattore di crescita endoteliale che stimola l'angiogenesi. L'analisi dei campioni disponibili ha messo in luce l'esistenza di una risposta angiogenetica particolarmente per le demenze su base vascolare pura ma anche in risposta al semplice stroke non seguito da demenza. Non abbiamo rilevato l'esistenza di processi neurogenetici; la funzione sinaptica, infine, risultava essere incrementata nei soggetti con VaD e forme miste VaD/AD a livello temporale ma non frontale. Tale studio, per la prima volta, ha messo in luce l'esistenza di fenomeni di angiogenesi e sinaptogenesi in cervelli di pazienti affetti da demenza vascolare.

5

Exenatide migliora la bioenergetica mitocondriale e regola l'espressione di SIRT-1 in un modello sperimentale di ischemia/riperfusion cerebrale

M. Lauriola, A. Romano, F. Bellanti, R. Tamborra, G. Serviddio, G. Vendemiale

Università di Foggia, Foggia

Exenatide è un peptide sintetico approvato per il trattamento del diabete mellito tipo 2, agendo come agonista del recettore del GLP-1 (GLP-1R). Li

et al. dimostrano che il trattamento con exenatide in un modello sperimentale di ischemia/riperfusion (I/R) cerebrale nel ratto riduce l'entità dell'area infartuata cerebrale e migliora gli indici di ripresa funzionale. SIRT-1 inibisce i meccanismi di apoptosi, in cellule neuronali sottoposte a danno da ischemia/riperfusion, agendo su diversi fattori di trascrizione. Recenti studi hanno evidenziato il ruolo protettivo di exenatide nei confronti del danno cellulare da ischemia/riperfusion con riduzione degli indici di stress ossidativo.

Definire gli effetti del pretrattamento con exenatide in un modello di I/R cerebrale, ottenuto mediante legatura bilaterale delle carotidi comuni (2VO), in termini di stress ossidativo, bioenergetica mitocondriale ed espressione di SIRT-1. **MAT.METHOD:** sono stati impiegati ratti Wistar maschi, con età di 9 mesi ed un peso di 250-300gr, suddivisi in 3 gruppi: exenatide (Exe), 2VO e controlli (CTR). **Gr.Exe:** animali randomizzati a Exenatide i.p. 10µg/kg e sottoposti a ischemia cerebrale un'ora dopo il trattamento; l'ischemia è stata effettuata mediante occlusione bilaterale delle carotidi comuni (2VO) per 20 min, seguiti da una fase ripercusiva di ulteriori 20 min e sacrificio. **Gr.2VO,** sottoposti a iniezione i.p di sol. fis. **Gr. CTR:** animali non trattati. Gli animali sono stati sacrificati mediante overdose di anestetico, i cervelli rimossi e preservati in buffer fosfato per le determinazioni mitocondriali a fresco. L'espressione di SIRT-1 è stata quantificata mediante RT-PCR da tessuto cerebrale prelevato.

Cento minuti dopo la somministrazione di exenatide, si riscontrava un miglioramento dell'indice di controllo respiratorio (ICR) da Complesso I nel gruppo Exe rispetto al gruppo 2VO ($t = 4,39$, $p < 0,01$). Il potenziale di membrana mitocondriale era significativamente ridotto nel gruppo Exe rispetto al gruppo 2VO e CTR ($F = 94,04$; $p < 0,001$). Gli animali del gruppo Exe presentavano una produzione di ROS inferiore a quella degli animali del gruppo 2VO ($t = 3,19$, $p < 0,05$). Tali risultati sono associati ad una aumentata espressione genica di SIRT-1 negli animali trattati con exenatide rispetto ai gruppi 2VO e CTR.

Il trattamento con exenatide si associa ad un migliore efficienza mitocondriale dell'accoppiamento consumo di ossigeno/produzione di ATP; il potenziale di membrana è ridotto rispetto ai controlli e la produzione dei perossidi risulta essere minore per gli animali trattati rispetto ai non trattati. Tali dati si associano ad una aumentata espressione genica cerebrale di SIRT-1 negli animali trattati. Questa associazione può fornire una chiave interpretativa del meccanismo di protezione mitocondriale svolta da exenatide in corso di danno cellulare da ischemia/riperfusion: infatti l'aumento dell'espressione di SIRT-1 si associa al miglioramento della funzionalità del mitocondrio in risposta al trattamento con exenatide.

6

Come prevedere l'invecchiamento della popolazione nei prossimi 40 anni

G. Ferla¹, D. Maugeri², A. Santangelo², G. Carnazzo³, U. Michalek³

¹ STMicroelectronics, Catania; ² Università, Catania; ³ ASP, Catania

L'Italia è fra le nazioni con i migliori risultati per la mortalità nelle varie fasce di età: ad esempio è al primo posto per ciò che riguarda la sopravvivenza a 60 anni, con solo il 6% di mortalità cumulata prima dei 60 anni (dati del World Health Statistics, WHO) e ciò malgrado una elevata mortalità per incidenti stradali.

Tuttavia per ciò che riguarda la speranza di vita l'Italia sta perdendo varie posizioni, tanto che adesso è al decimo posto fra le nazioni con la popolazione più longeva

Dedurre dagli andamenti della mortalità degli ultimi anni quale sarà la mortalità nei prossimi 40 anni. Si utilizza il modello di mortalità presentato dagli stessi autori nell'editoriale del Giornale di Geriatria dello scorso anno, questo modello consente di scomporre la mortalità nelle sue componenti fondamentali: mortalità presenile, senile ed in età avanzata.

Il modello è stato aggiornato per tenere conto del contributo presentato lo scorso anno, in cui i dati italiani sono stati complementati con quelli del GRG (Geriatric Research Group di Los Angeles). La totalità delle previsioni

attuali sono basate su estrapolazioni lineari (vedi ad esempio l'articolo di revisione di The Lancet, ottobre 2008, di J. W. Vaupel); questo tipo di estrapolazione non è corretto perché ogni evoluzione reale segue un andamento logistico, cioè rallenta via via che ci si avvicina ai limiti del processo, del resto il numero di centenari, anche se cresce rapidamente, non potrà mai superare il numero dei nati della coorte.

La sopravvivenza a 80-90 anni non potrà mai superare il 100%, d'altra parte la mortalità degli ultracentenari non accenna a migliorare in nessuna nazione al mondo. Tuttavia la fascia di età più importante è quella attorno alla speranza di vita.

In questo lavoro ai tre parametri già presentati nei lavori precedenti ne sono stati aggiunti altri quattro per tenere conto della logistica con cui l'invecchiamento della popolazione è evoluto negli ultimi 40 anni.

Malgrado le incertezze legate ad ogni previsione il risultato di maggiore rilievo è una crescita della popolazione senile maggiore di quanto previsto dallo scenario ottimistico dell'Istat. Nel 2050 vi sarà oltre il 10% di anziani di quanto attualmente previsto.

Il modello presentato consente di fare previsioni accurate dell'andamento della popolazione per i prossimi 40 anni.

7

Telomeri e citochine infiammatorie in pazienti con malattia di Alzheimer a diversa velocità di progressione

E. Tedone¹, B. Arosio², A. Cattaneo³, C. Gussago¹, F. Colombo³, M. Casati⁴, E. Ferri¹, L. Porretti³, P.D. Rossi⁴, D. Mari²

¹ Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano; ² U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, e Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano; ³ Centro Interdipartimentale di Citometria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Milano; ⁴ U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Milano

La malattia di Alzheimer (AD) è una patologia caratterizzata da reperti istopatologici noti e omogenei (placche a livello cerebrale di peptide neurotossico amiloide-beta (A β) e grovigli neurofibrillari intracellulari di proteina tau iperfosforilata) ma decorso e manifestazione eterogenei. La lunghezza telomerica dei linfociti (LTL) è età dipendente e diminuisce in pazienti affetti da AD, presumibilmente a causa di cambiamenti tissutali associati alla patogenesi della malattia. È noto che la LTL e l'infiammazione sono fattori di rischio di AD ma il loro contributo nella patogenesi e decorso della malattia è ancora poco chiaro.

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare in pazienti affetti da AD con diversa velocità di progressione della malattia la LTL e di correlarla ai livelli di alcune citochine infiammatorie note per essere associate all'eziopatogenesi della malattia.

Il modello sperimentale adottato prevedeva il reclutamento di 4 categorie di soggetti: controlli giovani (CT giovani) (11 soggetti, età media 21.6 \pm 2.1 anni); controlli anziani (CT anziani) (15 soggetti, età media 79.1 \pm 8.4 anni); pazienti AD a lenta progressione (ADS) (11 soggetti età media 80.8 \pm 5.7 anni) e pazienti AD a progressione rapida (ADF) (8 soggetti, età media 80.4 \pm 4.1 anni). In parallelo, è stata valutata la LTL di due gemelle omozigoti di 74 anni, di cui una sana e l'altra con ADF. Il decadimento cognitivo è stato valutato mediante Mini Mental State Examination (MMSE) e i pazienti sono stati classificati come ADS se il MMSE diminuiva di 3 punti in un periodo di follow-up di 2 anni o come ADF se la riduzione era pari o superiore a 5 nello stesso periodo di tempo. La LTL (media \pm errore standard) dei CT giovani, CT anziani, ADS e ADF è rispettivamente 3.3 \pm 0.5, 2.4 \pm 0.4, 1.8 \pm 0.3 e 2.5 \pm 0.4 Kb. Come atteso, i CT giovani risultano avere telomeri più lunghi rispetto agli altri 3 gruppi di studio ($p < 0.005$, ANOVA test). Abbiamo evidenziato che gli ADS hanno telomeri più corti non solo rispetto ai CT anziani ma anche agli ADF ($p < 0.003$), mentre fra i CT anziani e ADF non sono emerse differenze. È interessante notare come anche nelle

gemelle la LTL fosse simile (2.42 e 2.28 Kb rispettivamente nella gemella sana e in quella ADF).

Abbiamo riscontrato una correlazione significativa tra LTL e livelli di Interleuchina-10 (IL-10) nel gruppo ADF ($r^2 = 0.272$; $p = 0.078$). Tale correlazione risulta assente nel gruppo ADS.

I dati emersi dallo studio suggerirebbero l'esistenza di due meccanismi patogenetici differenti nei linfociti di ADS e ADF. Si potrebbe speculare che negli ADF i più alti livelli di IL-10 controbilancino l'eccessivo accorciamento dei telomeri attraverso la modulazione della risposta infiammatoria. Ulteriori studi sono necessari per stabilire se la misurazione della LTL all'esordio di AD possa predire la velocità di progressione della malattia.

8

Utilità del multidimensional prognostic index (MPI) nell'identificare le variazioni del rischio di mortalità durante ricovero in anziani ospedalizzati: studio prospettico multicentrico

A. Pilotto¹, D. Sancarlo², S. Bazzano¹, L. Ferrucci³, W.G.M.I. On Behalf Of The⁴

¹ UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Ospedale S. Antonio, Padova; ² Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo; ³ National Institute on Aging, Baltimore; ⁴ UOC Geriatria di Bassano del Grappa (VI), Ferrara (Dip. Medicina Interna), Padova (UO Geriatria e UO Lungodegenza Azienda ULSS 16, Clinica Geriatrica), Verona (UOC Geriatria, Clinica Geriatrica), Bassano del Grappa (VI), Camposampiero (PD), Chioggia (VE)

La corretta definizione prognostica del rischio di mortalità può essere utile per prendere decisioni cliniche appropriate, particolarmente in pazienti anziani fragili ad alto rischio. Tra i numerosi strumenti prognostici riportati in letteratura, il Multidimensional Prognostic Index (MPI) è stato recentemente identificato come uno dei più accurati indici predittivi di mortalità sia a breve che a lungo termine, dotato di buona calibrazione, validato in numerose patologie dell'anziano e sensibile alle variazioni a lungo termine del soggetto anziano. Non è noto tuttavia se il MPI sia sensibile alle variazioni di rischio che intervengono nel soggetto anziano durante il ricovero ospedaliero.

Scopo del presente studio è valutare se il MPI si modifichi durante il ricovero per identificare in senso dinamico le variazioni del rischio di mortalità nel paziente anziano ospedalizzato.

Lo studio prospettico e multicentrico ha incluso 1544 pazienti (F 55.8%, età media 84,8 \pm 6,94 anni) ricoverati consecutivamente presso 22 UO di Geriatria. 498/1544 sono stati esclusi dalla analisi per decesso e/o indisponibilità del MPI alla dimissione per cui l'analisi è stata condotta in 1046 pazienti (F 58.7%, età media 84,8 \pm 6,97 anni; MPI medio = 0,57 \pm 0,24; grado MPI-1 = 22.5%, MPI-2 = 34.6%, MPI-3 = 42.9%). Il MPI è stato calcolato sia all'ammissione che alla dimissione secondo l'algoritmo originale di validazione che include 8 domini multidimensionali: 1) attività basali (ADL) e 2) strumentali della vita quotidiana (IADL), 3) stato cognitivo (SPMSQ), 4) rischio di sviluppare lesioni da decubito (scala di Exton-Smith), 5) stato nutrizionale (MNA), 6) comorbidità (CIRS), 7) numero di farmaci e 8) stato abitativo. Il MPI è stato espresso sia in valore assoluto (range 0,0-1,0) che in 3 gradi di rischio di mortalità in accordo a pre-definiti cut-off: MPI-1 rischio lieve = 0,33, MPI-2 rischio moderato 0,34-0,66 e MPI-3 rischio severo = 0,67. In 662/1046 (63,2%) dei pazienti si è osservata una variazione significativa intra-ricovero del valore di MPI ($p < 0,001$). In 216/1046 (20,6%) la variazione di MPI è stata così rilevante da modificare la classe di rischio MPI; in particolare in 76/1046 (7,3%) si è osservato un miglioramento e in 140/1046 (13,4%) un aggravamento del grado di MPI ($p < 0,0001$). Le variazioni del valore di MPI durante il ricovero si sono osservate in tutti e tre le classi di rischio MPI: MPI-1: -56,8%, +13,3% ($p < 0,0001$); MPI-2: -58,5%, +22,1% ($p < 0,0001$); MPI-3: -18,2%, +42,2% ($p < 0,0001$).

Il MPI è in grado di identificare le variazioni del rischio di mortalità che avvengono durante il ricovero in anziani ospedalizzati.

9

Utilizzo di idromorfone nel trattamento del dolore cronico dell'anziano

F. Monacelli, C. Minaglia, P. Odetti

DIIMI Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche Università di Genova
Azienda Universitaria Ospedaliera S.Martino Genova, Genova

Il dolore cronico nell'anziano è un sintomo sottostimato. I dati di prevalenza frammentari e la complessità del paziente anziano, contribuiscono a complicare un approccio diagnostico e terapeutico standardizzato e basato sull'evidenza. Recentemente, tra gli analgesici maggiori l'idromorfone cloridrato riveste un ruolo specifico per efficacia, tollerabilità e sicurezza, risultando una possibile opzione di prima scelta nel paziente anziano. Tuttavia, mancano dati clinici di efficacia del farmaco nella popolazione geriatrica¹.

Sono stati arruolati 38 pazienti, affetti da dolore cronico moderato-severo, valutato con scala self report NRS in setting ospedaliero ed in terapia antalgica inefficace. I pazienti sono stati sottoposti a terapia con idromorfone cloridrato a lento rilascio e rivalutazione a breve e medio termine per valutare l'efficacia antalgica, il profilo di sicurezza (comparsa di effetti collaterali, tollerabilità) del farmaco ed il benessere soggettivo.

38 pazienti (F20, M18; età media $72,53 \pm 1,07$ anni) affetti da dolore cronico moderato-severo (NRS $7,64 \pm 0,28$ score), tipo di dolore (somatico 18 %, viscerale 13 %, misto 58 % e neuropatico 11 %), comorbidità severa (71% patologia neoplastica metastatica; 29% patologia degenerativa) ed in terapia antalgica maggiore non efficace. I pazienti sono stati sottoposti a terapia con idromorfone cloridrato a lento rilascio (in pazienti naive o con shift equianalgesico) con titolazione a fino ad analgesia e valutazione al tempo 0 (t0), dopo un mese (t1) e dopo tre mesi (t3) dell'efficacia antalgica ed del profilo di sicurezza (comparsa di effetti collaterali e tollerabilità) del farmaco. Analisi statistica: analisi parametrica di regressione lineare ed analisi non parametrica di Kruskal Wallis e di Mann Whitney.

I risultati dello studio dimostrano una efficacia analgesica di idromorfone a tre mesi con riduzione di NRS statisticamente significativa ($n = 38, K19,07; p < 0,0001$), una correlazione positiva significativa tra i valori iniziali di NRS e la dose media di idromorfone a tre mesi ($n = 38; y = 10,5 + 3,66x; R = +0,324; p < 0,05$) e la presenza di effetti collaterali scarsi e non dose correlati ($n = 38; U103,5; p < 0,05$).

Il presente studio dimostra, seppure in numerosità limitata, l'efficacia di idromorfone sul dolore cronico di una popolazione anziana affetta da elevata complessità clinica. Inoltre, il profilo di sicurezza e la tollerabilità, se confermato da dati basati sull'evidenza, sembrano indicare idromorfone come prima scelta nella terapia antalgica maggiore per l'assenza di drug-drug and drug-disease interactions, tipiche del paziente anziano comorbido e politrattato e fortemente predittive di inefficacia terapeutiche, effetti collaterali o ADR.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Magdi H. *A randomized, double-blind comparison of OROS hydromorphone and controlled-release morphine for the control of chronic cancer pain.* BMC Palliative Care 2008; 7:17.

10

Presenza ed evoluzione delle lesioni da decubito in un'unità di neuroriabilitazione specialistica

M.P. Panourgia, C. Terolla, F. Mammoli, C. Fassio, V. Pingue, B. Cazzulani, C. Pistarini

Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia

Le lesioni da pressione (LDP) sono aree localizzate di danno tissutale, causate da forze di pressione e frizione, le quali costituiscono un frequente e serio problema sanitario avendo costi importanti sia dal punto di vista della qualità della vita che economico.

Lo scopo di questo lavoro è di indagare la presenza e l'evoluzione delle LDP in pazienti di età superiore ai 65 anni ricoverati presso la nostra struttura di Neuro-riabilitazione nel anno 2011.

La maggioranza dei pazienti ricoverati presso la nostra U.O. sono affetti di postumi di ictus ischemici o emorragici, trauma cranico ed ipossia cerebrale post-anossica e provengono dai reparti di Stroke Unit, di Neurochirurgia o di Rianimazione. Vengono ricoverati, a seconda della gravità della sintomatologia, tra i 60 e i 180 giorni. Per questo studio sono stati selezionati i pazienti di età superiore ai 65 anni, ricoverati presso la nostra U.O. nell'anno 2011, i quali o al momento del ricovero o durante la degenza hanno presentato LDP. La LDP viene fotografata, classificata e per ogni stadio viene attivato il trattamento specifico seguendo la Linea Guida NPUAP-EPUAP 2009.

Nel anno 2011, sono stati ricoverati presso la nostra U.O. 160 pazienti, di cui 83 di età superiore ai 65 anni (31 femmine e 52 maschi, età: 65-89 anni, età media 77 anni) di cui 20 (24%) presentavano almeno una LDP al momento del ricovero e un paziente (1.2%) ha sviluppato una LDP durante la degenza. Di questi 21 pazienti, dopo il trattamento specifico (medicazioni, debridement chirurgico) e di prevenzione (materassi antidecubito, cambi postura, adeguata nutrizione) i 19 (90.48%) hanno raggiunto la guarigione durante il ricovero, mentre 2 sono deceduti per complicanze non dovute alle LDP.

Questi risultati indicano che la precoce diagnosi e trattamento delle LDP determina la loro completa guarigione e di conseguenza la netta riduzione dei costi di gestione e delle complicanze dovute alla presenza delle LDP.

11

Indicatori di qualità prescrittiva dell'Agenzia Italiana del Farmaco: sviluppo e prevalenza nella popolazione italiana

F. Mammarella¹, G. Onder¹, M. Fini², S. Bonassi², N. Marchionni³, R. Bernabei¹

¹ Dipartimento di Geriatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ² Centro di Ricerca Clinica e di Base, IRCCS San Raffaele Pisana, Rom; ³ Divisione di Cardiologia e Medicina Geriatria, Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze

La qualità della prescrizione farmacologica è uno dei principali fattori che influenza la probabilità di sviluppare una patologia iatrogena. Negli ultimi decenni, diversi set di indicatori sono stati sviluppati per misurare la qualità della prescrizione farmacologica, valutare la qualità delle cure e monitorarne i cambiamenti nel tempo. Gli indicatori di qualità prescrittiva pur non potendo sostituire il giudizio clinico rappresentano un valido strumento per valutare la qualità della prescrizione in differenti setting di cura. Un limite degli indicatori ad oggi disponibili è relativo al fatto che essi sono stati raramente applicati su larga scala o utilizzati nell'ambito di programmi volti a stimare la prevalenza della sottoprescrizione.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di sviluppare un set di indicatori per valutare la qualità della prescrizione farmacologica e descrivere la loro prevalenza nella popolazione italiana ultrasessantacinquenne. A tale scopo il Geriatric Working Group dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha effettuato un revisione della letteratura ed identificato 13 indicatori. La loro prevalenza nella popolazione anziana italiana è stata valutata tramite l'analisi dei dati dell'Osservatorio sull'impiego dei Medicinali (OsMed) che raccoglie dati su oltre 500 milioni di prescrizioni in Italia nel solo 2011.

Sono stati identificati 13 indicatori di qualità volti a valutare diverse aree della prescrizione farmacologica quali polifarmacoterapia, aderenza al trattamento, cascata prescrittiva, sottotrattamento, interazioni tra farmaci e farmaci da evitare. La polifarmacoterapia si è rilevata un evento comune, oltre 1,3 milioni di individui, l'11.3% della popolazione in studio, infatti assumeva continuamente almeno 10 farmaci. Anche la prevalenza di indicatori di bassa aderenza al trattamento si è rilevata elevata e progressivamente maggiore con l'aumento dell'età dei soggetti, raggiungendo una percentuale tra il 56,1% e 70,1% nei soggetti con età pari o superiore agli

85 anni. Gli indicatori di sottoprescrizione farmacologica sono stati rilevati nel 7,5% della popolazione in studio, mentre gli indicatori di qualità volti a valutare la prescrizione a cascata, le interazioni tra farmaci e le prescrizioni inappropriate hanno presentato un prevalenza inferiore al 3% della popolazione totale.

I dati raccolti con questo studio possono trovare la loro utilità non solo per valutare e monitorare la qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione anziana del territorio nazionale, ma anche servire per progettare ed attuare efficaci programmi di appropriatezza prescrittiva volti ad influenzare i modelli prescrittivi o ad essere incorporati in programmi per il monitoraggio farmacologico.

12

Valutazione dell'efficacia di una strategia educativo/informativa sull'uso dei farmaci in anziani con malattie cronico-degenerative

G. Corbi¹, G. Russomanno², V. Conti², A. Filippelli², N. Ferrara¹

¹ Dipartimento di Medicina e Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise, Campobasso; ² Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Salerno, Salerno

L'invecchiamento della popolazione comporta maggiore prevalenza di comorbidità e politerapia con aumento di ADR e quindi di ricoveri e costi.

È stato svolto uno studio atto a realizzare e valutare uno strumento educativo/informativo per medici per ridurre il numero di ADR, inappropriatezze ed interazioni farmacologiche in pazienti = 65 anni con 2 o più malattie croniche e più di 3 farmaci in terapia. Nella prima fase il reclutamento e la gestione dei pazienti, ricoverati in una clinica di riabilitazione, è avvenuto nella forma tradizionale di ammissione e di dimissione (PRE). Nella seconda fase ai nuovi pazienti ricoverati, le famiglie ed agli operatori sanitari sono stati dotati di strumenti di informazione sui principi di farmacologia geriatrica per il riconoscimento e la prevenzione delle ADR (POST), ed i medici sono stati forniti di un manuale per la consultazione del Manuale Farmaceutico, e di tutte le interazioni e inappropriatezze sui farmaci selezionati.

La popolazione in studio (450 PRE, 390 POST) era caratterizzata da maggiore comorbidità e severità alla CIRS, più infezioni urinarie ed ictus/TIA nel POST. Nel numero di ADR, numero e incidenza di inappropriatezze non vi erano differenze significative, ma solo un trend in riduzione. Con l'algoritmo di Naranjo nel PRE la maggiore parte delle ADR sono state definite come "probabile", nel POST come "definita". Vi era maggiore associazione nel PRE rispetto al POST tra numero medio di farmaci e numero di inappropriatezze per paziente. Alla regressione logistica si evidenziava un'associazione significativa tra ADR ed inadeguatezza nel PRE, che nel POST si perdeva. Non vi erano differenze significative anche per quanto riguarda le interazioni, sebbene un numero medio di interazioni per paziente inferiore nel POST rispetto PRE.

Nel nostro studio l'uso di uno strumento educativo/informativo non è stato in grado di ridurre in modo significativo ADR nel periodo POST, ma ha migliorato la definizione di probabilità di una ADR, mostrando una maggiore attenzione e migliore capacità di rilevare "reali" ADR nel personale addestrato. Inoltre, il numero di prescrizione inappropriate per ciascun paziente si è significativamente ridotto nei pazienti POST, nonostante un numero medio maggiore di farmaci ricevuto, suggerendo una maggiore attenzione dei medici a prescrizioni improprie. L'associazione tra ADR e inappropriato consumo di farmaci significativa nel PRE, ma non nel POST, indica che un maggiore rischio di ADR era associato a prescrizioni inappropriate prima dell'uso dello strumento.

Questi dati suggeriscono che tale strumento può essere utile per ridurre il numero di prescrizioni improprie per ciascun paziente, in particolare riducendo la probabilità di andare incontro ad ADR associate ad inappropriatezza, rappresentando, dunque, un approccio alternativo nella gestione dei pazienti anziani caratterizzati da polifarmacoterapia e comorbidità.

13

Osservazione breve intensiva presso un'U.O. Geriatria: prima esperienza

M. Calabrò¹, S. Volpato¹, F. Tisato¹, K. Baccaglini¹, M. Pozzebon¹, R. Bacchion¹, M. Tessarin², N. Lo Monaco², M. Sacher³, B. Barbato¹

¹ U.O.C. Geriatria P.O. Treviso U.L.S.S. n. 9 Regione Veneto, Treviso; ² Direzione Sanitaria P.O. Treviso U.L.S.S. n. 9 Regione Veneto, Treviso; ³ U.O.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza P.O. Treviso U.L.S.S. n. 9 Regione Veneto, Treviso

Un utilizzo crescente delle strutture di Pronto Soccorso ha portato ad un costante incremento degli accessi. L'elevata prevalenza di anziani in PS, si evidenzia con lo spike in visit rates che si ha dopo i 75 anni e soprattutto dopo gli 85 anni. D'altra parte la riduzione progressiva dei posti letto per Acuti ed una sempre maggiore richiesta di appropriatezza dei ricoveri hanno mutato la funzione del Pronto Soccorso da "Admit to work" a "Work to admit", con necessità di creare nuove funzioni di filtro ai ricoveri. Con tali premesse prende un nuovo significato la gestione dell'acuzie nei pazienti anziani ove la complessità deriva dalla tipicità delle caratteristiche e della presentazione. L'assenza di strumenti tipicamente geriatrici validati quali: Valutazione MultiDimensionale e somministrazione standardizzata di CAM contribuiscono alle rilevanti differenze di percentuali di ammissione in Ospedale tra i pazienti che afferiscono al PS: circa il 10-15% nei pazienti under75 anni vs. circa il 45-50 negli over 75enni. Tali dati correlati al frequente peggioramento degli outcomes (declino di stato funzionale, cadute, reazioni avverse a farmaci, insorgenza di delirium) a breve e lungo termine impongono valutazioni sul piano clinico e socio-economico (maggior carico assistenziale nel post-ricovero) ed induce ad alcune riflessioni negative sulla facilità con la quale tali pazienti accedono alle strutture per Acuti.

Ogni paziente che giunge in PS viene valutato secondo il consueto metodo che consiste nel riconoscimento/esclusione della patologie acute e come tali trattate.

Una volta escluse problematiche acute, potenzialmente evolutive il cui percorso diagnostico-terapeutico è definito dalle LG e protocolli dell'U.O. PS/MGU, per i pazienti, non dimissibili direttamente dal PS, si istituisce un'alternativa al ricovero che consiste nell'OBI geriatrica dove potranno essere accolti pazienti stabili secondo i criteri MEFWR, non divisibili direttamente da PS.

L'auspicio era di ottenere una significativa riduzione dei ricoveri negli ultra-75enni con conseguente riduzione delle complicanze a loro indotte dal ricovero, ridurre il carico di lavoro del PS e migliorare la qualità dell'assistenza al paziente geriatrico; infatti anche la percentuale di pazienti che non verrà ricoverata sarà sottoposta ad una puntualizzazione clinica, una riconciliazione farmacologica ed un orientamento all'assistenza post-ospedaliera da parte dei Servizi Distrettuali, ove necessario.

Il 66,66% dei pazienti afferiti all'OBI Geriatrica del P.O. Treviso sono stati riinviati al Medico Curante entro 48 ore. Nessun paziente si è ripresentato in PS nei 7 gg. successivi alla dimissione.

I dati sino ad ora ottenuti (1 mese di sperimentazione) indicano il buon risultato riguardo la riduzione di ricoveri impropri, l'elevato gradimento da parte di pazienti e familiari, la puntualizzazione clinica ottenibile e la riconciliazione farmacologica.

Condizioni cliniche suscettibili di OBI Geriatrica:

Dolori addominali: quando possibile effettuare una diagnostica differenziale rapida delle sindromi subocclusive.

Crisi ipertensiva; obiettivo: risoluzione della crisi e affidamento a struttura ambulatoriale per la diagnostica od aggiustamento terapeutico.

Sincope (solo per forme a basso rischio di essere di origine cardiaca secondo i criteri EGSYS); obiettivo: dimissione dei casi possibili secondo le L.G. dell'ESC (European Society of Cardiology)

Reazioni allergiche; obiettivo: trattamento sintomatico ed a risoluzione affidamento a centro allergologico per il follow-up.

Trombosi venose profonde non complicate (TVP);

Stati ansiosi di lieve entità e turbe comportamentali in pazienti affetti da demenza; obiettivo: possibilità di risolvere la condizione di disagio ed affi-

dare il\la paziente alle strutture territoriali evitando il ricovero in almeno il 70% dei casi.

Disturbi comportamentali in pazienti affetti da demenza; obiettivo: dimissione diretta dei casi non complicati e loro affidamento all'Ambulatorio dedicato.

Condizioni geriatriche a risvolto socio-assistenziale; obiettivo: evitare il ricovero di un numero pari al 40% dei casi con caratteristiche non di acuzie. Turbe metaboliche lievi; obiettivo: la correzione dello squilibrio metabolico con la successiva gestione ambulatoriale.

Disidratazione con lievi disturbi elettrolitici; obiettivo: la correzione dello squilibrio elettrolitico acuto.

Scompenso cardiaco "lieve"; obiettivo: terapia parenterale cardiologica e successiva modifica terapeutica per il domicilio

TIA in pazienti con encefalopatia vascolare cronica già documentata

Caratteristiche dei pazienti valutati in OBI Geriatrica da 7 maggio a 8 giugno 2012

Pazienti valutati in OBI geriatrica	45
Età media	85,93
% Maschi	35,55
% Femmine	64,45
Charlson Index medio	6,27
SPMSQ	4,46
Barthel Index premorboso (14 gg. prima di OBI geriatrica)	67,50
CAM (Confusion Assessement Method)	0,13
Brass Index	14,78

Provenienza dei pazienti giunti in OBI Geriatrica:

Pazienti provenienti da domicilio	42 93,33 %
Di cui già noti al Servizio Sanitario Distrettuale	10 23,80 %
Pazienti provenienti da CdR/RSA	3 6,67 %

Esito dell'OBI Geriatrica:

Dimessi da OBI geriatrica e inviati al Medico Curante	66,66 %
Pazienti ricoverati in Ospedale entro le 48 ore	33,34 %

Dei 30 pazienti dimessi da OBI entro le 48 ore la modalità di dimissione è stata:

Ordinaria 18 pazienti	14 pazienti	46,67 %
Affidamento ai Servizi Sanitari Distrettuali	12 pazienti	40,00 %
Rientro in CdR/RSA	3 pazienti	10,00 %
Primo ingresso in CdR/RSA	1 paziente	03,34 %

Dati riscontrati:

Numero medio farmaci alla dimissione	6,18
Numero medio di esami eseguiti durante OBI Geriatrica per paz. dimessi	1,07

14

Prognostic value of multidimensional prognostic index on long term mortality, discharge planning and hospital readmission in elderly acutely ill patients

D. Manganaro¹, P. De Colle¹, R. Sceusa¹, G. Biolo², G. Toigo¹

S.C. Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, Trieste; ² S.C. Clinica Medica, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, Trieste

Multidimensional Prognostic Index (MPI) is a new tool correlating multiple dimensions of frailty to mortality. Basing on comprehensive geriatric assessment (CGA) it stratifies hospitalized elderly patients in three mortality risk classes at 6 month and 1 year follow up. More and more studies are underlining its better predictivity and are applying it to specific diseases.

Except few ones, mortality has been investigated during one year and index was used to predict only this outcome.

To evaluate relationships between MPI and long term mortality, readmission, patient's home and discharge planning, hospital acquired infections. Included subjects were patients consecutively admitted into the Geriatric department in Cattinara University Hospital in Trieste.

The department is composed by acute geriatric unit and surgical post-acute geriatric unit.

Since April 15, 2008 till September 15, 2009, 509 patients were enrolled (61% of total admitted patients): 381 (74,9%) admitted in acute geriatric unit and 128 (25,1%) admitted in surgical post-acute geriatric unit.

Acute patients are affected by medical illness, while surgical post-acute underwent surgery before transfer. Groups differ for age, ADL before admission, IADL at admission, CIRS-CI13, number of drugs (Mann-Whitney test, $p < 0,01$), discharge planning (χ^2 test, $p < 0,01$), and mortality (Log rank test, $p < 0,01$).

Performing the same survival analysis method used by MPI authors (Cox model) but extending follow up term: in acute patients MPI is validated also at 2 years ($p < 0,01$) besides 6 months and 1 year ($p < 0,01$). In surgical post-acute patients, MPI is not associated with mortality ($p > 0,05$).

From now on, we carried out analysis only in acute patients because index is not validated for the main outcome in surgical post-acute ones.

After 2 years, 65,4% of acute patients survives in the low risk group while, in severe risk group, only 31,2%. In low risk MPI, death rate is 2,5 times higher during first month than during second year; the same proportion in severe risk MPI is 9,4 times.

We studied readmission in a composite outcome with mortality: "major event". MPI predicts it at 1 ($p = 0,03$) and 2 follow up years ($p = 0,02$).

MPI resulted quite strongly associated even with patient's home before admission (χ^2 test $p < 0,01$, Cramer's $V = 0,4$) and hospital discharge (χ^2 test $p < 0,01$, Cramer's $V = 0,4$): towards home, rehabilitation institute, nursing home or death.

MPI associates with hospital acquired low urinary tract infection (χ^2 test $p = 0,01$, Cramer's $V = 0,15$). Few people developed low respiratory tract infections ($n = 20$) to allow a statistical inference.

CGA enables to calculate MPI which, not only predicts mortality during two years follow up, but also a corollary of outcomes which could be driving relevant clinical choices: major events, discharge planning, hospital acquired infections. It is fundamental to select patients to submit to MPI, they have to be hospitalized for acute medical illness.

15

Studio pilota per il rilevamento di potenziali reazioni avverse ai farmaci, in soggetti anziani, nell'area triage del pronto soccorso dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana: work in progress

G. Pasqualetti³, M. Tuccori¹, G. Bini³, E. Orsitto², M. Santini², C. Blandizzi¹, F. Monzani³

¹ S.O.D. Monitoraggio reazioni avverse ai farmaci, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa; ² Dipartimento Emergenza e Accettazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa; ³ Sez. Geriatria, Dip. Medicina Clinica Sperimentale, Università di Pisa, Pisa

Nei paesi occidentali le reazioni avverse ai farmaci causano il 5% di tutti i ricoveri ospedalieri e costituiscono un enorme capitolo di spesa per il SSN, soprattutto nella popolazione anziana. Poche informazioni sono disponibili sulla reale epidemiologia della patologia iatrogena e delle interazioni farmacologiche dannose nei soggetti anziani nel nostro paese, soprattutto in area critica. Sono disponibili per lo più dati provenienti da studi osservazionali in pazienti istituzionalizzati.

Questo studio pilota ha l'obiettivo di valutare precocemente nei pazienti anziani, che accedono al pronto soccorso (PS), le potenziali reazioni avverse attese e/o le interazioni farmacologiche dannose.

Sono stati arruolati pazienti afferenti l'area triage del PS di Pisa di età superiore a 65 anni con codice di gravità giallo/verde in terapia con almeno un farmaco. Il monitoraggio è stato condotto in due giorni prefissati della settimana per un totale di 16 giornate. Un geriatra ed un farmacologo hanno condotto l'anamnesi farmacologica all'ingresso del PS e valutato la correlazione tra il motivo dell'accesso ed una potenziale reazione avversa ai farmaci, analizzando anche le possibili interazioni. Le banche dati utilizzate sono state Micromedex® 2.0, Farmadati Italia e Pubmed. I risultati preliminari sono stati ottenuti, in base ai criteri d'inclusione, su un campione di 157 pazienti. Il numero totale di pazienti, accettati al PS nelle date del monitoraggio dello studio, di età superiore ai 65 anni, è stato di 350. Il 48% dei pazienti analizzati presentava in anamnesi un farmaco potenzialmente correlabile alla diagnosi di accoglimento del PS, mentre il 49% presentava una o più interazioni farmacologiche potenzialmente dannose. Nel 13% dei casi la potenziale interazione farmacologica è stata messa in relazione col motivo dell'accesso. I principali motivi di accesso sono stati: sintomatologia pre-sincopale/sincope o caduta sospetta nel 18% dei casi, sintomatologia ascrivibile a disturbi gastro-enterici nel 16%, sintomatologia da trauma nel 9% e quadro sintomatologico di tipo cardiovascolare nel 7%. Il 13% dei pazienti circa ha presentato sindromi neurologiche e sintomatologia vertiginosa mentre i sanguinamenti sono stati il 3%, peraltro di lieve entità. I principali farmaci potenzialmente coinvolti nella reazione avversa sia da singolo farmaco che da interazione farmacologica sono stati: aspirina, diuretici, antiipertensivi, anticoagulanti, antidiabetici ed una miscelanea di cardiovascolari.

I dati raccolti confermano che le reazioni avverse e le interazioni farmacologiche dannose sono un problema sanitario potenzialmente molto rappresentato nei pazienti anziani. Il precoce riconoscimento di una potenziale reazione avversa può essere d'aiuto agli operatori sanitari sia nella diagnosi differenziale che nella terapia, oltre ad evitare eventuali ricoveri incongrui con evidente impatto positivo sulla spesa sanitaria.

16

Prevenzione delle cadute in anziani ospedalizzati

F. Caronzolo¹, A. Cetraro¹, G. Gaglio¹, R. Grasso¹, A. Grippa¹, G. Lombardo¹, F. D'Amico²

¹ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti ASP Messina, Patti, Messina; ² UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti, Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti, Messina

Le cadute nella popolazione anziana sono eventi che possono compromettere le autonomie motorie e funzionali determinando un peggioramento della qualità di vita del soggetto e un impegno di risorse economiche e umane da parte del sistema sanitario e della rete familiare.

Lo studio osservazionale intende valutare l'efficacia di interventi multidisciplinari dedicati e finalizzati a ridurre il rischio di caduta nei soggetti che evidenziano un alto rischio di caduta durante il ricovero ospedaliero.

Sono stati valutati n. 768 soggetti ospedalizzati presso la UOC di Geriatria del PO di Patti dal 1 gennaio 2011 al 30 giugno 2012. Tutti i soggetti sono stati monitorati, oltre che con la valutazione clinica a seconda del percorso diagnostico-terapeutico determinato all'ammissione nella UOC, con la valutazione multidimensionale (MMSE, GDS, ADL, IADL, BARTHEL INDEX, CIRS, NRS) e con la valutazione delle funzioni motorie (TINETTI SCALE) dopo due giorni dall'ammissione e alla dimissione. I soggetti valutati sono stati divisi in 2 gruppi: Gruppo A costituito da n. 514 soggetti ospedalizzati dal 1 gennaio al 31 dicembre 2011, a cui è stato dedicato un intervento riabilitativo funzionale al percorso diagnostico-terapeutico correlato alla patologia individuata al momento del ricovero; Gruppo B costituito da n. 254 soggetti ospedalizzati dal 1 gennaio al 30 giugno 2012, a cui è stato dedicato un intervento riabilitativo multidisciplinare (rinforzo muscolare e propriocettivo, training del passo, supporto psicologico, verifica farmacologica in funzione del rischio di caduta, protesizzazione e monitoraggio ambientale) per i soggetti che presentavano alla valutazione con la Tinetti Scale un alto rischio

di caduta. Il Gruppo A presentava 35,1 % di soggetti non deambulanti, 21,05 % di soggetti deambulanti ad alto rischio di caduta, 43,8 % di soggetti deambulanti a moderato-basso rischio di caduta. Il Gruppo B presentava 33,3 % di soggetti non deambulanti, 20,8 % di soggetti deambulanti ad alto rischio di caduta, 45,8 % di soggetti deambulanti a moderato-basso rischio di caduta. Nel Gruppo A si sono rilevati 5 episodi di caduta (nessuna frattura, 2 ferite lacero-contuse con necessità di sutura, 2 contusioni/escoriazioni). Il Gruppo B ha fatto rilevare 1 episodio di caduta (nessuna frattura e/o contusione/escoriazione).

Dai risultati rilevati appare evidente come un intervento multidisciplinare dedicato ai soggetti anziani deambulanti con alto rischio di caduta possa ridurre il rischio di caduta.

17

Uso della spettroscopia in risonanza cerebrale nello studio dei disturbi cognitivi nell'anziano; risultati dell'Addneuromed Project

L. Pelini¹, A. Brozzi², R. Tarducci³, G. Gobbi³, P. Floridi⁴, F. Di Felice¹, I. Prioretta¹, P. Mecocci¹

¹ Istituto di Geriatria e Gerontologia, Università degli Studi di Perugia, Perugia;

² Dipartimento di Oncologia Sperimentale, Istituto Europeo di Oncologia, Milano;

³ Sezione di Fisica Sanitaria, Ospedale S.M. Misericordia, Perugia, Perugia; ⁴ Sezione di Neuroradiologia, Ospedale S.M. Misericordia, Perugia

Nel panorama della ricerca sulla demenza di Alzheimer (AD) crescente interesse è orientato verso l'individuazione di biomarcatori di supporto diagnostico, in particolare nelle fasi precoci. L'entità clinica nota come Mild Cognitive Impairment (MCI) è da tempo riconosciuta come stato prodromico di AD. Questa popolazione mostra tuttavia caratteri di eterogeneità: mentre alcuni pazienti conservano nel tempo sostanziale stabilità del quadro cognitivo-comportamentale (MCI stabile, sMCI), altri evolvono verso demenza (MCI converters, cMCI).

Il presente studio multicentrico vuole esplorare quali biomarcatori cerebrali siano in grado di classificare la popolazione degli MCI in sMCI e cMCI e determinare se queste due entità mostrino dei pattern neurometabolici simili ai controlli (CTL) cognitivamente integri e agli AD.

Sono stati acquisiti tramite spettroscopia in RMN cerebrale i valori di quattro metaboliti N-acetil-aspartato (NAA), mioinositolo (mI), colina (Cho) e glutammato (Glu) in 118 soggetti anziani reclutati nell'ambito del progetto AddNeuroMed così suddivisi: 44 AD, 36 MCI, 38 CTL. Le acquisizioni sono state effettuate in voxel di 1 cm³ posti a livello della sostanza bianca trigonale. L'NAA, la Cho e il rapporto NAA/mI risultano significativamente differenti nei pazienti con AD rispetto ai controlli (rispettivamente $p < 0.01$ IC 95% (-0.15 - -0.03), $p < 0.05$ IC 95% (-0.04 - -0.002), $p < 0.01$ IC 95% (-0.32 - -0.04). Benché non vi siano differenze significative tra MCI e AD, risultano significativamente differenti i valori medi di NAA e NAA/mI tra sMCI e AD ($p = 0.05$ IC 95% (-0.12 - 0.001) e, rispettivamente, $p < 0.05$ IC 95% (-0.24 - 0.007)). Similmente, i cMCI sono significativamente differenti per gli stessi valori con i CTL (rispettivamente, $p < 0.01$ IC 95% (-0.33-0.07) e $p < 0.01$ IC 95% (-0.45- -0.1). Consistentemente con queste osservazioni l'NAA ed il rapporto NAA/mI non mostrano differenze confrontando gli sMCI con i CTL e i cMCI con gli AD. Infine, unendo i gruppi AD+cMCI e confrontandoli con i CTL+sMCI notiamo un aumento della significatività della differenza tra i valori medi di NAA e di NAA/mI.

Possiamo concludere che la determinazione dei biomarcatori NAA e NAA/mI è in grado di differenziare i soggetti con AD dai controlli cognitivamente integri. L'intero gruppo MCI, se considerato per intero sembra non differire sulla base di tali metaboliti dai soggetti AD. Separando gli MCI in due gruppi notiamo che i soggetti progrediti ad AD (follow up clinico ad un anno) avevano al baseline un pattern spettroscopico di NAA e NAA/mI non differente dagli AD e significativamente differente sia dagli sMCI sia dai CTL. Infine, pur essendo necessario aumentare il campione studiato, i dati ottenuti dimostrano che la determinazione di queste molecole risulta una metodica utile nel differenziare gli MCI che evolveranno verso AD.

18

L'indice di fragilità "clinica" secondo Rockwood predice la disabilità incidente in un campione di soggetti anziani non istituzionalizzati

C. Basile¹, A. Magliocca¹, I. D'Antonio¹, G. Ferro¹, A. Bevilacqua¹, M. Schiavone¹, M. Teano¹, R. Untila¹, F. Cacciatore², F. Rengo¹, P. Abete¹

¹ Università di Napoli Federico II, Cattedra di Geriatria, Napoli; ² Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Campoli/Telesse, Benevento

La fragilità è attualmente definita come "primaria" o "pre-clinica" quando essa non è associata ad una specifica condizione patologica e/o disabilità ed è caratterizzata dalla presenza di almeno 3 dei seguenti 6 criteri: perdita involontaria di peso, astenia, ridotta attività fisica, ridotta forza muscolare, rallentamento motorio e deficit cognitivo (Fragilità secondo Fried). Altresì, la fragilità "secondaria" o "clinica" (Fragilità secondo Rockwood) è caratterizzata dall'accumulo di deficit psico-fisici identificati da segni, sintomi, patologie, disabilità, anomalie laboratoristiche e strumentali, etc. Tale metodologia ha determinato la validazione negli Stati Uniti di un indice di fragilità espresso dal rapporto tra il numero di deficit presenti ed i 40 considerati. Scopo del presente studio è stato quello di verificare il potere predittivo della fragilità "preclinica" e "clinica" sulla disabilità incidente (perdita di almeno 1 attività di base della vita quotidiana [ADL] rispetto al valore basale) in soggetti anziani non istituzionalizzati. Il follow-up era previsto a 3, 6 e 12 mesi dall'arruolamento.

I soggetti arruolati erano 260 ed avevano un'età media di 75.3 ± 6.3 anni (mediana 75, range 65-90) con prevalenza di sesso femminile (52.3%). La fragilità "pre-clinica" secondo Fried evidenziava valori medi di 3.3 ± 1.5 mentre la fragilità "clinica" secondo Rockwood valori medi di 19.2 ± 8.3 . Il valore medio di ADL perse all'arruolamento era di 1.5 ± 1.6 . Durante il follow-up le ADL perse aumentavano progressivamente a 2.4 ± 2.1 , 2.8 ± 2.2 e 2.9 ± 2.3 a 3, 6 e 12 mesi, rispettivamente ($p < 0.01$ per trend). L'analisi multivariata, corretta per età e sesso, considerando come variabile dipendente la perdita di almeno 1 ADL rispetto alla valutazione di base, evidenziava come la fragilità "clinica" secondo Rockwood (Rischio relativo = 1.09; intervallo di confidenza 95% 1.03-1.15, $p < 0.001$), ma non la fragilità "pre-clinica" secondo Fried (Rischio relativo = 1.12; intervallo di confidenza 95% 0.84-1.47, $p = 0.425$, NS), era in grado di predire la disabilità incidente nel campione di studio selezionato.

Lo studio indica come l'indice di fragilità "clinica" secondo Rockwood è in grado di predire significativamente la disabilità incidente in un campione di soggetti anziani non istituzionalizzati. L'indice di fragilità "pre-clinica" secondo Fried sembra essere, invece, meno accurato nel predire la disabilità incidente nella nostra popolazione di studio.

19

Intercheck: un software al servizio dell'appropriatezza prescrittiva nei pazienti anziani

S. Ghibelli¹, C. Bolpagni¹, L. Pasina², A. Nobili², C. Pirali¹, G. Romanelli¹, A. Marengoni¹

¹ Università di Brescia, Brescia; ² Istituto Farmacologico Mario Negri, Milano

Le reazioni avverse da farmaci sono particolarmente frequenti e pericolose negli anziani tra cui quelle dovute all'uso di farmaci potenzialmente inappropriati. Gli studi che hanno valutato l'uso inappropriato di farmaci nella popolazione anziana hanno dato risultati controversi. La prevalenza d'uso di tali farmaci, sec. i criteri di Beers, è stimata al 25% degli anziani residenti a domicilio.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano l'Istituto Mario Negri ha messo a punto uno strumento informatico (INTER-Check). Esso valuta le possibili interazioni tra farmaci, la presenza di farmaci inappropriati (criteri di Beers), il carico anticolinergico (Anticholinergic Cognitive Burden Scale), il rischio di reazioni avverse (ADR) mediante un

algoritmo apposito. Lo scopo di questo lavoro è verificare l'applicabilità e l'utilità del software.

Nei mesi di marzo e aprile 2012 sono stati reclutati 74 pazienti ricoverati nel reparto di Geriatria, Spedali Civili di Brescia, ed è stata valutata la terapia farmacologica a domicilio, alla dimissione per valutare l'appropriatezza prescrittiva e a uno e tre mesi di follow-up tramite contatto telefonico per valutare le cadute, le riospedalizzazioni, la sopravvivenza e l'aderenza alla terapia. Nel mese di giugno è stata avviata la seconda fase in cui la terapia domiciliare dei pazienti è stata valutata all'ingresso in reparto al fine di modificarla durante la degenza in base alle informazioni fornite dallo strumento INTERCheck.

La popolazione analizzata nella fase 1 è risultata composta per il 64% da donne, l'età media era 80 anni (CI 78.5-82.2), la scolarità media 6.2 anni. L'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana era relativamente conservata (media ADL perse: 1.3) e in il MMSE medio era di 24, mentre la CIRS-indice di comorbilità era 4.5. Le informazioni fornite dall'applicativo sono riassunte nella tabella. Circa 1/3 dei pazienti ha presentato in terapia almeno un farmaco inappropriato secondo Beers (39.2% all'ingresso e 37.8% alla dimissione). Tra le interazioni il 38% dei pazienti presentavano almeno una interazione maggiore, l'87% almeno una moderata e il 57% almeno una minore. Al primo controllo telefonico il numero medio di farmaci assunti risultava di 8.4, nessun paziente era caduto, mentre due erano deceduti.

Dall'analisi dei risultati emerge che l'appropriatezza prescrittiva non viene sostanzialmente modificata durante la degenza ospedaliera. Analogamente non si riducono il punteggio alla scala anticolinergica né il rischio di eventi avversi farmacologici.

	INGRESSO		DIMISSIONE	
	media	95% IC	media	95% IC
Farmaci totali	7.8	6.7-8.8	8.6	7.6-9.6
Interazioni totali	4.4	3.3-5.6	4.5	3.5-5.5
Punteggio ACB	1.4	0.9-1.9	1.4	1.0-1.8
Farmaci inappropriati sec. Beers	0.5	0.3-0.6	0.4	0.3-0.6
Punteggio ADR	4.4	0.3-0.6	5.1	4.2-6.0

20

Valutazione multidimensionale in un gruppo di pazienti anziani immigrati

S. Lagueche, M. Belvedere, S. Miraglia, G. Belvedere, L.J. Dominguez Rodriguez, M. Barbagallo

Cattedra di Geriatria Università di Palermo, Palermo

Nel corso del secolo scorso è avvenuto un importante cambiamento della struttura demografica mondiale con un invecchiamento progressivo della popolazione. Per quanto riguarda la popolazione straniera residente in Italia gli ultimi dati Istat hanno evidenziato che i minorenni sono passati dal 13,3% al 21,2%. Le classi da quaranta a cinquantaquattro anni sono passate da 17,3% al 21,5%.

È stato quello di valutare le condizioni di vita, le caratteristiche delle problematiche socio-economico-assistenziali degli anziani immigrati in continua crescita demografica, attraverso una valutazione multidimensionale. Sono stati presi in esame i pazienti afferenti all'ambulatorio dell'U.S. di Medicina delle Migrazioni tra il 2008 e il 2011. Di 53 pazienti d'età superiore a 60, ne sono stati rintracciati 36, pari al 67.9% (Gruppo B) e sottoposti ad una valutazione multidimensionale geriatrica, mentre non è stato possibile rintracciare i restanti 17 (GruppoA).

Non vi erano differenze statisticamente significative tra i pazienti del Gruppo A e quelli del Gruppo B, 69.9 ± 6.7 vs. 66.3 ± 6.3 anni ($p = 0.06$). Il Gruppo B è costituito da 36 pazienti, 21 di sesso femminile (58,3%) con età media di $66.2 \pm 5,8$ anni e 15 di sesso maschile con età media di 66.4 ± 7.2

anni (41.6%), ($p = 0.95$). L'indice di comorbidità (Comorbidity Index – CI) è risultato di 1.8 ± 1.6 negli uomini e 2.4 ± 1.2 nelle donne ($p = 0.23$). L'indice di severità (Severity Index – SI) è risultato di 1.4 ± 0.2 nelle donne e di 1.3 ± 0.3 negli uomini ($p = 0.08$). L'80.9% dei pazienti di sesso femminile e il 93.3% dei pazienti di sesso maschile sono risultati autosufficienti ($p = 0.14$). L'86.7% degli uomini sono risultati completamente autonomi e solo il 13.3% necessitavano di una moderata assistenza. Più variegata è il risultato dell'IADL nelle donne: dove il 57.1 è completamente autonoma, il 9.5% invece necessitava di una assistenza lieve, il 14.3% di una assistenza moderata e il 19.1 di un'assistenza completa. Comunque non vi erano differenze tra i due sessi ($p = 0.10$). Il 95.22% delle donne e il 93.32% degli uomini sono risultati affetti di sindrome depressiva. Il 93.3% degli uomini e il 66.6% delle donne presentavano un grado cognitivo normale. Il 19.0% delle donne presentava un deficit cognitivo di grado lieve, il 14.2% presentava un deficit cognitivo di grado moderato. Nessun paziente presentava un deficit cognitivo severo ($p = 0.14$).

Gli immigrati anziani sono una popolazione ad alto rischio di depressione i cui i fattori determinanti possono essere l'assenza degli affetti, le condizioni economiche disagiate, la lontananza del nucleo familiare, la compromissione dello stato di salute, la non conoscenza della lingua, fattori che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari e sociali. Nella nostra esperienza seppur su un esiguo numero di soggetti, abbiamo riscontrato un'alta prevalenza di depressione che sembra determinata essenzialmente dalle condizioni economiche disagiate e la lontananza dal paese d'origine.

21

Relazione tra SHBG, ormoni sessuali e funzione endoteliale in soggetti anziani dello studio Pivus

E. Sutti¹, A. Parise¹, C. Cattabiani¹, F. Lauretani², A. Artoni¹, G. Ceresini¹, G. Lippi³, R. Aloe³, M. Luci⁴, G.P. Ceda¹, M. Maggio¹

¹ Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Parma; ² UO Geriatria, Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ³ Diagnostica Ematologica, Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ⁴ U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma

La disfunzione endoteliale è un precoce predittore di patologie ed eventi cardiovascolari. Le modificazioni degli ormoni sessuali potrebbero contribuire a spiegare la differente prevalenza di patologia cardiovascolare negli uomini e nelle donne prima della menopausa e la mutata associazione dopo i periodi di menopausa ed andropausa. La Sex hormone binding globulin (SHBG) è stata recentemente riconosciuta come fattore di rischio per diabete e patologie cardiovascolari anche in soggetti anziani.

A fronte di una copiosa letteratura esistente sulla relazione tra ormoni sessuali, proteina di trasporto e malattie cardiovascolari, la relazione tra SHBG, ormoni sessuali e funzione endoteliale non è mai stata indagata ed è stata l'oggetto del nostro studio.

A questo scopo sono stati studiati 430 uomini e 424 donne di età di 70 anni arruolati nello studio svedese Prospective Study of the Vasculature in Uppsala Seniors study (PIVUS) con dati completi sulla funzione endoteliale, sulla vasodilatazione endotelio-indipendente (EIDV), SHBG, testosterone (T), ed estradiolo (E2). La vasodilatazione endotelio-dipendente (EDV) è stata effettuata attraverso una tecnica invasiva dell'avambraccio con acetilcolina, vasodilatazione flusso-mediata (FMD) e l'analisi di onda di polso (indice di riflessione, RI). Tutti gli ormoni sono stati misurati dal Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con tecnica di immunochimiluminescenza su una platform Access (Beckman Coulter). Le concentrazioni minime rilevabili (MDC) per l'E2, il T e l'SHBG sono state 73 pmol/L, 0.35 nmol/L e 2 nmol/L, rispettivamente. Il coefficiente di variazione (CV) è stato < 20% per E2, < 7%, per il T ed < 6% per l'SHBG, rispettivamente. L'analisi di regressione multivariata aggiustata per molteplici confounder (BMI, PCR, insulina, Colesterolo HDL, fumo di

sigaretta smoking, ipertensione, diabete, qualsiasi assunzione farmacologica è stata utilizzata per testare la relazione tra T, E2, SHBG e funzione endoteliale. Negli uomini è stata riscontrata una relazione positiva tra SHBG ed EDV ($\beta \pm SE = 3.60 \pm 0.83$, $p < 0.0001$), che non è stata influenzata dall'aggiustamento per confounder inclusi T ed E2 ($\beta \pm SE 3.02 \pm 1.16$, $p = 0.009$). Nessuna relazione è stata riscontrata tra T, E2 da una parte ed EDV, FMD, RI ed EIDV dall'altra in entrambi i sessi. I livelli di SHBG sono risultati inoltre positivamente associati con l'EIDV nell'analisi combinata in uomini e donne ($\beta \pm SE 1.13 \pm 0.45$; $p = 0.01$).

In soggetti anziani di sesso maschile l'SHBG, ma non T ed E2, è risultata positivamente ed indipendentemente associata con l'EDV in arterie di resistenza. In entrambi i sessi l'SHBG è risultata positivamente ed indipendentemente associata con l'EIDV. Studi longitudinali sono necessari per meglio delineare il rapporto di causalità di questa associazione.

22

Adipocitochine, invecchiamento e rigidità arteriosa

G. Comellato, F. Fantin, E. Carrarini, E. Grison, A. Puflea, A. Manica, L. Bissoli¹, M. Zamboni

Clinica Geriatrica, Dipartimento di Medicina, Università di Verona, Verona

L'invecchiamento e l'obesità si associano a modificazioni strutturali e funzionali del tessuto adiposo che si riflettono in alterata produzione di adipocitochine. Esistono numerose evidenze che elevati livelli di leptina e bassi valori di adiponectina sono predittori indipendenti di rischio cardiovascolare.

Scopo di questo studio è stato quello di valutare la relazione tra adipocitochine e compliance arteriosa in un gruppo di anziani sani di età compresa tra 65 e 81 anni, residenti a Verona. In particolare è stato indagato il ruolo indipendente di leptina e adiponectina sul danno vascolare subclinico, definito come $PWVcf > 12$ m/sec.

Lo studio è stato condotto in 85 donne, di età compresa tra 65 e 81 anni, residenti a Verona, privi di malattie cardiovascolari note e con peso stabile nei sei mesi precedenti l'inizio dello studio. In tutti i soggetti sono stati valutati: peso, altezza, BMI e circonferenza vita, pressione arteriosa, colesterolo totale, colesterolo HDL e LDL, trigliceridi (TG), glicemia, emoglobina glicata, leptina e adiponectina, composizione corporea mediante Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DXA), e velocità dell'onda di polso carotido-femorale (PWVcf) e dell'onda di polso carotido-radiale (PWVcr) mediante tonometria ad appianamento.

La PWVcf è risultata nelle donne positivamente associata con PWVcr, PAS, PAM, PD, circonferenza vita, circonferenza fianchi, massa grassa, massa magra e leptina; negli uomini la PWVcf è risultata positivamente associata con età, PWVcr, PAS, PD e leptina.

I soggetti con elevata leptina e ridotta adiponectina presentavano PAS, PD, PWVcf, peso corporeo, BMI, circonferenza vita, circonferenza fianchi, massa grassa, massa grassa percentuale e massa magra significativamente più alti dei soggetti con elevata adiponectina e ridotta leptina.

Anche dopo aggiustamento per sesso, massa grassa %, PAM, colesterolo HDL e trigliceridi la PWVcf si è mantenuta più elevata nel gruppo con elevata leptina e ridotta adiponectina.

In un modello di regressione logistica binaria, considerando come variabile dipendente di danno subclinico $PWVcf > 12$ m/sec e come variabili indipendenti età, sesso, PAM, massa grassa %, trigliceridi, HDL colesterolo e categoria di soggetti con elevata leptina e ridotta adiponectina, è emerso che PAM e categoria di soggetti con elevata leptina e ridotta adiponectina sono predittori di rigidità arteriosa con un rischio (OR) rispettivamente di 1,09 e di 9,54 di sviluppare danno subclinico vascolare.

In conclusione i risultati di questa tesi dimostrano in una popolazione di anziani apparentemente sani, privi di malattie cardiovascolari note una associazione tra adipocitochine e rigidità arteriosa. In particolare è emersa una associazione tra PWVcf, leptina ed adiponectina.

La contemporanea presenza di elevati livelli di leptina e ridotti livelli di adiponectina sembra avere un effetto sinergico nello sviluppo del danno vascolare subclinico, definito da una PWVcf superiore a 12 m/sec.

23

Adipocyte-Fatty Acid Binding Protein, nafid e rischio cardiovascolare nell'anziano

E. Fabbri, M. Masetti, G. Gianotti, M. Giovagnoli, V. Zorzi, V. Rossi, G. Bianchi, M. Zoli

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, Bologna

La Adipocyte-Fatty Acid Binding Protein (A-FABP) è una proteina intracellulare nota per essere correlata alla sindrome metabolica (SM), alla steatosi epatica non alcolica (NAFLD), al diabete mellito (DM) e alla insulino-resistenza. È stato dimostrato che A-FABP, giocando un ruolo critico nello sviluppo di aterosclerosi nella popolazione non anziana, si associa anche ad un aumentato rischio cardiovascolare (CV). Lo scopo di questo studio è valutare se questa relazione è confermata anche negli anziani.

Nel 2004 sono stati arruolati 73 pazienti di età > 65 anni con steatosi epatica moderata/severa all'ecografia addominale abbinati per età e sesso con 83 soggetti senza steatosi epatica. In entrambi i gruppi sono stati dosati i livelli sierici di A-FABP. Sono stati inoltre misurati parametri antropometrici (circonferenza vita e pliche cutanee), pressione arteriosa, glicemia a digiuno, colesterolo e trigliceridi. Sei anni dopo è stato valutato il rischio CV sulla base degli eventi CV (infarto miocardico acuto, by-pass o angioplastica coronarica, ictus, trombo-endoarteriectomia carotidea) prima dell'arruolamento o durante il follow-up. Negli anziani, come nella popolazione non anziana, i livelli sierici di A-FABP sono più alti nelle femmine che nei maschi (mediana 26.5 [range interquartile 21.7] ng/mL vs 17.0 [19.2], rispettivamente, Z:-3.166, p = 0.002). Contrariamente a quanto atteso, i livelli sierici di A-FABP sono più bassi nei pazienti con NAFLD (NAFLD: 18.1 [17.8] vs no NAFLD: 27.1 [40.0], Z:-2.139, p = 0.020) e non sono associati ad un aumentato rischio CV (no eventi C: 15.7 [82.7] vs eventi CV: 26.0 [32.2], Z:-1.277, p = 0.202). Inoltre, i livelli di A-FABP non cambiano in presenza di SM (criteri ATP III-2004) e dei suoi determinanti, ad eccezione di elevati livelli di trigliceridi (TG) (TG elevati: 25.2 [23.2] vs TG normali: 20.1 [21.7], Z:-2.050, p = 0.040). Infine è stata osservata una correlazione tra livelli elevati di A-FABP e percentuale di grasso corporeo, stimata misurando lo spessore delle pliche cutanee (Rho di Spearman: 0.255, p = 0.001). Mediante regressione logistica backward, i livelli sierici di A-FABP sono risultati direttamente associati ai livelli di TG e alla percentuale di grasso corporeo ed inversamente correlati alla presenza/assenza di NAFLD ($\chi^2 = 18.87$, p < 0.001; OR 0.126, IC 95% 0.049-0.320). Questo studio conferma che anche negli anziani la NAFLD è correlata alla SM e ai suoi determinanti, ma non al rischio CV. Inoltre, anche negli anziani i livelli sierici di A-FABP sono più elevati nelle donne e nelle persone con TG elevati e percentuale di grasso corporeo. Contrariamente a quanto atteso, i livelli sierici di A-FABP sono inversamente associati alla presenza e al grado di NAFLD nelle persone di età >65 anni, forse espressione del compromesso metabolismo lipidico nella steatosi epatica. Infine A-FABP non ha correlazione con gli eventi CV, contrariamente a quanto osservato nelle persone più giovani.

24

Ruolo del controllo glicemico intensivo sul potenziale rigenerativo del miocardio durante l'infarto acuto

E. Angellotti, M. Papa, V. Boccardi, A. Esposito, I. Ambrosino, M. Barbieri, M.R. Rizzo, R. Marfella

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, Napoli

L'iperglicemia da stress durante l'infarto acuto del miocardio (IAM) si associa ad un aumentato rischio di mortalità in pazienti con e senza diabete. Sebbene alcune evidenze sperimentali e cliniche suggeriscano che la riduzione della glicemia dopo somministrazione di insulina riduca la mortalità in pazienti diabetici che hanno IAM, il ruolo di un controllo glicemico intensivo nella prognosi dell'IAM non è ancora del tutto chiarito. In questo contesto, l'elevata quantità di prodotti reattivi dell'ossigeno derivati dall'iperglicemia durante IAM può inibire la replicazione e la differenziazione cellulare, favorendo lo

sviluppo di una cardiomiopatia caratterizzata da una riduzione della massa muscolare e compromissione della funzione ventricolare. Molteplici evidenze dimostrano la presenza a livello miocardico di un compartimento di cellule progenitrici multipotenti che possono differenziarsi in cardiomiociti. Cellule cardiache staminali si differenziano in cellule progenitrici cardiache (CPC) che danno origine a cellule progenitrici e precursori dei miociti (CPM). Le CPM si dividono e si differenziano in miociti maturi. Le CPM possono popolare regioni danneggiate acutamente del miocardio ischemico, rinnovando unità funzionali e riducendo il rimodellamento.

Valutare gli effetti di uno stretto controllo glicemico sul potenziale rigenerativo del miocardio durante l'infarto miocardico acuto. A tale scopo sono stati studiati i livelli miocardici di CPM ossidate e senescenti e i livelli di miociti proliferanti in biopsie miocardiche ottenute da 75 pazienti ricoverati in terapia intensiva per il primo evento di IAM e poi sottoposti ad intervento di bypass aortocoronarico. 25 pazienti con una glicemia inferiore a 140 mg/dl sono stati usati come gruppo controllo; i pazienti iperglicemici (glicemia >140 mg/dl) sono stati randomizzati a ricevere un controllo glicemico intensivo (CGI; n = 20; obiettivo glicemico, 80-140 mg/dl), un controllo glicemico convenzionale (CGC; n = 20; obiettivo glicemico, 180-200 mg/dl) o glucosio-insulina-potassio (GIK; n = 10; obiettivo glicemico, 180-200 mg/dl) per almeno 3 giorni prima dell'intervento, utilizzando infusione insulinica seguita da insulina sottocute.

Prima dell'intervento, la riduzione della glicemia plasmatica era maggiore nel gruppo CGI rispetto ai gruppi CGC e GIK (p < 0.001 per entrambi). I pazienti appartenenti al gruppo CGI avevano un numero maggiore di CPM (P < 0.01) e di miociti proliferanti (P < 0.01), così come avevano un numero inferiore di CPM ossidate (P < 0.01) e senescenti (P < 0.01) a livello del tessuto miocardico peri-infartuale rispetto ai pazienti dei gruppi CGC e GIK. Il controllo glicemico intensivo, riducendo il numero di CPM senescenti, potrebbe aumentare il potenziale rigenerativo del miocardio ischemico.

25

Uno stretto controllo glicemico peri-procedurale durante un precoce intervento coronarico percutaneo è associato a un più basso tasso di restenosi dello stent in pazienti con infarto miocardico acuto con tratto st sopraelevato

A. Pansini, A. Savinelli, I. Ambrosino, R. Tagliafiero, M. Barbieri, M.R. Rizzo, R. Marfella¹

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, Napoli

I pazienti diabetici hanno una prognosi peggiore post-infartuale rispetto a pazienti non diabetici, anche dopo l'impostazione di un'adeguata strategia di ripercussione con un precoce intervento coronarico percutaneo (PCI). Infatti, un controllo glicemico inadeguato, con elevati livelli di emoglobina glicosilata (HbA1c) o iperglicemia preprocedurale, sono direttamente associati a restenosi angiografica. Pertanto, durante la PCI, gli interventi farmacologici mirati a migliorare il controllo glicemico, con la conseguente riduzione della risposta infiammatoria e dello stress ossidativo, possono recuperare la funzione endoteliale e ridurre la stenosi. Tuttavia non è finora chiaro quale possa essere la modalità ed i tempi necessari per ottenere una riduzione della incidenza di restenosi.

Abbiamo esaminato gli effetti di un intenso controllo glicemico peri-procedurale (IGC) durante il precoce intervento coronarico percutaneo (PCI) sul tasso di restenosi nei pazienti iperglicemici con infarto miocardico con tratto ST sopraslivellato (STEMI). È stato studiato un totale di 165 pazienti con iperglicemia (glucosio = 140 mg/dl) con un primo STEMI sottoposti a PCI. I pazienti sono stati randomizzati per IGC per almeno 24h dopo PCI (n:82; glucosio, 80-140 mg/dl) seguiti con insulina sc multidosate durante la permanenza in ospedale o con il convenzionale controllo glicemico (CGC; n:83; glucosio, 180-200 mg/dl) seguiti da terapia tradizionale. L'angiografia coronarica è stata eseguita all'ingresso dello studio e come monitoraggio a sei mesi. Sono stati raccolti, immediatamente prima, a 24 h, 30 h e 180 giorni dopo PCI, prelievi di

sangue per la determinazione della glicemia, per l'emoglobina glicosilata, per i markers infiammatori (proteina C reattiva e TNF α), per la proteina 1 chemoattrattante dei monociti e per lo stress ossidativo (nitrotirosina).

Dopo l'infusione insulinica, la media della concentrazione di glucosio durante il periodo peri-procedurale era più grande nel gruppo CGC che nel gruppo IGC (CGC, 191 ± 15 mg/dl; IGC, 145 ± 35 mg/dl; $P < 0.001$). Dopo il periodo di infusione insulinica, i livelli dei markers di stress ossidativo (nitrotirosina), di infiammazione (proteina C reattiva e TNF α), e della proteina 1 chemoattrattante dei monociti erano significativamente più alti nei pazienti in CGC rispetto ai pazienti in IGC. Inoltre, l'IGC durante la PCI riduce la restenosi della metà (48 e 24%) a 6 mesi. Durante il monitoraggio, non c'era differenza nel tasso di mortalità, di glicemia, di markers infiammatori e di stress ossidativo tra i gruppi. La restenosi dello stent era associata positivamente con i livelli di glicemia così come i markers di stress ossidativo durante il periodo di infusione di insulina.

Nei pazienti iperglicemici con STEMI, il controllo glicemico peri-procedurale attraverso la riduzione dello stress ossidativo e dell'infiammazione potrebbe migliorare la prognosi dopo PCI.

26

Caratteristiche del fenotipo HyperTG-Waist e suo impatto sulla patologia cardiovascolare negli anziani

F. Resta¹, G. Barile¹, M. Benigno¹, L. Marasciulo¹, A.M. Colacicco¹, G. Lenato¹, P. Suppressa¹, V. Triggiani², E. Guastamacchia², C. Sabbà¹

¹U.O.C. di Geriatria e Centro Sovraziendale per le Malattie Rare, Università di Bari "Aldo Moro", Italia, Bari; ²U.O.C. di Endocrinologia, Università di Bari "Aldo Moro", Italia, Bari

In letteratura, diversi lavori hanno dimostrato una correlazione tra il fenotipo HyperTG-Waist e il rischio cardiovascolare.

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare, in una popolazione anziana, la prevalenza del fenotipo HyperTG-Waist ed il suo impatto sulla patologia cardiovascolare, sulla comorbilità e sulla mortalità.

Sono stati randomizzati 484 pazienti ambulatoriali (231 maschi, 191 femmine), di età 56-83 anni (media 74.4 anni). Tra questi sono stati considerati quelli affetti da obesità addominale (waist circumference > 102 cm nei maschi e > 88 cm nelle femmine), quelli con ipertrigliceridemia (TG > 150 mg/dL) e infine i soggetti con entrambe le caratteristiche (fenotipo HyperTG-Waist). I soli obesi sono risultati 282 (91 maschi, 191 femmine), gli ipertrigliceridemici 142 (66 maschi, 76 femmine) e 104 (35 maschi, 69 femmine) i pazienti con fenotipo HyperTG-Waist (21.5% di tutta la popolazione analizzata). Abbiamo, poi, accertato le seguenti patologie: coronaropatie, ipertensione arteriosa, diabete mellito e sue complicanze, scompenso cardiaco, ictus cerebrale, arteriopatia periferica. È stata, infine, considerata la comorbilità (compresenza di almeno 2 patologie) e, dopo tre anni dall'inizio dello studio, sono stati registrati i pazienti deceduti.

Confrontando i soggetti HyperTG-Waist con gli obesi puri, è stata osservata una maggiore prevalenza nei primi di ipertensione arteriosa (NS), diabete mellito ($p < 0.003$) e sue complicanze (NS), scompenso cardiaco ($p < 0.02$), arteriopatia periferica (NS), comorbilità ($p < 0.01$) e mortalità ($p < 0.05$). Non è stata riscontrata alcuna differenza di coronaropatie e di ictus fra i due gruppi. Comparando gli HyperTG-Waist con gli ipertrigliceridemici puri, nei primi abbiamo osservato una maggiore frequenza di coronaropatia ($p < 0.05$), ipertensione arteriosa ($p < 0.05$), diabete mellito ($p < 0.05$) e sue complicanze (NS), scompenso cardiaco (NS), ictus (NS), comorbilità (NS) e mortalità ($p < 0.05$). Al contrario, si è riscontrata una maggiore prevalenza dell'arteriopatia periferica fra gli ipertrigliceridemici puri rispetto agli HyperTG-Waist ($p < 0.05$).

In conclusione, nei pazienti anziani il fenotipo HyperTG-Waist risulta un marker di rischio cardiovascolare, di comorbilità e di mortalità. Pertanto, lo screening dei pazienti affetti da HyperTG-Waist potrebbe essere utile anche in età geriatrica per identificare i soggetti a più elevato rischio di patologie cardiovascolari e di mortalità.

Questo studio è stato effettuato con fondi di ricerca 2010 dell'Università degli Studi di Bari "A. Moro." (F. Resta, E. Guastamacchia, C. Sabbà)

27

Sarcopenia e rischio di mortalità in una popolazione di anziani fragili ultraottantenni: risultati dello studio ILSIRENTE

O. Fusco, L. Panico, R. Liperoti, M. Tosato, D. Quattrocchi, G. Onder, F. Landi, R. Bernabei

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

La sarcopenia è stata definita come un attendibile marcatore di fragilità, associato in genere ad una prognosi infausta, negli individui di età avanzata. Noi abbiamo valutato l'impatto della sarcopenia sul rischio di morte per ogni genere di causa in una popolazione di anziani fragili non istituzionalizzati.

Abbiamo analizzato i dati dello studio "Invecchiamento e Longevità nel Sirente" (Aging and Longevity in the Sirente geographic area, ILSIRENTE Study), uno studio di coorte prospettico che racchiude le informazioni anagrafiche, cliniche e funzionali di tutti gli individui ultraottantenni residenti nell'area geografica del Sirente ($n = 364$). Le nostre analisi, in particolare, sono state effettuate sui soggetti che al momento della valutazione basale avevano un'età compresa tra 80 e 85 anni ($n = 197$). L'outcome principale era rappresentato da tutte le cause di morte nei successivi sette anni di follow-up. In accordo con i criteri elaborati dall'European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP), la diagnosi di sarcopenia richiede che venga documentata la presenza sia di una ridotta massa muscolare che di una ridotta forza muscolare e/o performance fisica. Modelli di regressione proporzionale di Cox sono stati utilizzati per stimare il rischio di morte dovuto alla presenza di sarcopenia (valori di Hazard Ratio, HR, crudi e corretti e relativi intervalli di confidenza al 95%).

Utilizzando i criteri dell'EWGSOP, sono stati identificati 43 individui sarcopenici (21.8%). Durante i sette anni di follow-up, sono deceduti 29 anziani (67.4%) sarcopenici e 63 anziani (41.2%) non sarcopenici ($p < 0.001$). Dopo aver aggiustato le analisi per i potenziali fattori confondenti, tra cui età, sesso, scolarità, numero di attività del vivere quotidiano deficitarie (Activities of Daily Living, ADL), body mass index (BMI), ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco cronico, broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO), numero di patologie, indici di flogosi (TNF-alfa), i soggetti inclusi nello studio con sarcopenia avevano un aumentato rischio di morte per ogni tipo di causa rispetto agli individui non sarcopenici (HR 2.32, IC 95%: 1.01-5.43). I risultati presentati in questo studio, ottenuti da analisi condotte su di un campione realmente rappresentativo degli anziani residenti in comunità, di età molto avanzata (>80anni) e fragili, dimostrano come la sarcopenia eserciti un'influenza fondamentale sulla mortalità di questa popolazione, indipendentemente da possibili fattori confondenti quali l'età e le altre variabili cliniche e funzionali. Le nostre analisi supportano l'ipotesi che la sarcopenia sia un fattore determinante della sopravvivenza nelle età estreme e della possibilità di condurre o meno una vita estremamente lunga.

28

La sarcopenia nell'anziano residente in comunità: prevalenza e correlati clinici

L. Bianchi¹, E. Savino¹, A. Cherubini², F. Landi³, S. Bandinelli⁴, G. Zuliani¹, L. Ferrucci⁵, S. Volpato¹

¹ Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Ferrara, Ferrara; ² Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia, Perugia; ³ Dipartimento di Scienze Geriatriche, Gerontologiche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ⁴ U.O. di Geriatria Riabilitativa, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze; ⁵ Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging, NIH, Baltimore

La sarcopenia è una condizione comune nella popolazione anziana e rappresenta un potente fattore di rischio di disabilità e mortalità. Recentemente l'European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) ha

proposto criteri standardizzati per facilitare la diagnosi di sarcopenia nella pratica clinica e per incoraggiare l'attuazione di programmi di screening nella popolazione anziana. Nonostante il crescente interesse per questa condizione sono ancora scarse le informazioni riguardo la prevalenza di sarcopenia in Italia in anziani residenti in comunità. Lo scopo di questo studio è stato quindi di stimare la prevalenza di sarcopenia e di analizzarne i correlati clinici in una popolazione di anziani residenti in comunità.

È stato condotto uno studio trasversale su 730 soggetti partecipanti al secondo follow-up (2004-2006) dello studio epidemiologico inCHIANTI, il 74% dei quali era di età maggiore o uguale a 65 anni. La presenza di sarcopenia è stata definita secondo i criteri dell'EWGSOP utilizzando l'analisi bioimpedenziometrica come misura della massa muscolare, la forza di prensione della mano e il test di cammino sui 4 m come indici di performance fisica. Per valutare i fattori indipendentemente associati alla sarcopenia è stata eseguita un'analisi logistica multivariata.

La prevalenza di sarcopenia era del 7.5% (5.5% negli uomini e 9.4% nelle donne) ed aumentava progressivamente con l'avanzare dell'età (17.4% e 31.6% rispettivamente negli uomini e nelle donne di età maggiore o uguale a 80 anni). La regressione logistica multivariata ha confermato un rischio età-correlato di sviluppare sarcopenia (OR 1.20; 95% CI 1.11-1.28, $p < 0.001$) e un ridotto rischio per i soggetti con alti livelli di emoglobina (OR 0.26; 95% CI 0.09-0.76, $p = .014$), di IGF 1 (OR 0.31; 95% CI 0.08-1.13, $p = .075$) e con BMI maggiore (OR 0.31; 95% CI 0.10-0.94, $p = .038$). In entrambi i generi alti livelli di testosterone libero erano associati a basso rischio di sviluppare sarcopenia (OR 0.09; 95% CI 0.006-1.39, $p = .085$ negli uomini, OR 0.36; 95% CI 0.11-1.17, $p = .088$ nelle le donne). Nessuna associazione è stata invece riscontrata tra comorbidità, livello di attività fisica, introito calorico e proteico e prevalenza di sarcopenia.

Questo studio conferma che la sarcopenia è una condizione clinica frequente anche nell'anziano residente in comunità e che la sua prevalenza aumenta con l'avanzare dell'età. I criteri EWGSOP appaiono di facile utilizzo anche in ambito ambulatoriale e dovrebbero permettere una maggior quantificazione del problema anche a livello territoriale.

29

Effetti dell'ospedalizzazione sulla performance fisica in pazienti anziani

P. Bertassello¹, A.P. Rossi², V. Zanandrea¹, M. Zanardo¹, E. Ferrari¹, M. Maragna¹, A. Zivelonghi¹, M. Zamboni¹

¹ Clinica Geriatrica, Dipartimento di Medicina, Università di Verona, Verona; ² UO Lungodegenza, Dipartimento Riabilitativo, Ulss 20 Verona, Verona

È noto che inattività e allettamento siano le prime cause di declino funzionale. In 10 giorni di inattività si assiste ad una perdita di 1 Kg di massa muscolare e una riduzione del 16% della forza isocinetica agli arti inferiori. Il 35% dei pazienti ricoverati in reparto per acuti presenta peggioramento nelle ADL alla dimissione.

Valutare la performance fisica con Short Physical Performance Battery (SPPB) e forza muscolare con dinamometria dell'arto superiore in pazienti ricoverati in reparto per acuti e rilevare le sue modificazioni tra l'inizio e la fine del ricovero. Ulteriore scopo è stato quello di valutare le relazioni tra tali variazioni e le modificazioni dell'indice di disabilità di Barthel e lo stato nutrizionale valutato con Mini Nutritional Assessment (MNA).

Sono stati valutati 255 soggetti di entrambi i sessi (38.8% di sesso femminile) con età media di 81 ± 7.3 anni e BMI di 25.5 ± 5.16 Kg/m². Nei primi giorni di ricovero, dopo stabilizzazione clinica, e al momento della dimissione è stata eseguita valutazione della forza muscolare con dinamometro portatile, SPPB, che comprende test dei 4 metri, test dell'alzarsi da una sedia per 4 volte consecutive (chair stand test) e test dell'equilibrio. In tutti i soggetti è stato inoltre valutato lo stato nutrizionale con MNA.

Risultati: confrontando la performance all'ingresso e alla dimissione si è assistito ad un aumento significativo del tempo impiegato per eseguire test del cammino veloce e chair stand test ($p < 0.001$). È stata inoltre osservata una riduzione significativa della forza dell'arto superiore ($p < 0.001$). Si

è assistito ad una riduzione significativa dello score totale della SPPB sia nei soggetti di sesso maschile che femminile ($p < 0.001$ e $p < 0.05$). Non sono state osservate differenze significative tra i due sessi nelle variazioni di performance e forza muscolare.

I pazienti che alla valutazione basale con MNA presentavano profilo indicativo di malnutrizione hanno presentato perdita di performance valutata con test del cammino veloce e chair stand test significativamente maggiore rispetto ai soggetti con MNA nella norma.

Durante il ricovero, i soggetti anziani della popolazione in studio hanno presentato peggioramento di performance e forza muscolare. Tale fenomeno è risultato più accentuato nel paziente malnutrito.

30

La relazione tra la forza dei muscoli respiratori e la performance fisica nel paziente anziano ospedalizzato

R. Giua, C. Pedone, R. Antonelli Incalzi

Università Campus Bio-Medico di Roma, Roma

Le modifiche che l'apparato respiratorio subisce con l'invecchiamento (riduzione del ritorno elastico, della diffusibilità dei gas, della capacità vitale, del flusso espiratorio massimo, della compliance polmonare e toracica) producono un aumento del lavoro respiratorio. È inoltre da considerare che, al di là di questo aumento di lavoro, la riduzione della massa muscolare (sarcopenia), frequentemente associata con l'invecchiamento e con la multimorbidità, riduce la forza e la resistenza muscolare. In aggiunta, la sarcopenia stessa può direttamente contribuire alla riduzione della tolleranza all'esercizio fisico e della performance fisica.

Il principale scopo dello studio è valutare la correlazione tra la forza dei muscoli respiratori e la performance fisica nei pazienti anziani ospedalizzati.

75 pazienti (30 uomini, 40 donne) età > 65 anni (età media 78 anni, SD:6.6) ricoverati presso il reparto di Geriatria del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma. Criteri di esclusione: neoplasie maligne in fase di attività, malattie tiroidee attive, insufficienza renale (GFR < 30 ml/min), sepsi, decadimento cognitivo severo, sindrome da ipomobilità, arteriopatia obliterante severa degli arti inferiori. Dopo la risoluzione dell'acuzie, è stata valutata la forza dei muscoli respiratori tramite la misurazione delle massime pressioni inspiratorie ed espiratorie (MIP/MEP). La funzione fisica è stata valutata con il test del cammino in 6 minuti (6MWT) e la dinamometria degli arti inferiori. È stata eseguita spirometria semplice, con valutazione del volume espiratorio nel primo secondo (FEV1) e della capacità vitale forzata (FVC). La valutazione dello stato nutrizionale si è basata sul Mini Nutritional Assessment e sul Body Mass Index (BMI).

Il campione ha età media di 77.8 ± 6.6 anni, 31 pazienti affetti da BPCO (GOLD I: 36%, GOLD II: 48%, GOLD III: 16%).

È stata documentata una correlazione significativa tra MIP e dinamometria ($r^2 = 0.23$ $p = 0.07$) e tra MIP/MEP e 6MWT (MIP: $r^2 = 0.38$, $p = 0.001$; MEP: $r^2 = 0.398$, $p < 0.001$). La correlazione tra MIP/MEP e 6MWT si mantiene significativamente anche dopo correzione per FEV1, FVC, dinamometria e sesso.

La riduzione della forza dei muscoli respiratori è significativamente associata con riduzione della performance fisica nei pazienti anziani. Questa correlazione è indipendente dalla funzione respiratoria e della forza dei muscoli scheletrici.

Regressione lineare tra distanza percorsa al 6MWT % con MIP e con MEP.

	β	p
MIP	0,135	0,03
Età	-0,276	0,425
Sesso	-1,263	0,797
FEV1 (%)	0,278	0,073
FVC (%)	-0,018	0,909
Dinamometria arti inferiori	1,243	0,058

	β	p
MEP	0,193	0,0057
Età	-0,147	0,667
Sesso	-2,158	0,651
FEV1(%)	0,291	0,054
FVC(%)	0,005	0,975
Dinamometria arti inferiori	1,582	0,011

31

Fattori associati all'uso di farmaci cardiovascolari in anziani residenti in RSA: studio Shelter

M. Antocicco

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Gli anziani residenti in RSA presentano molteplici patologie associate a sindromi geriatriche e disabilità fisica e cognitiva. Questo rende il trattamento delle patologie croniche particolarmente complesso. In particolare, la cardiopatia ischemica è una patologia di frequente riscontro in questa popolazione. Le linee guida indicano la necessità per i pazienti affetti da questa condizione di un trattamento farmacologico basato sull'uso di ACE-inibitori/sartani, beta-bloccanti, antiaggreganti e statine. Poco è conosciuto riguardo l'utilizzo di tali farmaci nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica residenti in RSA.

Lo scopo di questo studio è di valutare la prevalenza d'uso di farmaci cardiovascolari sovramenzionati in anziani residenti in RSA in Europa e di valutare i fattori associati al loro utilizzo.

I dati provengono dallo studio SHELTER, che raccoglie informazioni su anziani residenti in 57 RSA di sette paesi europei e in un paese non europeo. Per il presente studio sono stati selezionati 1050 anziani con diagnosi di cardiopatia ischemica. L'analisi logistica multivariata è stata utilizzata per identificare i fattori indipendentemente associati all'uso di farmaci cardiovascolari.

Nel campione in esame, l'età media dei 1050 partecipanti allo studio era di 84 anni ed il 73% erano donne. Gli antiaggreganti rappresentavano i farmaci cardiovascolari più comunemente utilizzati (52% del campione), seguiti dagli ACE-inibitori/sartani (39%), dai beta-bloccanti (31%) e dalle statine (18%). Complessivamente, il 26% del campione non assumeva nessuno dei farmaci in esame. Il 61% assumeva 1 o 2 di questi farmaci ed il 13% ne assumeva 3 o più. Nell'analisi multivariata, l'utilizzo di tre o più farmaci cardiovascolari era associato in maniera diretta alla presenza di diabete mellito (OR 2.16; CI 95% 1.10-4.22), ictus (OR 2.13; CI 95% 1.23-3.80) e dispnea (OR 2.11; CI 95% 1.10-4.02) ed in maniera inversa alla presenza di dipendenza nelle ADL (OR 0.19; CI 95% 0.09-0.41).

Questo studio trasversale ha dimostrato che i pazienti istituzionalizzati affetti da cardiopatia ischemica non ricevono trattamento farmacologico ottimale. I fattori che maggiormente influenzano il trattamento sono la comorbilità e la disabilità.

32

Ruolo del monitoraggio pressorio nelle 24 ore in pazienti anziani ipertesi con decadimento cognitivo. Analisi di follow-up

M. Bulgaresi^{1*}, M. Pieraccini¹, N. Nesti¹, C. Baroncini¹, B. Nreu¹, E. Mossello¹, F. Sgrilli¹, V. Caleri², F. Bencini², E. Tonon², C.A. Biagini², C. Cantini², M. Di Bari¹, A. Ungar¹, N. Marchionni¹

¹ Unità funzionale di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Area, Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze; ² U.O. Geriatria, Azienda USL 3, Pistoia

Gli anziani affetti da decadimento cognitivo sono una popolazione particolare per caratteristiche cliniche, spesso ignorata nei grandi trial sull'ipertensione. Una nostro precedente studio condotto in questi pazienti mediante

monitoraggio pressorio nelle 24 ore (ABPM) ha svelato un'elevata prevalenza di ipertensione notturna e di "masked hypertension notturna" (pressione clinica e diurna normale, ma pressione notturna elevata).

Chiarire le ripercussioni dell'ipertensione arteriosa e del suo trattamento nella storia clinica dei pazienti con decadimento cognitivo, in termini di eventi intercorsi, modifiche alla terapia farmacologica, eventuale progressione a demenza.

Sono stati arruolati 252 anziani affetti da MCI o demenza, afferiti a due diverse UVA di Pistoia e Firenze, con MMSE compreso fra 10 e 27; i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica, funzionale, cognitiva e psicoaffettiva, monitoraggio pressorio nelle 24h (ABPM), anamnesi clinica e farmacologica. L'indagine di follow-up è stata condotta su 147 di questi pazienti a distanza di un anno.

In seguito all'esecuzione dell'ABPM il 36,1% dei pazienti ha attuato modifiche alla terapia farmacologica. Questi pazienti mostravano una pressione sistolica più elevata nel periodo notturno ($135,3 \pm 21,2$ vs $126,1 \pm 18,5$ mmHg; $p < 0,01$) mentre nel periodo diurno tale differenza non appariva significativa ($p = 0,055$); manifestavano inoltre una maggiore variabilità pressoria diurna ($14,9 \pm 5,0$ vs $12,7 \pm 4,1$ mmHg; $p = 0,006$).

L'analisi degli eventi intercorsi nel periodo di follow-up ha evidenziato un'elevata percentuale di casi di ricovero (25,5%) e di caduta (26,2%). I pazienti ricoverati rivelavano nel 44,4% dei casi episodi di pressione sistolica < 100 mmHg al monitoraggio, contro il 25% dei non ricoverati ($p = 0,02$).

I pazienti caduti presentavano una sintomatologia neuropsichiatrica più marcata (NPI $15,3 \pm 10,5$ vs $11,0 \pm 9,4$; $p = 0,04$) in particolare una maggior tendenza al wandering ($1,9 \pm 2,4$ vs $0,8 \pm 1,6$; $p < 0,01$) ed assumevano più spesso antidepressivi (76,3% vs 50%; $p < 0,01$). Dei 29 pazienti con decadimento cognitivo lieve 9 hanno avuto una progressione a demenza; la ricerca di predittori clinici di tale evoluzione non ha evidenziato variabili utili a tale scopo.

L'esecuzione dell'ABPM ha condotto a rivalutare la strategia terapeutica in molti pazienti, spesso proprio alla luce di un mancato controllo pressorio nel periodo notturno, piuttosto che nelle ore di veglia. I valori pressori, sia clinici che monitorati, non sembrano essere predittori di eventi a breve termine nel paziente anziano con decadimento cognitivo. Risulta comunque significativa l'associazione fra bassi valori pressori monitorati e ricoveri.

Solo l'estensione del follow-up ci permetterà di capire l'impatto della pressione arteriosa ambulatoria sulla progressione del decadimento cognitivo.

33

Il defibrillatore impiantabile in pazienti di età avanzata. Dai dati del Clinical Service® Project (Medtronic, Italia) alla dimostrazione della necessità di strumenti di valutazione specifica in geriatria

D. Gabbai¹, L. Mangoni², M. Casalone Rinaldi¹, N. Marchionni¹, L. Padeletti³, S. Fumagalli¹

¹ SOD Cardiologia e Medicina Geriatrica, AOU Careggi e Università, Firenze; ² Medtronic Italia, Roma, ³ SOD Cardiologia e Lab. Elettrofisiologia, AOU Careggi e Università, Firenze

Il defibrillatore impiantabile (ICD) rappresenta uno dei trattamenti più efficaci per la riduzione della mortalità in pazienti con grave scompenso cardiaco (CHF). Attualmente, trova indicazione di Classe I, in prevenzione secondaria, in coloro che abbiano avuto arresto cardiaco o gravi aritmie ventricolari, e, in prevenzione primaria, in pazienti con grave disfunzione ventricolare sinistra (FE $\leq 35\%$), compromissione funzionale lieve-moderata (Classe NYHA II-III) e aspettativa di vita > 1 anno. I risultati a lungo termine dello studio MADIT-II hanno dimostrato che è necessario trattare 8 pazienti per salvare una vita. L'alto costo di questa forma di terapia e l'elevata prevalenza di CHF nella popolazione di età avanzata richiedono tuttavia particolari attenzioni nella sua adozione proprio nei più anziani.

Scopo di questo studio è stato valutare se il MADIT Score, uno strumento per la valutazione dell'efficacia dell'ICD, possa essere di aiuto anche in soggetti con età ≥ 75 anni.

Tab. Mortalità per gruppi di età e per gruppi di rischio secondo il MADIT Score.

Rischio MADIT Score	Basso	Intermedio	Alto	P
< 65 anni	5.4	8.9	10.3	0.001
65-74 anni	9.7	10.9	15.8	0.001
≥75 anni	17.8	12.7	16.3	0.331

Il MADIT Score è la somma di 5 parametri clinici (età >70 anni, Classe NYHA >II, azotemia >26 mg/dL, durata del QRS >120 ms e fibrillazione atriale), che hanno permesso di stratificare la popolazione MADIT in pazienti a basso, medio ed alto rischio di eventi. Solo per il rischio intermedio l'efficacia dell'ICD si è dimostrata particolarmente pronunciata. Il MADIT Score è stato così applicato nei 6276 pazienti arruolati nel "Clinical Service@ Project" (Medtronic, Italia) da 30 Centri italiani (2004-2011). La popolazione è stata suddivisa in 3 gruppi di età (< 65 - N = 2455, età: 55 ± 8; 65-74 - N = 2318, età: 69 ± 7; > = 75 anni - N = 1503, età: 78 ± 3) ed in 3 gruppi di rischio, basso (0-1 parametro), medio (2 parametri) ed alto (> = 3 parametri), secondo i criteri MADIT.

Dopo un follow-up di 31 mesi, la mortalità era maggiore nei pazienti di età avanzata (< 65: 7.0% vs. 65-74: 12.1% vs. > = 75 anni: 15.2%, $p < 0.0001$). Complessivamente, i soggetti a rischio basso, intermedio ed elevato erano, rispettivamente, il 34.1, il 39.1 e il 26.8% dell'intera popolazione. La mortalità aumentava al progredire della classe di rischio (basso: 7.5% vs. intermedio: 10.5% vs. alto rischio: 15.7%; HR = 1.55, CI = 1.40-1.71, $p < 0.001$). I soggetti più anziani avevano un profilo di rischio peggiore rispetto ai più giovani (alto rischio - < 65: 4.7% vs. 65-74: 31.4% vs. > = 75 anni: 55.6%), tuttavia l'andamento della mortalità non seguiva proprio nei pazienti con età > = 75 anni il MADIT Score (Tabella; < 65 - HR = 1.47, CI = 1.16-1.87; 65-74 - HR = 1.31, CI = 1.12-1.53; > = 75 anni - HR = 1.10, CI = 0.90-1.34).

L'ICD viene utilizzato nel mondo reale in un'ampia proporzione di pazienti di età avanzata, che hanno, come atteso, una più alta mortalità. I soggetti più anziani hanno secondo i criteri del MADIT Score un peggiore profilo di rischio. Tuttavia questo strumento, utile nei pazienti di età adulta-matura, perde la propria efficacia proprio negli anziani, dimostrando la necessità di strumenti di valutazione specifici in età avanzata.

34

Sincope e pseudosincope nell'anziano: predittori di ricovero e mortalità nel mondo reale

F. Tesi, V.M. Chisciotti, M. Rafanelli, M.A. Brunetti, A. Ceccofiglio, G. Toffanello, F. Sgrilli, M. Bulgaresi, G. Mannarino, G. Pepe, S. Vanni, S. Grifoni, N. Marchionni, A. Ungar

Firenze

La Syncope Unit dell'Unità funzionale di Gerontologia e Geriatria dell'Università di Firenze da anni svolge una funzione di riferimento per i pazienti del DEA della AOU Careggi, sia in regime di consulenza che di "fast track" ambulatoriale.

Il presente studio si propone di verificare, nei pazienti ammessi in DEA nei primi 6 mesi del 2007, l'efficienza e la sicurezza del modello organizzativo. Tramite il data base "First Aid" in uso al DEA di Careggi, sono stati individuati 1276 pazienti, dai quali ne sono stati selezionati 362 con diagnosi compatibile con T-LOC di probabile origine sincopale. Questi pazienti sono stati valutati mediante: le cartelle del DEA, dell'osservazione breve, dei reparti di ricovero e della Syncope Unit. Il Follow-up è stato eseguito per le variabili morte e ricovero a 1 e 12 mesi consultando i registri della Regione Toscana. È stata ottenuta una popolazione di 295 pazienti (range dai 15 ai 101 anni).

L'unico predittore di diagnosi di sincope indeterminata è l'età: per ogni anno di età, aumenta del 3% la probabilità di sincope indeterminata OR(95%CI) di 1,03(1,01-1,05) $Z = 3,24$. La probabilità di diagnosi di pseudosincope diminuisce del 2% per ogni anno di età in più. L'unico predittore di ricovero

a 1 mese è risultato il ricovero dal DEA con OR di 5,78. Un solo paziente è deceduto entro un mese per cardiopatia ischemica. I predittori di ricovero a 12 mesi sono il ricovero dal DEA con HR(95%CI) di 2,44(1,24-4,80) e la diagnosi finale di pseudosincope con HR(95%CI) di 2,11(1,04-4,28). Dai dati di follow-up a 12 mesi emerge come la mortalità era dell'11,3% tra i pazienti con sincope cardiaca, del 12% tra le pseudosincope e del 13% tra le forme indeterminate. Inoltre sono morti a distanza di 1 anno il 13% dei pazienti che erano stati ricoverati direttamente dal DEA mentre nessun paziente è morto o si è ricoverato tra coloro che erano stati inviati alla Syncope Unit. I predittori di morte a 12 mesi sono risultati l'età con HR(95%CI) di 1,10(1,03-1,16), la diagnosi finale di sincope cardiaca con HR(95%CI) di 8,31(0,91-75,86), la diagnosi finale di pseudosincope con HR(95%CI) di 19,17(2,14-171,78) e la diagnosi finale di sincope indeterminata con HR(95%CI) di 11,19(1,35-92,98).

I dati di follow-up evidenziano come la buona pratica e la buona organizzazione abbiano permesso di ridurre il numero di ricoveri al 29% quota nettamente inferiore a quelle riportate da studi italiani precedenti senza compromettere la sicurezza del paziente specialmente del paziente geriatrico. Particolare attenzione va posta al paziente con pseudosincope che è ad alto rischio di riospedalizzazione e morte. L'implementazione nel mondo reale delle Linee Guida ESC sulla Sincope è possibile, con notevoli risultati sull'inquadramento clinico dei pazienti, senza peraltro rinunciare alla sicurezza del paziente, che rischia di essere limitata dalla riduzione della spesa sanitaria.

35

Sviluppo di demenza in pazienti anziani con deficit cognitivo e fibrillazione atriale cronica: ruolo della risposta ventricolare

C. Mastrobuoni¹, A. Bevilacqua¹, M.T. Del Genio¹, G. Pirozzi¹, M. Schiavone¹, M. Teano¹, R. Untila¹, E. Cacciatore², V. Canonico¹, F. Rengo¹, P. Abete¹

¹ Università di Napoli Federico II, Cattedra di Geriatria, Napoli; ² Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Campoli/Telesse, Benevento

Il deficit cognitivo è una condizione molto comune negli anziani ed è frequentemente associato alla presenza di fibrillazione atriale cronica. Il ruolo esercitato da questa interazione sul rischio di sviluppare demenza è ancora controverso; in particolare, non è mai stato indagato il ruolo della risposta ventricolare in presenza di fibrillazione atriale cronica nello sviluppo di demenza.

L'obiettivo del presente studio è stato quello di verificare il ruolo della fibrillazione atriale cronica e della risposta ventricolare nell'incidenza di demenza a 10 anni in 358 pazienti anziani con deficit cognitivo. I pazienti sono stati stratificati in bassa/alta (< 50/>90) e moderata (> 50/< 90 bpm) risposta ventricolare in presenza ed assenza di fibrillazione atriale cronica. La diagnosi di demenza è stata realizzata in accordo ai criteri NINCDS-ADRDA e DSM-IV.

Il numero di pazienti con deficit cognitivo che hanno sviluppato demenza alla fine del follow-up è stato di 135 (37.7%). Tuttavia, il numero di pazienti con demenza era superiore in presenza (n = 33, 75.0%) ma non in assenza (n = 102, 32.5%) di fibrillazione atriale cronica ($p < 0.001$). L'analisi multivariata, corretta per età, sesso e numerose altre variabili, mostra che la fibrillazione atriale cronica è fortemente predittiva di demenza a 10 anni (Hazard Ratio = 4.11, intervallo di confidenza 95% = 1.81-9.35, $p < 0.001$). Ancora più importante, la risposta ventricolare bassa/alta (< 50/>90 bpm) è predittiva di demenza in presenza (Hazard Ratio = 7.76, intervallo di confidenza 95% = 1.10-14.72, $p = 0.04$) ma non in assenza (Hazard Ratio 1.87, intervallo di confidenza 95% 0.75-4.65, $p = 0.174$, NS) di fibrillazione atriale cronica.

Lo studio dimostra che la presenza di fibrillazione atriale cronica predice l'insorgenza di demenza in soggetti anziani con deficit cognitivo. L'alterata risposta ventricolare (bassa/alta), inoltre, sembra giocare un ruolo chiave nell'incidenza di demenza in soggetti anziani con deficit cognitivo e fibrillazione atriale cronica.

36

Valutazione di efficacia di due diversi protocolli di attività fisica adattata in persone affette da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

F. Di Meo¹, C. Pedone², S. Lubich¹, C. Pizzoli¹, M. Traballes¹, R. Antonelli Incalzi²¹ Fondazione Santa Lucia, Roma; ² Campus Biomedico area Geriatrica, Roma

La combinazione di riabilitazione tradizionale ed esercizi ad alto carico si è dimostrata in grado di migliorare la performance muscolare dei malati affetti da BPCO, ma non sempre lo stato di salute percepito e i sintomi. Anche programmi di attività fisica a carico variabile, e non di riabilitazione respiratoria, hanno mostrato un discreto grado di efficacia sulla performance fisica e sullo stato di salute. Tuttavia per entrambi non sono noti fattori predittivi di efficacia.

Verificare, in una popolazione di 108 soggetti affetti da BPCO stabile di grado lieve-moderato consecutivamente arruolati nell'ambulatorio di pneumologia della Fondazione Santa Lucia, se due differenti tipi di attività fisica adattata (endurance vs. endurance+strength) abbiano diverso effetto sulla capacità di esercizio, espressa dalla distanza percorsa in 6', e identificare gli elementi predittivi di una risposta favorevole (variabili sociodemografiche, stato nutrizionale, introito alimentare, parametri sierologici indicativi di flogosi sistemica, parametri di funzionalità respiratoria, di funzione fisica e dello stato di salute percepito).

Tutti i soggetti sono stati valutati prima di iniziare l'allenamento, alla sua conclusione (periodo di allenamento 4 mesi) e al follow-up a 6 mesi dalla fine dell'allenamento. Sono stati sottoposti a: ECG, PFR, MIP, MEP, EGA, SpO₂, misurazioni antropometriche, test da campo, MVC, SGQR, valutazione della comorbidità, MMSE, GDS, ADL, IADL, FMD, DEXA, valutazione introito alimentare, dosaggio delle citochine infiammatorie seriche. Un gruppo (B) è stato sottoposto a sedute di allenamento alla endurance (40-50% della heart rate riserve, con valori della scala di Borg RPE (Borg, 1998) pari a 12-13); l'altro (A) ha effettuato un allenamento sia di endurance (40-50% della heart rate riserve) che di resistenza alla forza (50% dell'1 repetition maximum) (ACSM). Sono stati studiati 45 soggetti nel gruppo A (endurance + strength) e 63 soggetti nel gruppo B (endurance). I due gruppi avevano simile età media (73 vs. 72 anni) e prevalenza di sesso maschile (64% vs. 62%). Non sono state riscontrate differenze nei parametri spirometrici e funzionali iniziali, eccetto che per la performance al 6'WT (395 mt nel gruppo A vs. 356 mt nel gruppo B, P = 0.02). In ambedue i gruppi è stato rilevato un miglioramento della funzionalità respiratoria, con un aumento del FEV1% dal 53% al 58% tra l'ingresso e la dimissione, con valori che si sono mantenuti fino alla fine del follow-up. Analogo andamento hanno avuto la performance al WT, MIP e MEP. Tuttavia, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

La riabilitazione respiratoria è efficace nel migliorare a lungo termine la funzione respiratoria e la performance funzionale. Questo effetto, tuttavia, non è differente nei gruppi sottoposti a diversi tipi di riabilitazione.

	Gruppo A	Gruppo B
Età media	73 (5.9)	71.9 (7.4)
Sesso (M)	64.4	61.9
FEV1/FVC medio	59 (12)	59 (14)
FEV% medio	53 (18)	53 (19)
IVC (L) medio	2 (0.5)	1.9 (0.4)
MIP (cmH2O) media	60.4 (19.3)	55.9 (19.3)
MEP (cmH2O) media	61 (13.3)	62.9 (20.8)
Distanza percorsa in 6'(m) media	394.7 (74.1)	356 (51.9)
Punteggio medio SGQR	29 (18)	30 (10)
FMD	0.05 (0.024)	0.052 (0.035)
% massa grassa	32.8 (9)	34.7 (9.6)

37

Valutazione degli outcome riabilitativi in una popolazione di pazienti ortopedici operati per frattura di femore o di artroprotesi di anca/ginocchio in elezione

F. Guerini¹, S. Morghen¹, R. Turco¹, A. Morandi¹, S. Gentile¹, G. Bellelli², M. Trabucchi³¹ Dipartimento Riabilitazione Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona; ² Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università degli Studi Milano Bicocca, Milano; ³ Università di Roma "Tor Vergata", Roma; ⁴ Dipartimento Riabilitazione Ospedale "Ancelle della Carità" e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Cremona e Brescia

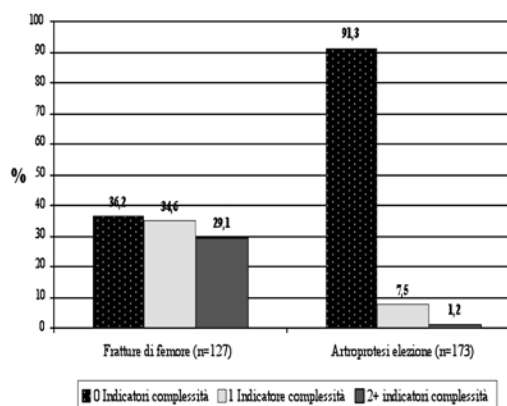
Scopo. Obiettivo del presente studio è confrontare le caratteristiche di complessità clinica e valutare gli outcome in una popolazione di pazienti ortopedici ricoverati in riabilitazione per frattura di femore o artroprotesi in elezione. Tale caratterizzazione potrebbe servire ad indirizzare meglio i percorsi di cura riabilitativi post-chirurgici da parte degli ospedali inviati i pazienti in riabilitazione.

Materiale e metodi. Studio retrospettivo di 300 soggetti ultra65enni ricoverati consecutivamente nel nostro Dipartimento di riabilitazione dal 1 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2010 a seguito di intervento ortopedico (127 fratture di femore, 173 artroprotesi in elezione di anca o ginocchio). I pazienti sono stati sottoposti all'ingresso a valutazione multidimensionale che ha compreso: variabili demografiche, stato cognitivo, salute somatica, stato funzionale. La popolazione è stata quindi stratificata in base alla presenza all'ingresso di 5 indicatori di complessità clinica/assistenziale che sono stati identificati come tali in quanto in grado di modificare concretamente il carico assistenziale in reparto: presenza di lesioni da decubito, di PEG o sondino naso gastrico, di catetere vescicale, di infezione in atto o di stato confusionale acuto.

Risultati. Come mostrato in figura, tra i pazienti ricoverati per esiti di frattura di femore, oltre il 65% presentava all'ingresso almeno un indicatore di complessità, rispetto a meno del 10% dei pazienti con artroprotesi.

I pazienti con frattura di femore ed indicatori di complessità clinica all'ingresso erano più compromessi cognitivamente e funzionalmente, sia precedentemente la frattura che alla dimissione. Inoltre, poco più del 50% dei pazienti con frattura di femore ed indicatori di complessità rientra al domicilio alla dimissione; al contrario praticamente tutti i pazienti con recente artroprotesi era in grado di farlo.

Conclusioni. I pazienti ricoverati in riabilitazione a seguito di intervento per frattura di femore sono clinicamente più complessi rispetto ai pazienti che subiscono intervento di artroprotesi, e necessitano di un carico assistenziale e di sorveglianza clinica significativamente maggiore. A conferma di ciò, alla dimissione dalla riabilitazione la maggior parte delle artroprotesi in elezione può rientrare al domicilio, mentre le dimissioni dei pazienti operati per frattura di femore necessitano una pianificazione strutturata in circa la metà dei casi, con attivazione della rete dei servizi, o addirittura trasferimento in altro ospedale, riabilitazione o RSA.



38

Outcome a 6 mesi degli ospiti di un nucleo di assistenza intermedia

A. Matteazzi¹, M. Molon¹, M. Ventagli², R. Fabrello¹, P. Costa¹, P. Fortuna¹¹ ULSS 6 Vicenza, Vicenza; ² IPAB S. Diodata Bertolo, Sandrigo

L'ospedalizzazione garantisce al paziente (pz.) la cura della fase acuta di malattia. I nuclei di "Assistenza intermedia" accolgono temporaneamente pz in dimissione dall'ospedale per i quali non è attuabile un'assistenza a domicilio e risulta impropria l'ospedalizzazione o l'inserimento definitivo in Casa di Riposo (CdR). Presso l'ULSS 6 "Vicenza" è attivo un "Nucleo di Assistenza Intermedia Sanitaria" (NAIS), gestito da IPAB "D. Bertolo" che garantisce la continuità di cura ai pz. per i quali sia intempestivo o improponibile il rientro a domicilio dopo ricovero ospedaliero. Lo studio valuta l'efficacia dell'intervento a 6 mesi dalla dimissione in termini di: 1) permanenza dell'anziano a domicilio 2) consolidamento dei risultati riabilitativi raggiunti alla dimissione 3) recupero delle abilità precedenti alla patologia acuta.

Tra i 319 dimessi dal NAIS da Dicembre 2009 a Settembre 2011 (degenza 45,9 g.) sono stati considerati 159 pz (110 F e 49 M, età 81,5) rientrati a domicilio. I pz. sono stati valutati con scheda multidimensionale SVaMA: i punteggi funzionale e motorio sono stati rilevati 1) prima dell'evento acuto su informazioni anamnestiche 2) alla dimissione dal NAIS 3) a 6 mesi dalla dimissione con intervista telefonica. L'intervista ha raccolto informazioni relative a ricoveri ospedalieri, decesso o accesso in CdR. Sono stati esclusi i pz deceduti o accolti in CdR. L'analisi statistica si è avvalsa di modello logistico multivariato e la stima dei parametri del Metodo dei Minimi Quadrati. Tra i 159 pz dimessi dal NAIS a 6 mesi 128 (80%) vivevano a casa, 12 (7,5%) erano stati ricoverati in CdR e 19 (12%) erano deceduti. Con l'aumentare dell'età diminuisce la probabilità di rimanere a domicilio. Le autonomie a 6 mesi risultano migliorate rispetto alla dimissione: guadagno alla valutazione funzionale 7 punti (range val. funzionale 0-60) e motoria 2,6 (range val. motoria 0-40). L'analisi multivariata dimostra che un nuovo ricovero ospedaliero e il sesso femminile hanno effetto negativo sul profilo funzionale, 8,91 e 6,23 punti in meno, ma non sul profilo motorio. Il confronto fra le autonomie, prima dell'evento acuto e a sei mesi dalla dimissione evidenzia che i pz non recuperano lo status precedente, perdita media 10,9 punti per il profilo funzionale e 10,2 per il motorio. All'analisi di regressione età (3 anni un punto in meno), nuovo ricovero ospedaliero (9 punti in meno) e sesso femminile (5,6 punti in meno) compromettono il recupero funzionale e motorio.

Il modello operativo del NAIS ha dimostrato di migliorare le abilità del pz. anziano dopo patologia acuta. Il miglioramento si conferma a sei mesi dalla dimissione ma il recupero non è completo. Un'alta percentuale a sei mesi è ancora assistita a domicilio: le azioni che avevano reso possibile il rientro a domicilio di pz. per i quali era stato considerato inevitabile il ricovero in CdR si sono dimostrate efficaci anche nel medio termine.

39

Utilizzo di inibitori di pompa protonica e perdita di massa ossea. Lo studio InCHIANTI

G. Bondi¹, C. Cattabiani¹, M. Maggio¹, F. Lauretani², S. Bandinelli³, A. Corsnello⁴, L. Ferrucci⁵, G.P. Ceda¹

¹ Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Parma; ² Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ³ AUSL-10, Florence - the InCHIANTI Study Group, Firenze; ⁴ Unità di Farmacoepidemiologia Geriatrica (INRCA), Cosenza, Italy, Cosenza; ⁵ National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institutes of Health (NIH), Baltimore, MD, USA, Baltimore

Gli inibitori di pompa protonica (IPP) sono una classe di farmaci che ha radicalmente migliorato la terapia delle malattie associate ad ipersecrezione acida gastrica. Recenti studi prospettici hanno tuttavia dimostrato i possibili effetti collaterali delle terapie a lungo termine spt nel soggetto anziano. Una

recente metanalisi di studi condotti in soggetti adulti-anziani ha rilevato un'associazione positiva e significativa tra uso di IPP e rischio di fratture associate a osteoporosi¹, mentre altrettanto noto è il rischio di gastroenterite associata ad infezione da Clostridium Difficile e polmoniti.

Scopo del presente studio è quello di identificare la relazione tra l'utilizzo di IPP e la densità minerale ossea corticale e trabecolare (vBMDc e vBMDt) e la geometria dell'osso.

Tra i partecipanti arruolati allo studio InCHIANTI² al basale sono stati selezionati 1038 soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni (452 uomini e 586 donne) che non assumevano farmaci che influenzano il metabolismo osseo. Sono stati eseguiti una tomografia computerizzata (pQCT) a livello tibiale e rilevate informazioni sui trattamenti farmacologici in atto.

I soggetti sono stati categorizzati in base all'uso di IPP. 36 soggetti (3,5% dei 1038) erano utilizzatori di IPP (14 uomini e 22 donne).

Dopo aggiustamento per età, sesso e BMI, gli utilizzatori di PPI presentavano livelli più bassi di densità trabecolare ossea (vBMDt) (180.5 ± 54.8 vs 207.9 ± 59.4 , $p = 0.03$) rispetto ai non utilizzatori. Nessuna significativa differenza nei livelli di densità minerale totale, corticale e di spessore dell'osso corticale è stata riscontrata tra IPP users e non users.

I risultati ottenuti dimostrano che l'utilizzo cronico di IPP è associato ad una ridotta densità minerale ossea (vBMDt) nella popolazione anziana. La densità minerale trabecolare rappresenta la componente "metabolicamente attiva" dell'osso, per cui questi risultati, se confermati da studi longitudinali, potrebbero spiegare il meccanismo d'azione mediante il quale gli IPP facilitano lo sviluppo di fratture nell'anziano.

BIBLIOGRAFIA

¹ Yu EW, Bauer SR, Bain PA, et al. *Proton pump inhibitors and risk of fractures: a meta-analysis of 11 international studies*. Am J Med 2011;124:519-26.

² Ferrucci L, Bandinelli S, Benvenuti E, et al. *Subsystems contributing to the decline in ability to walk: bridging the gap between epidemiology and geriatric practice in the InCHIANTI study*. J Am Geriatr Soc 2000;48:1618-25.

40

La durata del delirium post-operatorio come fattore predittivo indipendente di mortalità ad 1 anno in una coorte di pazienti ortogeriatrici sottoposti ad intervento chirurgico per frattura di femore

L. Carnevali¹, P. Mazzola¹, M. Corsi², A. Corno¹, V. Brogginì¹, P. Baccella¹, G. Bellelli¹, G. Annoni¹

¹ Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università degli Studi di Milano-Bicocca e Clinica Geriatrica, A.O. San Gerardo, Monza; ² Clinica Geriatrica, A.O. San Gerardo, Monza

Il delirium è tipicamente considerato una condizione clinica transitoria, che può complicare il decorso di molte patologie croniche e procedure chirurgiche in una popolazione di anziani fragili. Studi recenti hanno suggerito come il delirium possa invece durare per diverse ore, o addirittura molti giorni^{1,2}. In questi studi, il delirium persistente (PerD) è risultato un predittore indipendente di outcomes clinici e funzionali sfavorevoli. Tuttavia, le sue implicazioni prognostiche rimangono ampiamente da indagare.

Valutare la prevalenza di PerD in una popolazione di pazienti ortogeriatrici sottoposti a intervento chirurgico per frattura di femore, e indagarne il possibile ruolo di fattore predittivo di mortalità ad 1 anno.

Sono stati arruolati 396 pazienti consecutivamente ammessi dall'Unità di Ortogeriatrica della A.O. San Gerardo di Monza nel periodo 2007-2010, sottoposti a intervento chirurgico per frattura del femore prossimale. La presenza e la durata del delirium post-operatorio sono state valutate mediante un metodo già validato di analisi retrospettiva delle cartelle cliniche³. Per ciascun soggetto è stato calcolato un Normalized Postoperative Delirium Index (NPDI, range 0-1) secondo la formula: durata delirium (giorni) / durata della degenza post-intervento (giorni). Il follow-up è stato realizzato mediante intervista telefonica e confermato dai registri dell'ASL di Monza-Brianza. L'analisi dei dati è stata effettuata con il software PASW Statistics 18.

Tab. Fattori predittivi di mortalità ad 1 anno dalla dimissione (analisi di regressione logistica univariata e multivariata*) in 396 pazienti dimessi da una Unità di ortogeriatrics.

Caratteristiche	Univariata			Multivariata		
	OR	I.C. 95%	P	OR	I.C. 95%	P
Pre-esistente deterioramento cognitivo (si/no)	2.12	1.30 to 3.48	.003	4.48	1.76 to 11.17	.002
Tempo ricovero-intervento ≤2 giorni	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Tempo ricovero-intervento >2 giorni	2.36	1.41 to 3.96	.001	2.84	1.54 to 5.23	.001
NPDI = 0	Ref.	-	-	Ref.	-	-
NPDI 0.01-0.25	1.14	0.61 to 2.13	.675	6.35	2.41 to 16.66	<.001
NPDI 0.25-0.50	1.89	1.06 to 3.36	.030	18.26	6.22 to 53.68	<.001
NPDI > 0.50	7.42	4.20 to 13.10	<.001	36.09	12.45 to 104.61	<.001
Stato di autonomia funzionale, ADL 5-6	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Stato di dipendenza funzionale, ADL 0-4	4.02	2.21 to 7.31	<.001	2.57	1.05 to 6.28	.039

* Aggiustata per età, sesso, Charlson Comorbidity Index e numero di farmaci assunti.
OR = Odds Ratio; I.C. = intervalli di confidenza.

I soggetti sono stati suddivisi in 2 gruppi: vivi (gruppo 1, n = 305) e deceduti (gruppo 2, n = 91) ad un anno dalla dimissione. I soggetti del gruppo 2 erano significativamente più anziani, più comorbidi, più frequentemente dipendenti nelle ADL e cognitivamente deteriorati prima dell'evento fratturativo, rispetto a quelli del gruppo 1. Inoltre, i deceduti al follow-up erano stati operati più frequentemente oltre le 48 ore dalla frattura ed avevano sperimentato più frequentemente PerD rispetto al gruppo 1.

In un'analisi di regressione logistica multivariata, corretta per età, sesso e Charlson Comorbidity Index, la pre-esistenza di demenza, un'attesa all'intervento superiore ai 2 giorni, la dipendenza nelle ADL, e il PerD sono risultati fattori predittivi indipendenti e significativi di mortalità a 1 anno. Dato rilevante è la relazione lineare che si evidenzia tra la durata del delirium e la mortalità: all'aumento del NPDI corrisponde un aumento del rischio di mortalità ad 1 anno.

Il PerD è un fattore predittivo indipendente di mortalità ad 1 anno in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per frattura di femore. La prevenzione e la pronta risoluzione del delirium dovrebbero pertanto essere delle priorità cliniche allo scopo di ridurre la mortalità in un gruppo di pazienti particolarmente fragili.

BIBLIOGRAFIA

- Dolan MM, Hawkes WG, Zimmerman SI, et al. *Delirium on hospital admission in aged hip fracture patients: prediction of mortality and 2-year functional outcomes.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55:M527-534.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, et al. *Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture.* J Am Geriatr Soc 2000;48:618-24.
- Inouye SK, Leo-Summers L, Zhang Y, et al. *A chart-based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the confusion assessment method.* J Am Geriatr Soc 2005;53:312-8.

41

Progetto Arca: analisi e valutazione della spesa farmaceutica presso un campione di case di riposo dell'ULSS 20 Verona

T. Zerman¹, R. Borin¹, M.V. Nesoti², C. Bovo², M.G. Bonavina³

¹ ULSS 20 Verona, Distretto 4, Verona; ² ULSS 20 Verona, Direzione Sanitaria, Verona; ³ ULSS 20 Verona, Direzione Generale, Verona

L'analisi della spesa per farmaci in residenti presso le case di riposo (CdR) permette di valutare i costi, la sostenibilità, l'appropriatezza prescrittiva di definite classi farmacologiche in termini di sovra utilizzo o sotto utilizzo, di scarsa o disomogenea aderenza alle linee-guida.

Obiettivo dello studio è descrivere il costo annuo della spesa farmaceutica per posto letto (pl) in CdR, i costi per le classi farmacologiche più significative e l'appropriatezza prescrittiva. L'analisi del consumo di farmaci è stata eseguita utilizzando i dati di spesa dell'Azienda Sanitaria ULSS 20 di Verona

affendenti alle CdR del Distretto 4 nell'anno 2011. Le CdR esaminate sono state 15 per un totale di 1202 pl. Sono stati analizzati il consumo totale e i capitoli di spesa delle seguenti classi farmacologiche: antibatterici, neurolettici e psicoanalitici, gastroprotettori, lassativi, diuretici, antipertensivi, analgesici oppiacei e non, antitrombotici.

La spesa farmaceutica media annua per posto letto (pl) per CdR nel 2011 è stata di 572 € con un costo giornaliero medio di 1,52 € pl, fino ad un costo massimo annuo per pl di oltre 800 €. Gli antibatterici per via sistemica sono il capitolo di spesa più rilevante con una media di 65,80 €, ma con notevoli differenze tra le strutture. Gli antipsicotici emergono come secondo capitolo di spesa con una media di 51,62 €, a fronte di un costo medio di 30,21 € per gli antidepressivi. Soltanto in due strutture si rileva un a spesa maggiore per psicoanalitici rispetto ai psicolettici. L'utilizzo di lassativi e gastroprotettori comporta una spesa media rispettivamente di 36,78 € e 31,77 €, superiore alla spesa rilevata per gli antitrombotici che è di 27,17 €. La spesa per antipertensivi e diuretici risulta omogenea ed è in media di 10,42 e 9,55 €. La spesa per analgesici oppiacei e non, è di 15,22 € con notevole variabilità intra struttura evidenziata dalla spesa per farmaci oppiacei il cui costo annuo è stato per una CdR di 3000 € mentre è inferiore ai 500 € annui per tutte le altre CdR.

I dati dimostrano che la spesa farmaceutica complessiva presso le CdR del Distretto 4 dell'ULSS 20 di Verona è marginale rispetto alla spesa sanitaria complessiva ed inferiore ad analoghi studi effettuati a livello internazionale. La spesa per antibatterici è la più rilevante con differenze consistenti a fronte di una popolazione trattata sovrapponibile. Si conferma l'uso inappropriato in termini di sovra utilizzo di inibitori di pompa, lassativi e neurolettici. La disomogeneità nella prescrizione di diuretici e antiipertensivi prova la bassa aderenza presso le residenze per anziani alle linee-guida sulla terapia antiipertensiva mentre il trattamento con analgesici, in particolare con oppiacei, appare inadeguato a conferma della mancanza di un approccio sistemico al trattamento del dolore. Lo studio ha permesso introdurre interventi finalizzati all'appropriatezza prescrittiva e ad un processo di benchmarking intra struttura.

42

Politerapia in individui affetti da deterioramento cognitivo severo residenti in RSA: risultati dello studio Shelter

D.L. Vetrano, G. Onder, F. Landi, M. Tosato, G. Colloca, R. Liperoti, R. Bernabei
Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Il trattamento farmacologico delle comorbilità nei soggetti anziani affetti da deterioramento cognitivo severo è ad oggi molto discusso in considerazione del incerto beneficio legato a tale trattamento. Inoltre, in considerazione della presenza di numerose comorbilità il soggetto anziano con deteriora-

mento cognitivo severo può ricevere molteplici trattamenti farmacologici e di conseguenza essere esposto ad un rischio elevato di patologia iatrogena. Lo scopo del presente studio è determinare la prevalenza della politerapia, ed i fattori ad essa associati, in un campione di individui affetti da deterioramento cognitivo severo, residenti in RSA.

Sono stati valutati 1449 individui affetti da deterioramento cognitivo avanzato residenti in RSA, arruolati nel progetto "Service for Elderly in Long Term care (SHELTER)", uno studio che ha coinvolto soggetti anziani ospiti in 57 RSA in 8 paesi europei. La politerapia è stata definita come l'utilizzo concomitante di 5-9 farmaci, la politerapia eccessiva come l'utilizzo concomitante di più di 9 farmaci.

Un regime di politerapia ed un regime di politerapia eccessiva sono stati riscontrati rispettivamente in 735 (50.7%) e in 245 (16.9%) individui. Quando confrontata con un regime di non politerapia, la presenza di politerapia eccessiva risulta essere direttamente associata con la presenza di cardiopatia ischemica (OR 3.68; 95% CI 2.01-6.74), diabete (OR 2.66; 95% CI 1.46-4.84), malattia di Parkinson (OR 2.84; 95% CI 1.36-5.85), sintomi gastrointestinali (OR 1.20; 95% CI 1.43-3.39), dolore (OR 3.12; 95% CI 1.99-4.89), dispnea (OR 2.57; 95% CI 1.31-5.07) recente ospedalizzazione (OR 2.56; 95% CI 1.36-5.85). Una relazione inversa con la politerapia eccessiva è stata invece osservata con l'età (OR 0.74; 95% CI 0.59-0.93), la disabilità nelle ADL (OR 0.79; 95% CI 0.63-0.99) e la presenza del geriatra tra l'organico della RSA (OR 0.36; 95% CI 0.20-0.64).

La politerapia e la politerapia eccessiva risultano essere riscontri molto comuni tra individui affetti da deterioramento cognitivo severo residenti in RSA. Tra i determinanti di un regime di politerapia figurano non soltanto le comorbidità ma anche sintomi specifici, l'età e lo stato funzionale. La presenza di un geriatra nella RSA risulta essere associata ad una ridotta prevalenza di politerapia eccessiva.

43

Il progetto SAFE (Safety Alerts For Frail Elderly) per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nell'anziano fragile ospedalizzato: dati preliminari

U. Gallo¹, A.M. Grion¹, D.D. Tinjala², S. Bazzano³, F. Cestonaro³, M. Durando³, L. Michele³, M. Lo Storto³, C. Seresin³, M. Simonato³, A. Pilotto³

¹ ULSS 16 Padova, Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Padova; ² Università di Padova, Padova; ³ ULSS 16 Padova, UO Geriatria, Padova

Numerosi studi dimostrano che le reazioni avverse a farmaci (ADRs) rappresentano eventi in parte correlati alla presenza di politerapie non sempre fondate su razionali basi di appropriatezza prescrittiva. Verificare l'utilità di un report che allerta il medico sulla presenza di prescrizioni potenzialmente a rischio di ADRs nel ridurre il numero delle prescrizioni di farmaci inappropriati e/o il numero di interazioni potenzialmente pericolose.

Sono stati arruolati tutti i soggetti di età maggiore o uguale a 65 anni ricoverati nel mese di aprile 2012 presso l'UO di Geriatria dell'azienda ULSS 16 Padova. Per ogni paziente è stata rilevata all'ammissione la terapia farmacologica domiciliare, le patologie presenti; mediante software dedicato che riporta le interazioni farmaco-patologia (secondo i criteri di appropriatezza STOPP) e le interazioni farmaco-farmaco clinicamente rilevanti (secondo la banca dati Micromedex) è stato prodotto un report che veniva consegnato al medico e discusso da un farmacista competente. La variazione dell'appropriatezza prescrittiva è stata misurata calcolando il MAI (Medication Appropriateness Index) all'ingresso (terapia domiciliare) e alla dimissione (lettera di dimissione). In tutti i pazienti è stata eseguita una valutazione multidimensionale che comprende 8 domini: 1) attività basali (ADL) e strumentali (IADL) della vita quotidiana; 2) cognitivo (SPMSQ); 3) nutrizionale (MNA); rischio lesioni da decubito (scala Exton-Smith); 4) comorbidità (CIRS); 5) numero farmaci; 6) co-abitazione per il calcolo del Multidimensional Prognostic Index (MPI), validato indice prognostico di mortalità.

Sono stati analizzati i primi 100 pazienti (F 52%, età media 84 anni); l'82% dei pazienti risulta avere un MPI di grado moderato o severo (MPI 2/3) con una media di 6 farmaci/die assunti a domicilio. All'ammissione, il 55% pre-

senta uno o più medicinali controindicati dai criteri STOPP e il 33% presenta un'interazione farmacologica potenzialmente pericolosa. L'inappropriatezza prescrittiva è risultata essere più elevata tra i pazienti più a rischio di mortalità (MPI = 2/3 vs MPI 1: OR 3,8 95%IC = 1,4-10,6). La presentazione e discussione con i medici dei report si associa alla riduzione di prescrizioni inappropriate secondo i criteri STOPP nel 55% e delle interazioni farmacologiche pericolose nel 42% dei casi. In totale il MAI è migliorato passando da un valore mediano di 4 (IQR = 4,0-4,5) all'ingresso a un valore di 2 (IQR = 2,0-4,0) alla dimissione ospedaliera (p < 0,001).

I dati preliminari del progetto SAFE rilevano che l'inappropriatezza prescrittiva è un fenomeno diffuso tra gli anziani e che il monitoraggio della terapia mediante software dedicato con inclusione dei criteri STOPP e delle interazioni farmaco-farmaco e la discussione del report tra il medico ed il farmacista riducono il rischio di prescrizioni potenzialmente inappropriate.

44

Appropriatezza diagnostica per la demenza anche nel long term care: l'esperienza di tre RSA lombarde

M. Zanetti¹, C. Ballabio¹, M.C. Sandrini², F. Giunco¹

¹ Centro Geriatrico S. Pietro, Cooperativa La Meridiana, Monza; ² Associazione Monte Tabor, Milano

La prevalenza della demenza nel long-term care in Italia è attualmente poco nota e non esistono protocolli assistenziali omogenei per la cura di questa patologia in RSA. Un appropriato riconoscimento della demenza costituisce il primo passo per pianificare adeguatamente i servizi e soddisfare i bisogni della persona residente diversificando la cura nelle varie fasi di malattia. In assenza di una diagnosi il paziente accede più tardivamente e con maggiori difficoltà di consapevolezza da parte della famiglia ad un percorso assistenziale appropriato anche nelle fasi finali di malattia.

Scopo del lavoro è di esplorare l'attuale prevalenza della demenza in tre RSA lombarde dopo revisione diagnostica in una popolazione di 303 soggetti anziani istituzionalizzati e di confrontarla con la prevalenza precedente l'ingresso. 303 pazienti ricoverati in tre RSA lombarde sono stati rivalutati dal punto di vista cognitivo da parte di tre medici specialisti in geriatria al fine di:

- ridefinire la presenza di una diagnosi di demenza in accordo con i criteri clinici NINCDS-ADRDA per la malattia di Alzheimer, i criteri NINDS-AIREN per la diagnosi di demenza vascolare ed i criteri NINDS-AIREN modificati per la diagnosi di demenza vascolare sottocorticale.
- monitorare il livello di progressione di malattia (attraverso la Functional Assessment Staging Scale, FAST)
- confrontare l'assetto cognitivo emerso dalla rivalutazione in RSA con quanto presente prima dell'istituzionalizzazione ed in particolare con le definizioni diagnostiche precedenti l'ingresso. Al momento dell'ingresso in RSA la prevalenza della demenza risultava del 42% (n = 127), dopo rivalutazione diagnostica la prevalenza è invece risultata del 90% (n = 273). La rivalutazione cognitiva è stata effettuata dopo un tempo medio di istituzionalizzazione di 4 aa. Il 41% (n = 111) dei soggetti con demenza presentava uno score alla FAST di 6 e il 34% (n = 93) una FAST maggiore di 7. Dalla revisione delle definizioni diagnostiche è emerso che i termini più utilizzati nei pazienti che non avevano ricevuto una precedente diagnosi corretta sono stati: difficoltà cognitive (n = 41 pz), sindrome depressiva (n = 40 pz), demenza senile (n = 38), deficit mnemonico (n = 14), vasculopatia cerebrale (n = 13 pz).

Nonostante i limiti dello studio e la bassa numerosità del campione, dopo rivalutazione cognitiva si è osservata una prevalenza molto elevata di demenza ed in particolare di demenza in fase avanzata. Tale ridefinizione diagnostica può essere di ausilio per lo staff assistenziale nel migliorare la risposta ai bisogni specifici della persona con demenza e nel garantire una possibilità di accesso a cure di fine vita per i soggetti nelle fasi più avanzate. La difficoltà evidenziata nell'inquadrare correttamente la sindrome demenziale, sia nell'ambito della cura primarie che della long term-care, potrebbe ostacolare una corretta pianificazione assistenziale sia da parte delle famiglie che delle strutture residenziali.

45

Prevenzione dell'osteoporosi in pazienti anziani con carcinoma prostatico localmente avanzato in trattamento con terapia antiandrogenica

A. Gambardella¹, C. Mocerino¹, A. Riccardi¹, M. Taddeo¹, R. Rossi², R. D'Anna², A. Letizia¹

¹ Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli; ² Divisione di Ortopedia, Seconda Università di Napoli, Napoli

Il carcinoma della prostata è la prima causa di tumore nella popolazione anziana. La terapia di deprivazione androgenica (ADT, Androgen Deprivation Therapy) rappresenta il trattamento di scelta nei pazienti anziani e in associazione alla radioterapia, risulta essere il gold standard nella forma localmente avanzata. Tuttavia l'utilizzo di farmaci antiandrogeni è gravato da diversi effetti collaterali tra cui la perdita di massa ossea, che può causare un aumentato rischio di fratture.

Scopo del nostro studio è stato quello di dimostrare l'efficacia di un programma di prevenzione e di screening per ridurre il rischio di deterioramento osseo in pazienti anziani sottoposti ad ADT. Dal gennaio 2008 abbiamo collaborato con la Clinica Ortopedica della Nostra Università per identificare il rischio di osteoporosi in pz affetti da carcinoma della prostata localmente avanzato, afferenti al nostro ambulatorio di Oncologia Geriatrica. Abbiamo quindi studiato 53 pazienti di età media $71 \pm 3,9$ sottoposti a radioterapia e trattati con Leuprorelina (11.25mg/3 mesi per 36mesi). La valutazione della massa ossea è stata effettuata in basale e ogni 6 mesi tramite markers biochimici [Fosfatasi alcalina e isoforma ossea, Idrossiprolina urinaria e Telo peptide C-terminale del collagene I] e tramite densitometria ossea con metodica DEXA, in basale e ogni 12 mesi. Al basale nessun paziente presentava segni di osteopenia e/o osteoporosi. In caso di modifiche degli score densitometrici (T score compreso tra -1.0 e -2.5) veniva instaurata terapia supplementiva con calcio (1200 mg/die) e Vitamina D (800 UI/die). Per riduzioni della BMD > 5% a livello del collo del femore ($o > 3%$ a livello della colonna lombare) oppure in presenza di fratture da compressione veniva considerata la terapia con bisfosfonati per os.

Dei 53 pz selezionati ne sono stati valutati 46 in quanto 4 hanno presentato metastasi ossee e 3 non sono stati complianti. Dopo 12 mesi, 36 pz non hanno mostrato modifiche ossee, mentre in 10pz è stata instaurata terapia supplementiva con Calcio e vit.D per presenza di osteopenia (T-Score da -1.0 a -2.5). Dopo 24 mesi 22 pz hanno continuato a non presentare alterazioni ossee, al contrario 20 hanno mostrato un quadro di osteopenia e praticato terapia integrativa, in 4 pz si è posta diagnosi di osteoporosi (T-score < -2) e hanno iniziato terapia con bisfosfonati. A 36 mesi 10 pz hanno mantenuto valori nella norma, 29 pz hanno sviluppato una osteopenia ed erano in trattamento supplementivo, invece 7 pz sono risultati osteoporotici (T-score < -2) e in terapia con bisfosfonati. Nessun paziente ha presentato fratture.

Il nostro studio ha dimostrato che la terapia ormonale a lungo termine nonostante la provata efficacia terapeutica è gravata da un alto rischio di osteoporosi che può essere prevenuto attuando un programma di screening per identificare i pazienti a rischio e instaurando un adeguato approccio terapeutico.

46

La necessità di una più attiva collaborazione tra geriatri ed oncologi per la valutazione del paziente anziano oncologico: risultati survey AIOM-SIGG diretta ad oncologi e geriatri italiani

G. Condemì¹, G. Colloca², S. Monfardini³, A. Gambardella⁴, L. Biganzoli⁵, V. Barbieri⁶, B. Castagneto⁷, G. Scandurra, U. Tirelli⁸, D. Cova¹, R. Bernabei², I. Carreca⁹

¹AIOM Associazione Italiana Oncologia Medica, Milano; ²Dipartimento Scienze Geriatriche Ortopediche e Neurologiche Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ³Istituto Don Gnocchi, Milano; ⁴Dipartimento Geriatria, Napoli; ⁵USL4 Prato, Prato; ⁶Dipartimento di Oncologia, Catanzaro; ⁷Unità di Oncologia Medica, Genova; ⁸Unità di Oncologia Medica, Aviano; ⁹Dipartimento Oncologia Università di Palermo, Palermo

Con l'invecchiamento della popolazione il numero di pazienti anziani affetti da neoplasia è aumentato, direttamente correlato a questo epifenomeno è l'incremento di nuove diagnosi di neoplasia negli anziani. È stato calcolato come nei paesi occidentali, entro il 2030 il 70% delle nuove diagnosi di cancro verrà effettuato nei pazienti over 70. L'aumento dell'aspettativa di vita, dell'incidenza di neoplasie e la presenza di nuove terapie target, porta sempre più frequentemente il geriatra a dover valutare pazienti in trattamento attivo oncologico (peri-chirurgia, chemio o radioterapia) o con esiti di trattamenti, e l'oncologo a dover interagire con problematiche tipicamente geriatriche (comorbidità, polifarmacoterapia, sindromi geriatriche).

L'AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica), la SIGG (Società Italiana Geriatria e Gerontologia) in collaborazione con il dipartimento di Scienze Geriatriche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, hanno promosso un sondaggio tra oncologi e geriatri al fine di valutare la percezione e le difficoltà di assessment nei confronti del paziente oncogeriatrico. Sono stati proposti due questionari paralleli, con domande affini alle due specialità.

Tra i risultati forniti all'AIOM si può evidenziare come 1/3 degli oncologi ha quotidianamente più del 50% dei pazienti di età superiore ai 70 anni, il numero medio di comorbidità, oltre il cancro, in questi pazienti è 5; il 95% degli intervistati ritiene sia fondamentale l'utilizzo di protocolli specifici per gli anziani ed utile lo sviluppo di programmi formativi per la gestione del paziente anziano oncologico. Le risposte fornite dai geriatri hanno evidenziato come il 30-40% dei pazienti valutati annualmente presentino diagnosi di neoplasia in fase attiva, il 72% degli intervistati ritiene il paziente oncologico anziano più complesso da valutare e trattare, ma effettuerebbe una collaborazione attiva con l'oncologo nella sua gestione. Il 97% dei geriatri intervistati ritiene necessario frequentare programmi formativi relativi al paziente oncogeriatrico.

Le risposte ottenute dai geriatri e da parte degli oncologi evidenziano un incremento dei pazienti anziani affetti da neoplasia trattati, la difficoltà nella gestione del paziente oncogeriatrico da parte di entrambi gli specialisti, per una maggiore complessità del paziente, la richiesta reciproca di una più attiva collaborazione. La maggioranza degli intervistati in entrambi i casi chiede la disponibilità di maggiori programmi informativi sulla tematica e lo sviluppo di protocolli comuni d'intervento.

47

Centro della memoria-Biella: una rete multidisciplinare per pazienti e caregiver

E. Ortone¹, B. Debernardi¹, F. Menegon², V. Alastra²

¹Geriatrics Post Acuzie - A.S.L. BI, Biella; ²Formazione e Comunicazione - A.S.L. BI, Biella

La demenza è patologia complessa. Cruciale è costruire attorno ai pazienti ed alle loro famiglie un insieme di atti e servizi che contribuiscano ad alleviarne le difficoltà, come evidenziato da Trabucchi nel suo noto contributo "Il problema demenze nella società italiana" (Psicogeriatrics, supplemento numero 1, settembre/dicembre 2008, pp. 5-15.).

La percentuale di Biellesi over 65 è il 25%, pari a 47.000 persone, di cui si stimano circa 3000 affette da demenza (500 nuovi casi/anno).

La maggior parte di tali soggetti non sono noti ai Servizi; molti di quelli noti spariscono dal loro orizzonte, per poi riapparire in condizioni di emergenza, quando l'unica risposta è l'istituzionalizzazione.

Per rispondere alle sollecitazioni di famiglie ed associazioni dedicate, una rete di enti e organizzazioni biellesi (ASL BI, Consorzi Socio Assistenziali, Comune Biella, AIMA) ha realizzato il Centro della Memoria (CdM) che prende in carico paziente e caregiver in un percorso integrato di più figure professionali: Psicologa della Famiglia, Neuropsicologa, Geriatra (G),

Tab. 1.

INVIANTE	2011	2012
AIMA	10,6%	7,6%
Geriatria CdM	67%	48,4%
Neurologo CdM	0%	3,1%
Psichiatra CdM	0%	0%
Altri Reparti Ospedalieri o DEA	8,8%	6,3%
Servizio Socio Assistenziali Territoriale	2,5%	5,4%
Medico Medicina Generale	7,5%	12,6%
Spontaneo – Nessun Ente Inviante	3,7%	16,6%

Tab. 2.

Tipologia di Intervento	2011			2012		
	Numero di PROPOSTE	Numero di proposte ACCOLTE	% ACCOLTE	Numero di PROPOSTE	Numero di proposte ACCOLTE	% ACCOLTE
Domicilio e Badante	14	7	50%	70	32	46%
Formazione e Informazione	79	79	100%	226	226	100%
Centro Diurno Alzheimer	23	6	26%	113	32	28%
Psicologa	19	7	37%	118	27	23%
Gruppi Psico Educazionali	6	4	67%	19	13	68%
Servizio Socio Assistenziale Territoriale	-	-	-	72	45	63%
Tutela Legale	-	-	-	29	7	24%
Struttura Residenziale (Casa Riposto)	8	7	88%	29	25	86%

Neurologa, Psichiatra, Assistente Sociale (AS), Infermiera Professionale (IP) e volontari AIMA.

I principi che il Gruppo ha definito essenziali e caratterizzanti sono: lavoro in équipe, valutazione multidimensionale, alleanza terapeutica, presa in carico globale.

A distanza di 3 anni, a Maggio 2012 le persone in carico al CdM sono 223 (rispetto a 79 nel 2011), 85 uomini e 138 donne. Confermando un dato noto, i caregiver risultano essere, per circa la metà dei casi (49,4%), i coniugi supportati talora dai figli.

L'équipe del CdM si prefigge di accompagnare pz e famiglia nel tempo della malattia, ma sviluppa anche progetti di formazione dei diversi operatori, sia per rinforzare le motivazioni al servizio sia per capire l'efficacia degli interventi e dei mezzi.

In collaborazione con il Servizio Formazione ASL BI si è individuato un percorso di formazione-intervento con i Medici di Medicina Generale, attivando 4 gruppi di lavoro (Demenze; Comunicazione diagnosi; Piani terapeutici, Ricerca dati reali di incidenza e prevalenza) ed un corso di formazione con IP ed Assistenti Sociali del territorio.

L'esperienza di 3 anni di lavoro quotidiano con i pz e i caregiver ha fatto sì che il CdM si sia progressivamente modificato nell'organizzazione e nel modus operandi: realizzando visite domiciliari di AS ed IP, di IP e G, di AS e G. piuttosto che proporre un servizio solo ambulatoriale; organizzando gruppi psicoeducazionali con i caregiver e gruppi di stimolazione cognitiva con i pazienti ad opera della Neuropsicologa; prevedendo l'attivazione di gruppi di musicoterapia e di attività fisica organizzata con supporto di AIMA; diffondendo sul territorio l'esperienza del Caffè Alzheimer, coordinando sempre più frequentemente il lavoro di operatori ed istituzioni diverse.

48

Quali sono i test predittivi per la diagnosi di Mild Cognitive Impairment e di Alzheimer Disease?

A. Daddario¹, A. Tessari¹, P. Bisiacchi², M. Formilan¹, F. Busonera¹, P. Albanese¹, A. Cester¹

¹ Centro per l'Invecchiamento Cerebrale, Dipartimento di Geriatria, LungoDegenza e Riabilitazione ULSS 13 di Dolo, Venezia; ² Psicologa

I deficit cognitivi nella Demenza di Alzheimer (AD) possono essere eterogenei. La letteratura internazionale (Bisiacchi et al., 2008) evidenzia come i pazienti con AD presentino principalmente deficit mnesici ed esecutivi. La diagnosi di Mild Cognitive Impairment amnesico (aMCI) viene riservata, invece, ai pazienti che mostrano ai test deficit solo sul versante mnesico.

La nostra ricerca ha lo scopo di mettere in luce l'importanza della valutazione delle abilità mnesiche ed esecutive nella diagnosi differenziale fra invecchiamento cerebrale fisiologico e aMCI e fra aMCI ed iniziale AD.

Osservare all'interno di una Batteria Neuropsicologica quali test siano sensibili per la diagnosi differenziale fra invecchiamento cerebrale fisiologico e aMCI e fra aMCI ed iniziale AD. I test che risultano significativi al fine di differenziare i pazienti con diagnosi di AD con pazienti con aMCI sono i seguenti: MMSE, Test di Memoria di Prosa, Test di Fluenza Fonemica, Test dell'Orologio, Copia di Disegni, Frontal Assessment Battery e Test delle Stime Cognitive. Confrontando invece le prestazioni ai test di soggetti con invecchiamento cerebrale fisiologico con quelle di pazienti con diagnosi di MCI, i test risultati significativi sono: MMSE, Test di Memoria di Prosa e Test delle 15 parole di Rey. Dai risultati emerge come l'analisi delle capacità esecutive dei pazienti possa essere utile al fine di effettuare una diagnosi differenziale tra aMCI e iniziale AD ed in particolare possono risultare dirimenti le seguenti prove: MMSE, Memoria di Prosa, Test della Fluenza Fonemica, Test dell'Orologio, Copia di Disegni. Si può notare, inoltre, come i test per la valutazione delle abilità mnesiche siano discriminativi fra soggetti con invecchiamento fisiologico nella norma e aMCI. Confrontando poi le prove di memoria tra aMCI e AD risulta preferibile la somministrazione singola del test di Memoria di Prosa in quanto quest'ultimo risulterebbe di più facile e veloce somministrazione. Ciò faciliterebbe l'ottimizzazione dei tempi di esecuzione nelle valutazioni all'interno dei presidi ospedalieri

Tab. 1. Controlli vs MCI.

TEST	p-value Bonferroni	
MMSE	0,000006	0,016667
Matrici Attentive	0,372284	0,016667
Memoria di Prosa	0,000000	0,016667
Test della Fluenza Fonemica	0,411087	0,016667
G.D.S.	0,053479	0,016667
Test dell'Orologio	0,042654	0,016667
Copia di Disegni	0,612460	0,016667
Stime Cognitive	0,487190	0,016667
F.A.B.	0,019859	0,016667
Test delle 15 Parole di Rey - Immediata	0,000005	0,016667
Test delle 15 Parole di Rey - Differita	0,005194	0,016667

Note: in grassetto vengono riportati i test risultati significativi (pvalue < 0.05) MMSE = Mini Mental State Examination; GDS = Geriatric Depression Scale; FAB = Frontal Assessment Scale.

Tab. 2. MCI vs AD.

TEST	p-value Bonferroni	
MMSE	0,000000	0,016667
Matrici Attentive	0,000000	0,016667
Memoria di Prosa	0,007297	0,016667
Test della Fluenza Fonemica	0,000025	0,016667
G.D.S.	0,225100	0,016667
Test dell'Orologio	0,000000	0,016667
Copia di Disegni	0,011039	0,016667
Stime Cognitive	0,000102	0,016667
F.A.B.	0,001578	0,016667
Test delle 15 Parole di Rey - Immediata	0,330367	0,016667
Test delle 15 Parole di Rey - Differita	0,166034	0,016667

Note: in grassetto vengono riportati i test risultati significativi (pvalue < 0.05). MMSE = Mini Mental State Examination; GDS = Geriatric Depression Scale; FAB = Frontal Assessment Scale.

BIBLIOGRAFIA

- Bisiacchi P, Borella E, Bergamaschi S, et al. *Interplay between memory and executive functions in normal and pathological aging*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2008.
- Mannarini S. *Psicomatria. Fondamenti, metodi e applicazioni*. Bologna: Il Mulino 2008.
- Vallar G, Papagno C. *Manuale di Neuropsicologia*. Bologna: Il Mulino 2007.

49

Risultati preliminari sul cortisolo e il BDNF come marcatori biologici per le funzioni cognitive ed i disturbi neuropsichiatrici degli anziani

A. Martocchia¹, F. Comite¹, M. Curto², P. Girardi², S. Scaccianoce³, F. Nicoletti³, P. Falaschi¹

¹ Unità Geriatria, Azienda Ospedaliera S. Andrea, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma; ² Unità di Psichiatria, Azienda Ospedaliera S. Andrea, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma; ³ Dipartimento di Farmacologia, Facoltà di Medicina e Odontoiatria, Sapienza Università di Roma, Roma

È noto che la crescita neuronale, le connessioni sinaptiche e i meccanismi riparativi possono essere modulati dalle molecole di segnale. Le neurotrofine (il Brain Derived Neurotrophic Factor, BDNF) svolgono un ruolo nella neuroprotezione, mentre i glucocorticoidi (il cortisolo) esercitano effetti dannosi. L'identificazione del processo di degenerazione neuronale tramite specifici biomarcatori è un obiettivo principale delle recenti ricerche.

Lo scopo di questo studio è di valutare la relazione tra le concentrazioni di cortisolo e di BDNF e le funzioni neurocognitive nei soggetti anziani.

Nel 2009, il comitato etico ha approvato lo studio osservazionale (BDNF nella Depressione e nelle Funzioni Neurocognitive) negli anziani (n = 80) con malattia di Alzheimer (AD), depressione o entrambe le patologie in comorbidità. Riportiamo i risultati preliminari riferiti a 14 soggetti, con una media+deviazione standard (m+DS) di 80.3+6.1 anni (F:M = 9:5). Le funzioni cognitive sono state valutate tramite una valutazione multidimensionale, comprendente il Mini Mental State Examination (MMSE), la Geriatric Depression Scale (GDS) o la Cornell Scale per la depressione nei pazienti con MMSE = 20. I pazienti che assumevano farmaci antidepressivi, inibitori dell'acetilcolinesterasi, memantina o corticosteroidi sono stati esclusi dallo studio. Sono state poste diagnosi di probabile AD (n = 4, secondo i criteri NINCDS-ADRDA), sindrome depressiva (n = 3, secondo i criteri DSM-IV), AD e depressione in comorbidità (n = 3). Quattro soggetti anziani sani sono stati inclusi.

È stato eseguito un prelievo ematico (h 9:00) per la determinazione del BDNF (tramite metodica ELISA) ed una raccolta urinaria notturna (h 20:00 - h 8:00 del giorno seguente) per la misurazione del cortisolo. Per ogni soggetto è stato calcolato il rapporto tra cortisolo e BDNF.

L'analisi statistica è stata eseguita tramite regressione lineare. Una p < 0.05 è stata considerata significativa.

I punteggi alle scale MMSE, GDS, e Cornell sono stati 19+11, 5.1+4.6, 10+6.3 (media+deviazione standard, m+DS), rispettivamente.

Le concentrazioni di BDNF ematico e di cortisolo urinario notturno/creatinina urinaria notturna sono state rispettivamente 10.6+4.0 ng/ml e 195.4+111.9 mcg/g. I livelli di BDNF sono stati inversamente correlati alla secrezione notturna di cortisolo (r = -0.575, p < 0.05); i soggetti con aumentato cortisolo presentavano ridotte concentrazioni di BDNF.

Il rapporto cortisolo/BDNF è stato 22.7+17.7. Il rapporto cortisolo/BDNF è risultato inversamente correlato al MMSE (r = -0.832, p < 0.001) e alla GDS (r = -0.325, non significativo).

I risultati di questo studio suggeriscono che il cortisolo e il BDNF sono promettenti candidati come marcatori biologici per la valutazione dei disturbi neuropsichiatrici e del declino cognitivo nei soggetti anziani.

50

Qualità della vita nel paziente demente a domicilio: i determinanti

S. Mondino¹, G. Isaia¹, V. Maschio¹, C. Crescenti¹, E. Menditto¹, G. Fornelli¹, A. Mastrapasqua¹, G. Isaia¹, M. Massaia¹

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino - SC Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso, Unità Valutativa Alzheimer, Torino

L'evidente prolungamento della durata media della vita, avvenuto a partire dal XX secolo, continua tuttora ad evolversi. Tenendo conto che l'in-

cidenza della demenza aumenta con l'età, la rapida crescita dei segmenti più anziani della popolazione comporterà inevitabilmente anche un aumento della patologia. Le conseguenze di questa malattia degenerativa e invalidante sono devastanti sia per il paziente che per i suoi familiari. Per questo motivo il miglioramento della qualità di vita (QdV) delle persone che ne sono affette diventa uno degli out come principali del trattamento della demenza.

Obiettivo di questo studio è valutare la QdV delle persone affette da demenza residenti al proprio domicilio, individuare quali variabili cliniche e/o socio-demografiche risultano influenzarla e comprendere se il progredire della malattia conduce ad un'inevitabile riduzione della percezione di benessere del paziente, con lo scopo di identificare quali possono essere gli interventi che l'infermiere può attuare al fine di mantenere e/o migliorare la QdV del malato.

È stato realizzato un apposito questionario, somministrato ad un campione di convenienza composto da 111 pazienti, attraverso il quale sono state raccolte le variabili socio-demografiche e cliniche. Ogni soggetto è stato valutato con il Mini Mental State Examination (MMSE), Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Comorbidity Charlson Index (ICC), Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA - SF); Neuropsychiatric Inventory (NPI). La Qualità di Vita dei pazienti in studio è stata valutata attraverso la Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS).

Dall'indagine svolta è emerso che la QdV dei pazienti dementi residenti a domicilio è scarsa. Le aree più deficitarie risultano essere quelle relative alle alterazioni del tono dell'umore, ai disturbi ideativi e ai disturbi comportamentali. La compromissione funzionale e lo stato nutrizionale risultano essere correlati alla QdV percepita. Inoltre il progredire della patologia non sembra essere necessariamente associato ad una riduzione della percezione di benessere.

La molteplicità dei disturbi e delle problematiche che interessano la persona affetta da demenza e il modo in cui questi appaiono essere correlati fra loro, conferma che l'approccio multidisciplinare e personalizzato, che coinvolge attivamente sia il paziente che la sua famiglia, risulta essere fondamentale al fine di educare il caregiver, soddisfare i reali bisogni del paziente e migliorarne la QdV.

51

Il Clock Drawing Test come predittore di mortalità in una popolazione anziana

M.V. Lega, E. Fabbri, L. Montanari, F. Coraini, G. Pirazzoli, B. Maltoni, P. Forti, M. Zoli

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, Bologna

La misurazione dello stato cognitivo mediante un test di screening quale il Mini Mental State Examination (MMSE) migliora la capacità predittiva del fenotipo fisico di fragilità rispetto ad eventi avversi (morte, disabilità). Il Clock Drawing Test (CDT) è un test di screening cognitivo considerato complementare al MMSE, con maggiore capacità diagnostica per le funzioni visuo-spaziali ed esecutive. In anziani non affetti da demenza, il punteggio al CDT sembra associato al rischio di futuri eventi avversi collegati alla fragilità. Non è noto se l'informazione prognostica fornita dal CDT è indipendente dal tipo di sistema di punteggio utilizzato, dal punteggio al MMSE e dalla presenza di fragilità.

Obiettivo dello studio è stato verificare, in una popolazione di anziani residenti a domicilio e non affetti da demenza, l'esistenza di associazioni tra CDT e rischio di morte a 7 anni e se tale associazione erano indipendenti dal MMSE e dalla condizione di fragilità.

I dati provengono da uno studio di popolazione prospettico italiano, il Conselice Study of Brain Ageing, che, nel 1999/2000, ha arruolato 1016 partecipanti di età = 65 anni residenti nel comune di Conselice (Ra). I partecipanti sono stati sottoposti a prelievo ematico e valutazione multidimensionale standardizzata, che includeva la somministrazione di MMSE e CDT valutato secondo tre sistemi di punteggio (CDIS, Sunderland,

Shulman). La fragilità è stata misurata con un adattamento della versione a 3 item del fenotipo fisico elaborata nello Study of Osteoporotic Fractures (SOF Index). Nel 2008, tramite l'ufficio anagrafico comunale, è stato verificato lo stato vitale della coorte. Per gli scopi del presente studio, sono stati esclusi i soggetti istituzionalizzati (n = 33), con demenza (n = 34) o stato cognitivo non classificabile (n = 19), e con dati mancanti per CDT (n = 153) e SOF Index (n = 11). I fattori confondenti includevano: età, sesso, fumo, alcol, attività fisica, patologie croniche rilevanti, body mass index, proteina C-reattiva, disabilità alle ADL, e sintomi depressivi misurati con la Geriatric Depression Scale.

Lo studio ha incluso 766 soggetti di età media 73.6 ± 5.9 anni, 53.4% donne; il 6.1% è risultato fragile e 35.0% prefragile al SOF-Index. Solo 6.1% aveva MMSE < 24 mentre i punteggi patologici al CDT oscillavano fra il 20.1% (Sunderland) e il 34.2% (Shulman). Nell'arco di 7.3 ± 1.9 anni si sono verificati 187 decessi. Ad analisi logistiche multivariate, il rischio di morte era associato indipendentemente sia con MMSE < 24 (OR = 2.96, LC95% 1.42-6.15) che fragilità al SOF-Index (OR = 3.49, LC95% 1.73-7.01) mentre, dei tre sistemi di punteggio per il CDT, solo il Sunderland aveva una debole associazione con la mortalità (OR = 3.49, LC95% 1.06-2.61). L'aggiunta del MMSE migliora la capacità predittiva del SOF Index per la mortalità nell'anziano. Più limitato, e dipendente dal sistema di punteggio, l'apporto prognostico del CDT.

52

Marcatori sierici di stress ossidativo in pazienti anziani affetti da MCI o malattia d'Alzheimer a esordio tardivo

S. Magon¹, E. Cremonini², C. Bosi¹, A. Zurlo³, C. Bergamini², F. Bonetti¹, C. Cervellati², G. Zuliani¹

¹ *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Nutrizione Clinica, Ferrara;* ² *Dipartimento di Biochimica e Biologia Molecolare, Ferrara;* ³ *Divisione di Geriatria, Arcispedale Sant'Anna, Cona, Ferrara*

La malattia d'Alzheimer a esordio tardivo (Late Onset Alzheimer's Disease, LOAD) è la forma più frequente di demenza nella popolazione anziana. Il deterioramento cognitivo lieve (MCI) può rappresentare una fase precedente lo sviluppo di LOAD. Numerose evidenze suggeriscono che, a livello del sistema nervoso centrale, lo stress ossidativo (OS) ha un ruolo importante nella LOAD ma anche nell'MCI, quale condizione precoce nella patogenesi del LOAD. Tuttavia, i dati di letteratura circa i livelli sistemici di OS in LOAD e MCI sono piuttosto discordanti.

Scopo dello studio è quello di verificare una eventuale associazione tra stress ossidativo sistemico e presenza di LOAD o MCI. Il campione era costituito da 334 pazienti anziani afferiti al Day Hospital per i disturbi cognitivi dal 2005 al 2011. Di questi 101 erano affetti da LOAD (età media di 77.2 anni ± 7.6 DS, 74% donne), 134 da MCI (età media di 75.3 anni ± 6.7 DS, 59.8% donne), mentre 99 avevano funzioni cognitive integre (controlli; età media di 65.7 anni ± 5.1 DS, 83.5% donne). Sono stati valutati i livelli sierici dei prodotti della perossidazione lipidica (HY); le idroperossidasi, mediante saggio colorimetrico sulla base della reazione tra i sottoprodotti della perossidazione lipidica e dimetilfenilendiamina; i prodotti di ossidazione avanzata delle proteine (AOPP) con rilevazione spettrofotometrica; il potere antiossidante totale (TAP) tramite metodo FRAP (Ferric Reduction Antioxidant Power); il potere antiossidante residuo (RAP); i tioli mediante saggio colorimetrico basato sul DTNB (acido ditiobisnitrobenzoico) e l'acido urico con metodo enzimatico diretto. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a batteria standardizzata di test neuropsicologici, esami ematochimici di routine e TC encefalo.

All'analisi univariata, gli HY sono risultati più elevati, mentre il RAP era più basso in MCI e LOAD rispetto ai controlli. Mediante regressione logistica multivariata abbiamo riscontrato che livelli elevati (oltre il valore mediano) di HY erano indipendentemente associati ad un aumento della probabilità di avere diagnosi di MCI (Odds Ratio: 2.59, IC95%: 1.08-6.21) o LOAD (OR:

4,09, IC95%: 1.36-11.81), indipendentemente dall'effetto di età, sesso, malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e fumo. Inoltre, bassi livelli di RAP (al di sotto del valore mediano) erano indipendentemente associati ad un aumentato rischio di avere MCI (OR: 3.97, IC95%: 1.62-9.72), ma non LOAD (OR: 2.31, IC95%: 0.83-6.63).

I risultati del nostro studio suggeriscono che, in confronto a soggetti normali, pazienti affetti da LOAD o MCI presentano elevati livelli di OS a livello sistemico (aumento dei livelli sierici di HY e riduzione di RAP). In particolare, MCI sembra principalmente associato ad alterazioni del RAP, mentre LOAD sembra correlata ad aumento dei HY. Se confermati, questi dati potrebbero supportare in modo indiretto il trattamento con antiossidanti in pazienti con MCI e LOAD.

53

Fluttuazioni crono-biologiche di cortisolo e Sundowning syndrome

B. Barchetti¹, M. Venturelli², E. Muti¹, R. Scarsini¹, R. Bottura¹, G.L. Salvagno³, F. Schena³

¹ Fondazione Mons Arrigo Mazzali, Mantova; ² University of Utah, Salt Lake City; ³ Università di Verona, Verona

La Sundowning syndrome (SDW) è un fenomeno clinico che si manifesta con l'incremento di sintomi neuropsichiatrici nel tardo pomeriggio e al tramonto, particolarmente evidenti nei pazienti anziani che presentano decadimento cognitivo, e spesso concausa d'istituzionalizzazione. L'eziologia della SDW è però attualmente sconosciuta, la letteratura riporta potenziali cause di tipo fisiologico, psicologico, ed ambientale. L'alterazione dei ritmi circadiani e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con conseguente modificato livello di cortisolo sono ulteriori fattori, ma esiste scarsa letteratura inerente le correlazioni tra cortisolo, metabolismo, ed ora del giorno in pazienti con deterioramento cognitivo.

L'obiettivo di questo studio è stato perciò, verificare se le fluttuazioni crono-biologiche di cortisolo siano associate al fenomeno della SDW ed al metabolismo di pazienti con severo deterioramento cognitivo.

Metodo. In 20 pazienti con severo deterioramento cognitivo (AD, MMSE = 5), e 16 anziani che non presentavano segni di demenza (CONTROL, MMSE = 28), sono stati misurati per 7 giorni consecutivi accelerometria e frequenza cardiaca integrata con Actiheart. Campioni di saliva sono stati prelevati 6 volte al giorno ad orari predeterminati (ore 7, 11, 15, 20, e 24) un ulteriore prelievo è stato effettuato al tramonto. Dai valori di accelerometria e frequenza cardiaca è stato calcolato il metabolismo in MET, dai campioni di saliva sono state misurate le concentrazioni di cortisolo.

Risultati. Valori medi e deviazioni standard sono riportati in tabella, correlazioni in figura.

I dati preliminari di questo studio indicano che le concentrazioni di cortisolo salivare sono costantemente più alte nei pazienti AD rispetto ai controlli, ma il pattern crono-biologico non è alterato. Inaspettatamente le concentrazioni più basse di cortisolo si sono riscontrate durante la SDW nel gruppo AD, che allo stesso tempo dimostrava un incrementato metabolismo. Contrariamente alla naturale correlazione lineare tra cortisolo e metabolismo esibito dai controlli, il gruppo AD dimostrava una correlazione logaritmica inversa tra questi due fattori. È possibile perciò che uno dei fattori, scatenanti la SDW sia la drastica riduzione di cortisolo normalmente ridotto durante le ore del tardo pomeriggio. La cronica elevata concentrazione di cortisolo esibita dagli AD è compensata da meccanismi naturali di autoprotezione dal cortisolo, quando questo viene di colpo ridotto si crea un deficit cortisolico nelle cellule cerebrali, con un conseguente incremento di sintomi neuropsichiatrici, che di conseguenza aumentano ansia, wandering e metabolismo nei pazienti AD.

54

I polifenoli del cacao modulano l'attivazione del sistema BDNF/TrkB/ERK5 in un modello sperimentale di malattia di Alzheimer

R. Gentile, A.M. Cimini, B. D'Angelo, E. Benedetti, L. Cristiano, A. Giordano¹, D. Grassi, C. Ferri, G. Desideri

Università dell'Aquila, L'Aquila

Un numero crescente di evidenze scientifiche suggerisce un ruolo centrale delle specie reattive dell'ossigeno nella genesi del danno neuronale da beta amiloide. Nel corso degli ultimi anni numerosi studi hanno suggerito la possibilità che i polifenoli della dieta possano esercitare effetti neuroprotettivi sia direttamente, attraverso una riduzione dello stress ossidativo, sia indirettamente attraverso un miglioramento dello stato di salute dell'apparato cardiovascolare e, conseguentemente, della perfusione cerebrale.

Abbiamo studiato gli effetti dei polifenoli del cacao sul sistema del Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in un modello in vitro di malattia di Alzheimer umana. Il BDNF è una neurotropina implicata nella differenziazione e nella sopravvivenza neuronale durante lo sviluppo del sistema nervoso, di cui è stato ipotizzato il coinvolgimento fisiopatologico nello sviluppo della malattia di Alzheimer. L'attività di questa neurotropina è mediata dall'interazione ad alta affinità con il recettore TrkB e a bassa affinità con il recettore p75NTR.

Sono state utilizzate cellule SH-SY5Y con fenotipo neuronale derivate da una linea cellulare di neuroblastoma. La neurotossicità della beta amiloide è stata significativamente attenuata dalla preincubazione con estratti di polvere di cacao (12-30 µg/ml di epicatechine; 4-10 µg/ml catechine e 70-170 µg/ml di polifenoli totali). La preincubazione con estratti del cacao ha anche attenuato la riduzione del numero e della lunghezza dei neuriti delle cellule in coltura indotta da beta amiloide e la disorganizzazione del citoscheletro, evidenziata attraverso lo studio di Neurofilament 200, marker di maturazione neuronale, e di Growth Associated Protein-43. Da ultimo, a seguito dell'incubazione delle cellule con beta amiloide è osservato un significativo aumento dei livelli citoplasmatici di pro-BDNF, precursore immaturo di BDNF in grado di promuovere l'apoptosi neuronale attraverso il legame con il recettore p75NTR la cui espressione è risultata anch'essa up-regolata dalla beta amiloide. L'incubazione con beta amiloide ha anche determinate l'upregolazione della forma attiva di ERK 1,2 (p-ERK 1,2), molecola capace di indurre apoptosi, mentre l'espressione del recettore TrkB, coinvolto nell'interazione con la forma matura di BDNF è risultata ridotta. La preincubazione delle cellule con estratti di cacao ha ridotto significativamente la produzione di pro-BDNF e l'espressione di ERK 1,2 mentre ha determinato un significativo aumento dell'espressione di TrkB e p-ERK5, molecole coinvolte nella sopravvivenza neuronale.

I risultati di questo studio dimostrano come i polifenoli del cacao agiscano a livello neuronale come modulatori dei meccanismi cellulari coinvolti nella sopravvivenza e nella differenziazione cellulare.

55

Valutazione e cura del delirium in un gruppo di persone anziane ricoverate in Unità di Cure Sub Acute

A. Cassinadri¹, S. Boffelli¹, S. Tironi¹, F. Mercurio¹, R. Rozzini¹, M. Trabucchi²

¹ Fondazione Poliambulanza, Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia; ² Gruppo Ricerca Geriatrica, Università di Roma Tor Vergata, Brescia, Roma

Lo stato confusionale acuto rappresenta una frequente complicanza nella persona anziana che viene ricoverata in ospedale e si associa ad outcome negativi quali il prolungamento della degenza, l'istituzionalizzazione e l'aumento della mortalità a medio-lungo termine. Scopo dello studio è di valutare la percentuale di persone che presentano delirium all'ingresso, o che sviluppano stato confusionale durante la degenza, tra i pazienti ricoverati presso un'Unità di Cure Sub Acute (UCSA) e valutare l'evoluzione cognitiva e funzionale alla dimissione.

Sono stati considerati 75 pazienti consecutivamente ricoverati nei primi sei mesi di attività della UCSA della Fondazione Poliambulanza di Brescia (novembre 2011-aprile 2012). La UCSA si pone come obiettivo la stabilizzazione clinica ed il ritorno allo stato premorboso, dopo un ricovero ospedaliero in area medica o chirurgica. I pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale, che include stato cognitivo (MMSE), funzionale (IADL, Barthel, Tinetti), comorbilità (CIRS) ed indici nutrizionali (albumina, colesterolo), necessità assistenziali domiciliari (Baylock scale). Sono stati inoltre rilevate le procedure attuate, gli eventi intercorrenti e gli outcome alla dimissione.

Su 75 pazienti consecutivamente ricoverati, 20 (27%) presentavano delirium all'ingresso, mentre 15 (20%) lo hanno sviluppato durante la degenza. Le persone con delirium sono caratterizzate da deficit cognitivo lieve-moderato (MMSE ingresso 21.9+7.7), decadimento funzionale che da lieve (premorbo) diventa moderato (Barthel Index premorbo 74.7+24.8; Barthel Index ingresso 41.9+25.1); elevata comorbilità, denutrizione e dipendenza dalle procedure infermieristico-assistenziali (CIRS comorbilità 3.1+1.6; albuminemia 2.8+0.4 g/dl; catetere vescicale: 28%, lesioni da decubito: 12%). Alla dimissione si verifica la risoluzione dello stato confusionale acuto nella quasi totalità dei pazienti, parimenti al miglioramento globale (MMSE dimissione 23.5+6.5; Barthel Index dimissione 52.5+27.9; catetere vescicale alla dimissione: 21%; lesioni da decubito alla dimissione: 9%). I risultati raggiunti permettono il ritorno al domicilio per il 52% delle persone ricoverate oppure la prosecuzione delle cure in un reparto riabilitativo (7%). Il 33% delle persone viene riospedalizzato, per eseguire procedure di secondo livello già programmate.

I pazienti che presentano delirium sono caratterizzati da decadimento cognitivo e funzionale, severa comorbilità. Il trattamento multidisciplinare e multidimensionale effettuato nella UCSA permette di migliorare le condizioni cliniche e funzionali, determinando le premesse per una risoluzione del delirium ed il ritorno della persona anziana al proprio domicilio.

56

Rivalutazione critica del ricorso alla nutrizione artificiale nel paziente con demenza avanzata

A. Casè, L. Pelucchi, I. Engaddi, F. Scapellato, C. Negri Chinaglia

III U.O.C. Riabilitazione Alzheimer Nucleo Alzheimer IDR San Carlo e Centro U.V.A. ASP IMMES e Pio Albergo Trivulzio, Milano

Intraprendere nell'anziano con grave patologia dementigena, l'alimentazione artificiale tramite Sondino Naso Gastrico (SNG) o Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) rimane una decisione complessa non solo per la mancanza di linee guida specifiche. La migliore e globale qualità delle cure erogate fin dalle prime fasi di malattia comporta una maggiore sopravvivenza soprattutto nelle fasi di demenza avanzata (CDR 4 e 5) e quindi la necessità di rivedere criticamente il concetto stesso di "terminalità". La condivisione nel processo decisionale del caregiver familiare e dell'equipe di cura è una tappa fondamentale accanto alle implicazioni di carattere etico. Abbiamo proseguito l'analisi critica retrospettiva mirata ai pazienti con demenza ricoverati presso il Nucleo Alzheimer (NA) San Carlo del PAT al fine di individuare indicatori utili per migliorare il processo decisionale di ricorso all'uso del SNG o del posizionamento PEG in caso di disfagia, iporessia, grave malnutrizione anche insorte in corso di acuzie.

Sono stati valutati complessivamente 73 dei 1695 pazienti ricoverati nel periodo gennaio 2004 - dicembre 2011 dei quali abbiamo esaminato le caratteristiche di tipo, gravità della demenza, comorbilità, motivazione del ricorso all'alimentazione artificiale, esito alla dimissione e sopravvivenza.

Età media: 83.10 ± 6.89 anni; F:50 (68.49%); M 23 (31.51%); degenza media: 60.33 ± 21.33 gg; Demenza AD 33 (45.20%), VaD 23 (31.50%), Altre 17 (23.28%); CDR medio: 3.52 ± 1.05; CIRS medio: 4.54 ± 1.32; provenienza: 28 (38.35%) domicilio e 45 (61.64%) ospedale; destinazione: domicilio: 22 (30.13%); exitus: 36 (49.33%); RSA: 11 (15.06%) Ospedale 3 (4.11%) Riabilitazione Mantenimento: 1 (1.37%).

I 73 pz sono stati suddivisi in 3 gruppi: Gruppo (1) già portatori di PEG all'ingresso; Gruppo (2) pz portatori di SNG posizionato temporaneamente (anche in altro contesto di ricovero) per malnutrizione/patologie acute insorte durante la degenza; Gruppo (3) pz ai quali è stata posizionata la PEG dopo rimozione SNG.

Gruppo 1: 12 pz, età media: 81.70 ± 6.91; CDR medio 3.90 ± 1.09; CIRS medio

4.04 ± 0.89; tutti provenienti dal domicilio portatori di PEG posizionata altrove; durata media della degenza: 43.61 ± 15.15 gg; destinazione alla dimissione: domicilio: 6 pz (50%); exitus: 3 (25%); RSA: 1 (8.33%); ospedale 2 (16.66%); durata media PEG: 13.7 ± 6.91 mesi; motivazione al posizionamento: disfagia: 83%; malnutrizione: 17%; sopravvivenza media: 19.95 mesi ± 4.56. Gruppo 2: 49 pz, età media 84.62 ± 6.26 anni; CDR medio 3.37 ± 1.04; CIRS medio 4.66 ± 1.11; degenza media 66.56 ± 13.39 gg; provenienza: ospedale: 34 (69.39%); domicilio: 15 (30.61%); destinazione: exitus: 30 (61.22%), RSA 12 (24.49%); domicilio 4 (8.16%) ospedale 2 (4.08%), 2 (6%); durata media SNG: 23.53 ± 6.89 giorni; motivazione: malnutrizione 24 (48.98%); disfagia 18 (36.73%); iporessia 4 (8.16%); coma 3 (6.12%); sopravvivenza media: 35.59 gg ± 11.66.

Gruppo 3: 12 pz cui si è proceduto al posizionamento PEG: età media: 86.26 ± 3.49 anni; CDR medio 3.75 ± 1.11; CIRS medio 4.33 ± 1.32; tutti di provenienza ospedaliera, 5 pz portatori di SNG all'ingresso; durata media degenza: 85.85 ± 11.09 giorni; destinazione: exitus: 8 pz (66.66%); domicilio 1 (8.33%); RSA 2 pz (16.66%); motivazione: malnutrizione: 3 (25%); disfagia: 9 (75%); sopravvivenza media: 2.91 ± 2.17 mesi.

Conclusioni. Nella nostra casistica la mortalità più bassa (25%) si è riscontrata nei pz del gruppo 1 che presentavano per altro la demenza più grave (CDR medio 3.90 ± 1.09), minore comorbilità (CIRS medio 4.04) e mortalità più bassa (25%) rispetto ai pz degli altri 2 gruppi. L'elevato tasso di mortalità riscontrato nei pazienti del Gruppo 2 e 3 (61.22% e 66.66%) conferma la necessità di identificare indicatori clinici e prognostici in grado di supportare il percorso decisionale.

57

Relazione tra funzioni esecutive e funzione endoteliale in soggetti anziani dello Studio Pivus

F. Lauretani¹, C. Cattabiani², G. Ceresini², S. Morganti², A. Artoni², G. Lippi³, T. Cederholm⁴, G. Ceda², M. Maggio²

¹ UO Geriatria, Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ² Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Parma; ³ Diagnostica Ematochimica, Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ⁴ Department of Public Health and Caring Sciences, Section of Clinical Nutrition and Metabolism, Uppsala University, Uppsala, Sweden, Uppsala

L'alterazione delle funzioni esecutive è un precoce predittore di deterioramento cognitivo nell'anziano. Recenti evidenze dimostrano che una riduzione delle funzioni esecutive si associano anche ad una ridotta sopravvivenza nella popolazione anziana ed allo sviluppo di disabilità motoria. Il Trail Making Test A (TMT-A) e B (TMT-B), rappresenta un rapido strumento neuropsicologico per la valutazione delle funzioni esecutive. Le modificazioni della funzione endoteliale potrebbero contribuire a spiegare l'alterazione delle funzioni esecutive che si verificano con l'invecchiamento, in aggiunta ai fattori di rischio cardiovascolari tradizionali.

A fronte di una copiosa letteratura esistente sulla relazione tra fattori di rischio cardiovascolari e demenza, la relazione tra funzione endoteliale e funzioni esecutive valutate mediante TMT non è mai stata indagata ed è stata lo oggetto del nostro studio.

A questo scopo sono stati studiati 670 soggetti (328 uomini e 332 donne) di 70 anni arruolati nello studio svedese Prospective Study of the Vasculature in Uppsala Seniors Study (PIVUS) con dati completi sulla funzione endoteliale e sulle funzioni esecutive valutate mediante il TMT-A e TMT-B. La vasodila-

tazione endotelio-dipendente (EDV) è stata effettuata attraverso una tecnica invasiva dell'avambraccio con acetilcolina.

Il valore medio ottenuto al TMT-A nella popolazione studiata è stato di 57.6 ± 21.2 secondi, mentre il valore medio ottenuto al TMT-B è stato di 168.1 ± 116.6 secondi. L'analisi di regressione multivariata aggiustata per molteplici fattori di confondimento (Sesso, BMI, WHR, MMSE, SHBG, Testosterone, Estradiolo, Insulina, Colesterolo HDL, fumo di sigaretta, ipertensione, diabete e qualsiasi assunzione farmacologica) è stata utilizzata per testare la relazione tra TMT-A e TMT-B e funzione endoteliale. È stata riscontrata una relazione negativa tra TMT-A ed EDV ($\beta \pm SE = -0.005 \pm 0.003$, $p = 0.07$) che ha sfiorato la significatività statistica, anche dopo aggiustamento per tutti i fattori di confondimento, incluso il MMSE. Il punteggio ottenuto al TMT-B è risultato negativamente e significativamente associato all'EDV ($\beta \pm SE = -0.03 \pm 0.001$, $p = 0.02$) dopo aggiustamento per tutti i fattori di confondimento incluso il MMSE.

In soggetti anziani, la funzione endoteliale è risultata associata alle performance delle funzioni esecutive valutate attraverso il TMT. La disfunzione endoteliale potrebbe rappresentare un marker precoce di sviluppo di deterioramento cognitivo dell'anziano. Studi longitudinali sono necessari per meglio delineare il rapporto di causalità di questa associazione.

58

Trattamento antidepressivo e mortalità in pazienti anziani residenti al domicilio

L. Piovani¹, L. Falanga¹, S. Tironi¹, S. Manfredini¹, E. Spazzini¹, V. Burni¹, R. Rozzini¹, M. Trabucchi²

¹ Ospedale Poliambulanza e GRG, Brescia; ² Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

In ragione dell'elevata prevalenza della sintomatologia depressiva associata a comorbilità e disabilità l'impiego e l'efficacia del trattamento antidepressivo è argomento non definitivamente concluso e di persistente interesse. Non è ancora chiaro in particolare se il trattamento antidepressivo (farmacologico o psicoterapeutico) possa modificare la sopravvivenza.

La finalità dello studio è stata quella di valutarne l'associazione in una popolazione di pazienti anziani residenti al domicilio. I dati sono stati raccolti al domicilio; 549 i questionari compilati. Oltre alle caratteristiche demografiche è stato valutato il tono dell'umore mediante la GDS a 15 item. Le performance cognitive sono state indagate attraverso il MMSE. I soggetti con MMSE = 14 sono stati esclusi (reclutati in totale 524 anziani). È stata valutata la comorbilità e la disabilità. La popolazione è stata divisa in non depressi (GDS 0-3) e moderatamente/severamente depressi (GDS >3). I soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi in base alla presenza/assenza di depressione e in base al trattamento in atto: 293 soggetti (55.9%) non erano depressi, 67 (12.7%) erano depressi e trattati e 164 (31.3%) erano depressi e non trattati.

L'età media dei 524 soggetti (351 femmine) era di 76.6 ± 5.1 anni con in media 4.6 ± 1.9 anni di scolarità; erano affetti da 3.5 ± 2.2 patologie croniche e assumevano 3.8 ± 2.0 farmaci al giorno; 134 (24.4%) vivevano soli e 147 (28.1%) avevano un PPT score < 15. I punteggi medi di MMSE e GDS erano rispettivamente 25.8 ± 3.6 e 3.7 ± 3.0 . Il follow-up è stato effettuato a distanza di 60 mesi dalla raccolta dei dati: 129 persone (24.6%) erano decedute durante il follow-up. La mortalità a 60 mesi è risultata più elevata nei pazienti depressi non trattati (38.4%) rispetto a quelli in trattamento (23.9%) o ai non depressi (17.2%) ($p < 0.001$). Le variabili associate alla mortalità a 60 mesi nell'analisi bivariata sono risultate: il sesso femminile, l'età molto avanzata, la bassa scolarità, il decadimento cognitivo, l'elevata comorbilità e l'assunzione di un alto numero di farmaci. Dopo aggiustamento per queste variabili i pazienti depressi non trattati sono risultati avere un significativo e indipendente maggior rischio di mortalità a 60 mesi rispetto a quelli in trattamento (RR 1.7 95% CI 1.1-2.8).

Lo studio conferma che nella popolazione anziana la depressione è associata ad un aumentato rischio di mortalità e indica che il trattamento antidepressivo può modificarne il l'effetto negativo.

59

Polifarmacoterapia e aspettativa di vita limitata in pazienti residenti in RSA affetti da demenza in fase avanzata; Studio Shelter

S. Settanni, G. Onder, F. Landi, R. Liperoti, M. Antocicco, G. Gambassi, R. Bernabei

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

La demenza in fase avanzata è associata ad un'aspettativa di vita limitata (LLE) e gli effetti benefici dei farmaci possono essere ridotti in questa popolazione. Tuttavia, la polifarmacoterapia è comune tra i pazienti affetti da questa patologia. Lo scopo del presente studio è quello di valutare la prevalenza e l'effetto della politerapia sulla mortalità ad 1 anno in base all'aspettativa di vita dei residenti in RSA affetti da demenza in fase avanzata.

I dati provengono dalla valutazione di 822 pazienti affetti da demenza in fase avanzata arruolati nello studio SHELTER, che ha raccolto dati su pazienti residenti in RSA in Europa. Politerapia è stato definito l'uso di ≥ 10 farmaci. La LLE è stata definita da un punteggio di ADEPT ≥ 13.5 (Mitchell S. JAMA 2010).

L'età media dei partecipanti era di 84.9 anni (DS 8.6) e 104 residenti (12.7%) aveva una LLE (punteggio ADEPT ≥ 13.5). La politerapia è stata osservata in 16/104 (15.4%) dei residenti con LLE e in 98/718 (13.6%) dei residenti senza LLE ($p = 0.64$). Tra i residenti con LLE, 11/16 (68.8%) in politerapia (crude incident rate (CIR) per person-year (p-y) = 1.50) e 37/88 (42.0%) non in politerapia (CIR per p-y = 0.63) sono morti durante il follow up, tra i residenti senza LLE 28/98 (28.6%) in politerapia (CIR per p-y = 0.36) e 136/620 (21.9%) non in politerapia (CIR per p-y = 0.27) sono morti durante il follow up. Dopo l'aggiustamento per i potenziali fattori confondenti, la politerapia è stata associata ad un significativo aumento della mortalità (HR = 2.25, 95% CI 1.09-4.62) nel gruppo con LLE, ma non nel gruppo senza LLE (HR = 1.05, 95% CI 0.69-1.60).

Nei residenti in RSA affetti da demenza in fase avanzata la prevalenza della politerapia non è influenzata da LLE. La politerapia è associata ad un aumento della mortalità nei pazienti residenti con LLE. La stima della aspettativa di vita è necessaria per migliorare la qualità delle prescrizioni nei pazienti affetti da demenza in fase avanzata.

60

Miglioramento delle funzioni cognitive dopo assunzione di flavanoli del cacao in soggetti con Mild Cognitive Impairment: Cocoa, Cognition and Aging (COCOA) Study

D. Mastroiacovo¹, C. Kwik-Urbe⁴, S. Necozione¹, D. Grassi¹, L. Ghiadoni¹, L. Chichiarelli², R. Di Gaetano², A. Raffaele², G. Mauti², R. Bocale³, M.C. Lechiara², C. Marini¹, C. Ferri¹, G. Desideri¹

¹ Università dell'Aquila, L'Aquila; ² UO Geriatria, Ospedale di Avezzano, Avezzano;

³ UCSC - Complesso Integrato Columbus, Roma; ⁴ Mars Inc, Mclean, VA, USA

Alcune recenti evidenze scientifiche hanno suggerito l'esistenza di una relazione positiva tra assunzione di flavanoli con la dieta e funzioni cognitive. Abbiamo valutato la possibilità che i flavanoli del cacao possano migliorare le funzioni cognitive in individui affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI).

Abbiamo studiato 90 individui affetti da MCI assegnati ad assumere un volta al giorno per 8 settimane un preparato contenente flavanoli del cacao a dosaggio elevato (HF: 990 mg flavanoli/die), intermedio (IF: 520 mg flavanoli/die) o basso (LF: 990 45 flavanoli/die), secondo un disegno a bracci paralleli, randomizzato, doppio cieco. Il 73% dei pazienti arruolati erano ipertesi, nel 58% dei casi in trattamento farmacologico con un buon controllo dei valori pressori. Le funzioni cognitive sono state esplorate mediante MMSE, Trail Making Test (TMT) A e B e test di fluenza verbale (VFT). I risultati dei test psicometrici sono stati trasformati logaritmicamente ed utilizzati per il calcolo di uno score cognitivo composito z score. I tre gruppi di pazienti

erano del tutto sovrapponibili per quanto riguarda le caratteristiche generali e il profilo cognitivo di base, ad indicare una procedura di randomizzazione adeguata. Al termine del follow-up i valori del MMSE sono risultati non dissimili nei tre gruppi di trattamento ($p = 0.13$). All'opposto il tempo di esecuzione del TMTA e del TMTB è risultato significativamente ($p < 0.05$) minore negli individui del gruppo HF (38.10 ± 10.94 sec e 104.10 ± 28.73 sec, rispettivamente) e IF (40.20 ± 11.35 sec e 115.97 ± 28.35 sec, rispettivamente) rispetto agli individui del gruppo LF (52.60 ± 17.97 sec e 139.23 ± 43.02 sec, rispettivamente). Analogamente, lo score del VFT è risultato significativamente ($p < 0.05$) migliore nei soggetti del gruppo HF (27.50 ± 6.75 parole/60 sec) rispetto a quelli del gruppo LF (22.30 ± 8.09 parole/60 sec). In linea con questi risultati, lo score cognitivo composito z score al termine del follow-up è risultato significativamente ($p < 0.05$) mi-

gliore nei soggetti del gruppo HF (0.687 ± 0.482) rispetto a quelli del gruppo LF (0.000 ± 0.803). Parallelamente abbiamo osservato una significativa ($p < 0.05$) riduzione della pressione sistolica (PAS) e diastolica (PAD), della glicemia e della resistenza insulinica valutata mediante indice HOMA-IR. Le variazioni dello score cognitivo composito sono risultate inversamente correlate con le variazioni della PAS, della PAD e dell'indice HOMA-IR. L'analisi multivariata ha identificato nelle variazioni dell'HOMA-IR il principale predittore del miglioramento delle funzioni cognitive (delta HOMA-IR/delta z score: $\beta: -0.20596$, $p < 0.0001$, partial $r^2: 0.4013$).

I risultati del nostro studio forniscono l'incoraggiante evidenza che l'assunzione regolare di flavanoli del cacao possa essere efficace nel migliorare le funzioni cognitive in individui con MCI. Questo effetto sembra mediato da un miglioramento della sensibilità insulinica.

POSTER

BIOGERONTOLOGIA E MEDICINA TRASLAZIONALE

61

Utilità di marcatori metabolici nel migliorare l'accuratezza prognostica per mortalità del Multidimensional Prognostic Index (MPI) in pazienti anziani ospedalizzati

G. Paroni¹, F. Addante², M. Copetti³, A. Fontana³, D. Sancarlo², F. Pellegrini³, L. Ferrucci⁴, L. Fontana⁵, A. Pilotto⁶

¹Laboratorio di Gerontologia e Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); ²Unità Operativa di Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); ³Unità di Biostatistica, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); ⁴Clinical Research Branch, National Institute on Aging Clinical Unit, Harbor Hospital, Baltimore; ⁵Division of Geriatrics and Nutritional Sciences, Department of Medicine, Washington University School of Medicine, St. Louis; ⁶Unità Operativa di Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Ospedale S. Antonio, Padova

La definizione prognostica è molto importante per prendere decisioni cliniche, in particolare nell'anziano fragile ad alto rischio. Tra gli strumenti prognostici validati in ambito geriatrico, il Multidimensional Prognostic Index (MPI), basato su informazioni ricavate da una valutazione multidimensionale (VMD) standardizzata, è risultato essere uno tra i più accurati indici prognostici, oltre ad essere stato validato in numerose condizioni cliniche dell'anziano. Non è noto, però, se l'utilizzo di variabili biochimiche, marcatori delle principali vie metaboliche e ormonali (biomarkers), in associazione ai parametri clinici e funzionali, possa migliorare l'accuratezza prognostica di mortalità del MPI nei pazienti anziani ospedalizzati.

Allo scopo di valutare l'utilità prognostica di biomarkers in aggiunta al MPI abbiamo misurato in 594 pazienti (età media 78.71 ± 7.12 , range 65-99 anni), ricoverati presso l'UO Geriatria del nostro Istituto le seguenti 17 variabili biochimiche: IGF-1, insulina, triiodotironina libera (FT3), DHEA-S, testosterone libero (FT), proteina C-reattiva (CRP), tasso di sedimentazione eritrocitaria (ESR), albumina, ferro, emoglobina, glicemia, trigliceridi, colesterolo totale (TC), HDL-colesterolo e LDL-colesterolo, globuli bianchi (WBC) e conta dei linfociti con metodiche standard. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una VMD standardizzata comprendente 8 domini (ADL, IADL, SPMSQ, MNA, scala Exton-Smith, CIRS, numero farmaci e stato coabitativo) da cui è stato calcolato il rischio di mortalità secondo il metodo MPI già descritto e validato.

Durante il follow-up di 2 anni, 156 (26.3%) pazienti sono deceduti. Dei 17 marcatori biologici esaminati, i livelli ematici di IGF-1, FT3, CRP, ESR, WBC, ferro, albumina, glicemia, TC, LDL-C, HDL-C, FT e DHEA-s erano significativamente associati ad un maggior grado di MPI. L'analisi multivariata secondo il modello di Cox aggiustato per età e sesso, ha rivelato che IGF-1 (HR = 0.75, 95%CI = 0.66-0.84), CRP (HR = 1.41, 95%CI = 1.25-1.58), glicemia (HR = 1.20, 95%CI = 1.07-1.34) erano potenti predittori di rischio di mortalità per incrementi di 1 quintile della distribuzione. I soggetti con punteggio "multimarker", calcolato come combinazione lineare pesata dei biomarcatori significativi, di grado medio e alto rischio hanno mostrato una mortalità più elevata [HR = 2.26 e 4.40 ($p < 0.001$), rispettivamente]. Aggiungendo il punteggio multimarker al valore di MPI, migliora significativamente l'accuratezza predittiva di mortalità a 2 anni con aumento del C-Index da 0.697 a 0.723 ($p = 0.013$) e 91/594 (15.3%) soggetti sono stati correttamente riclassificati ($p < 0.001$).

L'uso simultaneo dei biomarcatori è fortemente predittivo del rischio di mortalità e migliora significativamente l'accuratezza dell'MPI in pazienti anziani ospedalizzati.

62

Un particolare fenotipo clinico di demenza ad insorgenza tardiva si associa ad una mutazione nel gene di progranulina

B. Arosio¹, C. Abbate², D. Galimberti³, P.D. Rossi², C. Fenoglio³, E. Ridolfi³, C. Gussago⁴, M. Casati², E. Tedone⁴, E. Ferri⁴, E. Scarpini³, D. Mari¹

¹U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano; ²U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Milano; ³U.O.C. Neurologia, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università di Milano, Milano; ⁴Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano

Mutazioni nel gene che codifica la progranulina (GRN) rappresentano una delle principali cause d'insorgenza di demenza frontotemporale (DFT), demenza più frequente ad esordio presenile (45-65 anni) e caratterizzata da alterazioni neurodegenerative nella corteccia frontale e/o temporale, disturbi comportamentali e declino cognitivo. Il gene di GRN, sul cromosoma 17 (17q21-22), codifica per un fattore di regolazione della crescita coinvolto in meccanismi quali l'infiammazione e la progressione del ciclo cellulare. Sono state caratterizzate circa 70 mutazioni che nella maggior parte dei casi comportano la formazione di un codone prematuro di stop e di un mRNA aberrante che viene degradato causando aploinsufficienza e bassi livelli plasmatici di GRN. In particolare la mutazione Thr272fs, frequente nel nord-ovest dell'Italia, è stata descritta in pazienti con DFT (variante comportamentale) e con afasia primaria progressiva.

L'obiettivo è descrivere un caso di una paziente con un particolare quadro clinico di demenza ad insorgenza tardiva portatrice di Thr272fs.

La paziente di 74 anni con familiarità positiva per demenza ad esordio tardivo (due sorelle con malattia di Alzheimer (MA) dopo i 70 anni) è giunta alla nostra osservazione nel 2011.

Presentava un quadro di disturbi cognitivi, esorditi in modo insidioso circa un anno e mezzo prima e caratterizzati da precoci fluttuazioni della lucidità mentale e della sintomatologia cognitiva.

Il profilo neuropsicologico mostrava spiccati disturbi delle facoltà visuo-spaziali e severa aprassia costruttiva, una complessa sindrome di mis-identificazione anche con sospetti elementi della sindrome di Fregoli, disturbi delle facoltà pre-frontali esecutive, altalenante critica di malattia, sospetta amnesia semantica. Risultavano relativamente conservate la memoria, il linguaggio, la prassia ideomotoria. Non apparivano tratti comportamentali tipici della sindrome frontale dis-inibitoria, compulsiva e adinamica. Completavano il quadro reperti di ipersonnia, allucinazioni visive zoopiche all'addormentamento e rallentamento ideo-motorio.

La RMN evidenziava un quadro atrofico diffuso più evidente nelle regioni frontali e temporali emisferiche a destra. Il quadro PET mostrava una severa riduzione funzionale in sede frontale bilaterale e una ipofissazione bilaterale più spiccata a destra anche a livello parietale, temporale e sul giro del cingolo.

A fronte del fenotipo complesso, abbiamo deciso di procedere alla valutazione dei livelli di amiloide, tau e fosfo-tau nel liquor, risultati poi nella norma, e al dosaggio plasmatico di PGR. Il livello di GRN è risultato pari a 17 ng/ml, ben al di sotto della normalità (>61.55). Il sequenziamento del gene ha evidenziato la presenza della mutazione Thr272fs (g1977_1980delCACT).

I livelli dei marcatori liquorali che escludono la MA e la presenza di una mutazione nel gene di PGR, suggeriscono una diagnosi di DFT nonostante l'ampia e confondente eterogeneità dei sintomi.

63

Frequenza dell'espansione esanucleotidica di C9ORF72 in una popolazione di soggetti anziani cognitivamente integri

C. Gussago¹, B. Arosio², D. Galimberti³, P.D. Rossi⁴, C. Fenoglio⁵, M. Serpente⁵, M. Casati⁴, E. Tedone¹, E. Ferri¹, E. Scarpini³, D. Mari²

¹ Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano; ² U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano; ³ U.O.C. di Neurologia, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università di Milano, Milano; ⁴ U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Milano

Studi recenti hanno identificato un'espansione di una sequenza esanucleotidica sul cromosoma 9 in corrispondenza di p21, in una regione non codificante del gene C9ORF72. Tale gene codifica per una proteina di cui ancora non si conosce la funzione. Questa espansione è costituita da ripetizioni dell'esanucleotide GGGGCC (da 700 a 1600 unità ripetute) e sembrerebbe essere associata alle forme ereditarie di due importanti malattie neurodegenerative presenili. È stata, infatti, riscontrata nell'11.7% dei casi di demenza frontotemporale familiare e nel 23,5% delle forme geneticamente determinate di sclerosi laterale amiotrofica. Conseguenza diretta dell'espansione esanucleotidica è la perdita di uno dei tre trascritti dello splicing alternativo di C9ORF72 e la formazione di foci di RNA nucleare nei neuroni dell'encefalo e del midollo spinale (DeJesus-Hernandez et al. *Neuron* 72, 245-256, 2011).

Con l'intento di aumentare le conoscenze su C9ORF72 siamo andati a valutare la frequenza di questa espansione in una popolazione di soggetti anziani cognitivamente integri (età media 82anni).

Quattro dei 169 soggetti analizzati (2,4%) si sono rivelati essere portatori della mutazione.

Il primo soggetto, donna di 83 anni al momento del prelievo, presenta una storia familiare positiva per demenza (sorella affetta da malattia d'Alzheimer). I parametri clinici e strumentali risultano nella norma. La risonanza magnetica mostra atrofia corticale e alterazioni vascolari. Il MMSE è di 29/30. La paziente è stata rivalutata sei anni dopo per diplopia.

Il secondo soggetto, una donna di 83 anni, rivalutata a seguito di una precedente diagnosi di encefalopatia vascolare, riporta un MMSE di 29/30. La TC mostra ipodensità della materia bianca periventricolare bilaterale frontale di origine vascolare.

Il terzo soggetto, una donna di 76 anni, è affetta da polipatologia (diabete mellito di tipo 2 e cardiopatia ischemica; presenta inoltre un fenomeno di Reynaud in arteriopatia polidistrettuale). Riporta un MMSE di 29/30.

Il quarto soggetto, un uomo di 90 anni, è seguito dalla nostra unità geriatria dal 1994 ed è clinicamente sano.

I nostri dati confermano il fatto che l'espansione esanucleotidica sul cromosoma 9 presenti una penetranza incompleta. Questo sembrerebbe indicare che i meccanismi patogenetici di C9ORF72 sono molto complessi e non seguono le regole classiche dell'eredità mendeliana.

64

Aumento nell'espressione di neuroserpina nei pazienti affetti da idrocefalo normoteso idiopatico

M. Casati¹, B. Arosio², L. Magni², M. Vasso³, C. Gussago⁴, C. Fania⁵, E. Tedone⁴, E. Ferri⁴, C. Nani², M.L. Gattoni², P.D. Rossi¹, D. Spagnoli⁶, C. Gelfi³, D. Mari²

¹ U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Milano; ² U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, e Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano; ³ Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare (IBFM) - CNR, Cefalù-Segrate Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università di Milano, Cefalù, Milano; ⁴ Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano; ⁵ Dipartimento di Scienze Biomediche per

la Salute, Università di Milano, Milano; ⁶ U.O.C. di Neurochirurgia, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Milano

La neuroserpina (NS), enzima appartenente alla famiglia degli inibitori delle serine proteasi, è prevalentemente secreta dai neuroni, ma presente anche a livello periferico.

Ha un ruolo importante nel sistema nervoso sia durante l'embriogenesi, sia nell'individuo adulto, nel mantenimento della plasticità sinaptica. Recentemente è stata attribuita a NS una funzione regolativa della permeabilità tra sistema vascolare e nervoso. Ne è stata dimostrata, inoltre, un'attività neuroprotettiva nello stroke ischemico acuto attraverso l'inibizione dell'attivatore tissutale del plasminogeno.

Il termine idrocefalo normoteso (NPH) indica una condizione clinica caratterizzata da deterioramento cognitivo con rallentamento psicomotorio, disturbi dell'equilibrio e della deambulazione ed incontinenza urinaria. La diagnosi è confermata dal riscontro di un allargamento dei ventricoli cerebrali e da una normale pressione del liquido cefalorachidiano alla puntura lombare.

L'NPH può essere idiopatico (iNPH) o secondario a patologie quali emorragia subaracnoidea, trauma cranico o meningite. L'etiopatogenesi dell'iNPH è poco chiara. Si ritiene che alla base vi possa essere un'alterata compliance vascolare.

Lo scopo di questo lavoro è analizzare l'espressione di NS in cellule mononucleari periferiche del sangue, in soggetti anziani affetti da iNPH sottoposti ad un trattamento mini-invasivo che consiste in ripetute procedure di deliquorazione (TAP Test) a tempi prestabiliti. Questo gruppo è stato paragonato a pazienti affetti da malattia di Alzheimer (AD) e a soggetti controllo (CT). L'ipotesi è quella di paragonare pazienti con una malattia la cui patogenesi è verosimilmente vascolare (iNPH) a soggetti con una patologia neurodegenerativa (AD).

Ad oggi abbiamo analizzato 40 CT, 40 AD e 6 iNPH di cui di seguito riportiamo il dato prima della deliquorazione.

È stato dimostrato un incremento lineare statisticamente significativo (ANOVA $p = 0.009$) nei tre gruppi (media \pm ES: 0.92 ± 0.14 ; 1.57 ± 0.26 ; 2.35 ± 1.12 rispettivamente AD, CT e iNPH).

Inoltre, è interessante notare come nei pazienti iNPH l'espressione genica di NS correli positivamente con il danno vascolare, valutato tramite la scala Fazekas in seguito a RMN ($R^2 = 0.772$ e $p = 0.021$).

Parallelamente si sta procedendo allo sviluppo di una nuova metodica per l'identificazione e il dosaggio, a livello sierico e liquorale, di NS, utilizzando un anticorpo immobilizzato su un chip dedicato e MALDI MS.

I dati hanno dimostrato un aumento dell'espressione genica di NS nei pazienti affetti da iNPH e una riduzione nei pazienti AD rispetto ai CT, suggerendo un diverso ruolo di NS nelle patologie ad etiopatogenesi vascolare rispetto a quelle degenerative.

Questo sembrerebbe essere confermato dalla correlazione positiva tra i valori di NS e la gravità del danno vascolare nei soggetti iNPH.

65

G protein-coupled receptor kinase-2 regola a funzione dei recettori alfa2-adrenergici ed il rilascio di catecolamine nelle cellule cromaffini umane della midollare del surrene

D. Liccardo¹, A. Cannavo¹, G.D. Femminella¹, C. De Lucia¹, G. Pagano¹, K. Komici¹, R. Formisano¹, M. Santangelo², N. Ferrara³, D. Leosco¹, G. Rengo³

¹ Dpt di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Università Federico II, Napoli; ² Dpt di Scienze Chirurgiche, Anest.-Rianimatorie e dell'Emergenza, Università Federico II, Napoli; ³ Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Telese Terme (BN)

È stato recentemente dimostrato dal nostro gruppo di ricerca che l'aumento dell'espressione della G protein-coupled receptor kinase-2 (GRK2) nella midollare del surrene è responsabile della desensibilizzazione del recettore simpato-inibitorio alfa2-adrenergico ($\alpha 2AR$) e del conseguente aumento della secrezione di catecolamine (CA) osservati nello scompenso cardiaco.

Lo scopo del presente studio è la valutazione degli effetti indotti dalla variazione dei livelli di espressione e dell'attività di GRK2 sulla fisiologica secrezione di CA in cellule cromaffini isolate da ghiandole surrenali umane. **Metodi.** Le cellule cromaffini sono state estratte da ghiandole surrenali umane e poste in coltura. Successivamente, sono state infettate in vitro con un vettore adenovirale codificante per GRK2 (AdGRK2), in modo da indurre l'overespressione, o con un Ad di controllo codificante per la Green Fluorescent Protein (AdGFP). Dopo 24 ore, è stato effettuato un saggio di secrezione di CA in vitro utilizzando la nicotina per indurre l'attivazione dei recettori colinergici nicotinici (lo stimolo fisiologico alla secrezione di CA dalle cellule cromaffini) e l'agonista $\alpha 2$ AR UK14304 per indurre l'attivazione di tali recettori, che agiscono con meccanismo di feedback negativo sulla secrezione di CA.

La stimolazione con nicotina induceva una simile secrezione di adrenalina e noradrenalina dalle cellule cromaffini dei due gruppi. Inoltre, nelle cellule infettate con il virus di controllo AdGFP, UK14304 era in grado di abolire la secrezione di CA in risposta alla nicotina, mentre non si osservava tale effetto nelle cellule cromaffini infettate con AdGRK2, a dimostrazione di una disfunzione del recettore simpato-inibitore $\alpha 2$ AR. Inoltre, per simulare una condizione di ipertono adrenergico, le cellule cromaffini umane erano stimolate in vitro con isoproterenolo. Tale stimolazione induceva un aumento di 2.5 volte dell'espressione proteica di GRK2 nelle cellule cromaffini trattate con isoproterenolo rispetto a quelle non stimolate e, nelle cellule stimolate, il trattamento con UK14304 non era in grado di inibire il rilascio di CA, indicando una disfunzione dei $\alpha 2$ AR GRK2-dipendente (desensibilizzazione). Infine, nelle cellule stimolate con isoproterenolo e pre-infettate con β ARKct (un potente inibitore di GRK2), non si osservava la disfunzione dei $\alpha 2$ AR GRK2-dipendente; infatti, la stimolazione con UK14304 era in grado di inibire il rilascio di CA da tali cellule.

Tali dati dimostrano chiaramente che l'attività surrenalica di GRK2 svolge un ruolo fondamentale nella fisiologica regolazione della secrezione di CA nell'uomo, suggerendo che la sua inibizione potrebbe costituire un valido strumento terapeutico in quelle patologie che sono caratterizzate da iperattività simpatica, come ad esempio lo scompenso cardiaco, l'ipertiroidismo, il feocromocitoma e l'ipertensione, nonché nella modulazione dell'ipertono simpatico età-correlato.

66

Disfunzione del recettore alfa2 adrenergico surrenalico ed ipertono simpatico correlati all'invecchiamento

G.D. Femminella¹, D. Liccardo¹, A. Cannavo¹, C. De Lucia¹, G. Pagano¹, C. Zincarelli², K. Komici¹, R. Formisano¹, A. Lympopoulos³, N. Ferrara², D. Leosco¹, G. Rengo²

¹ Dpt di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Università Federico II, Napoli.; ² Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Telese Terme (BN); ³ Department of Pharmaceutical Sciences, Nova Southeastern University College of Pharmacy, Fort Lauderdale, USA

Il signaling dei recettori β -adrenergici cardiaci (β -AR) e la riserva inotropica del ventricolo sinistro alla stimolazione β -adrenergica si alterano con l'invecchiamento. L'iperstimolazione cardiaca da parte del sistema nervoso simpatico, rappresentata dagli elevati livelli di catecolamine (CA) circolanti che si osservano nell'invecchiamento fisiologico, sembra giocare un ruolo centrale nella patogenesi di tali alterazioni.

Recentemente, il nostro gruppo ha dimostrato che l'attività e l'espressione della G-protein coupled receptor kinase-2 (GRK2) è aumentata nella midollare del surrene in corso di scompenso cardiaco e, attraverso la riduzione della funzione dei recettori simpato-inibitori $\alpha 2$ adrenergici ($\alpha 2$ -AR), contribuisce agli elevati livelli di CA circolanti.

Lo scopo del presente studio è la valutazione delle eventuali alterazioni dell'asse surrenalico GRK2- $\alpha 2$ -AR-CA come possibile meccanismo molecolare alla base dell'iperattività del sistema nervoso simpatico età-correlato. A tale scopo abbiamo incluso nello studio 20 ratti Wistar-Kyoto maschi anziani e 20 ratti Wistar-Kyoto maschi giovani (come controlli).

Sebbene non vi fosse differenza tra la contrattilità cardiaca basale tra i ratti giovani e i ratti anziani, l'invecchiamento era associato con una riduzione significativa della contrattilità cardiaca dopo stimolazione massimale con isoproterenolo, valutata attraverso studio emodinamico cardiaco in vivo. Nei ratti anziani si osservava una riduzione della densità dei recettori β -AR cardiaci e dell'attività dell'adenilato ciclasi rispetto ai giovani, mentre i livelli proteici cardiaci di GRK2 non differivano tra giovani ed anziani. Come atteso, i livelli plasmatici di CA circolanti erano aumentati nei ratti anziani rispetto ai giovani. Inoltre, i livelli proteici di GRK2 mostravano un aumento, seppure non statisticamente significativo, nelle ghiandole surrenali dei ratti anziani rispetto ai giovani. L'invecchiamento si associava ad una marcata riduzione della densità dei recettori $\alpha 2$ -AR sulle membrane plasmatiche estratte dalla midollare del surrene dei ratti anziani rispetto ai giovani. Esperimenti eseguiti su cellule cromaffini estratte dalle ghiandole surrenali di ratti giovani ed anziani confermavano la disfunzione età correlata dei recettori $\alpha 2$ -AR, e tale alterazione veniva ripristinata dall'espressione in vitro del peptide β ARKct (potente inibitore di GRK2).

I nostri dati dimostrano che l'invecchiamento è associato ad un'alterazione dell'asse surrenalico GRK2- $\alpha 2$ -AR-CA, e questo potrebbe rappresentare il meccanismo tramite il quale si instaura l'iperattività del sistema nervoso simpatico osservata nell'anziano. Inoltre, i nostri dati suggeriscono che i livelli di espressione di GRK2 nel surrene possano rappresentare un nuovo target per la modulazione dell'iperattività simpatica età-correlata.

67

Effetti dell'invecchiamento e del disuso sul trasporto ed utilizzo dell'ossigeno

M. Venturelli¹, C. Tarperi², D. Verzini², E. Muti³, R. Scarsini³, R. Bottura, F. Schena²

¹ University of Utah, Salt Lake City; ² Università di Verona, Verona; ³ Fondazione Mons Arrigo Mazzali, Mantova

Numerosi studi hanno dimostrato che il massimo consumo d'ossigeno si riduce progressivamente durante l'invecchiamento a ciò si associa un progressivo decadimento delle capacità fisiche fino, nei casi più gravi, all'immobilità cronica. Non sono ancora però chiari gli effetti che la senescenza induce sui fattori centrali e periferici del consumo d'ossigeno (VO₂) e ancora meno informazioni sono disponibili circa l'influenza diretta della mancanza protratta di mobilità sui parametri cardiodinamici e metabolici in soggetti anziani. L'obiettivo di questo studio è stato perciò, indagare gli effetti d'invecchiamento e immobilità cronica sui fattori centrali e periferici determinanti il VO₂.

12 giovani (YG, 22-25 anni), 12 anziani deambulanti (OWG, 79-96 anni) e 12 anziani non deambulanti da almeno due anni a causa di sarcopenia agli arti inferiori (ONWG, 80-92anni), hanno eseguito una serie di prove con arti superiori (EF) e arti inferiori (KE). Sono stati misurati in continuo: VO₂, gittata cardiaca, gittata sistolica, frequenza cardiaca; flusso ematico, emoglobina deossigenata (Hb), nel bicipite brachiale (EF) e nel vasto laterale del quadricipite (KE).

I valori di VO₂ sono stati superiori in YG (KE = 425 ± 132 ml/min e EF = 414 ± 148 ml/min) rispetto a ONWG (KE = 170 ± 80 ml/min e EF = 219 ± 93 ml/min) e OWG (KE = 174 ± 87 ml/min e EF = 181 ± 89 ml/min). CO, SV, e HR hanno evidenziato un andamento simile sia durante EF sia KE con valori superiori per YG, mentre tra OWG e ONWG sono state simili. Il flusso ematico nell'arteria ascellare durante EF era simile nei tre gruppi (YG = 482 ± 137 ; OWG = 467 ± 97 ; ONWG = 471 ± 104 ml/min) mentre nell'arteria femorale comune significativamente ridotto in funzione dell'età e immobilità (YG = 912 ± 147 ; OWG = 787 ± 107 ; ONWG = 688 ± 102 ml/min). Le misure di Hb normalizzate per il flusso (Hb/BF), durante EF, hanno mostrato valori uguali per OWG e ONWG (0.084 ± 0.002 e 0.080 ± 0.003 $\mu\text{m}/\text{ml}/\text{min}$) e superiori rispetto a YG (0.063 ± 0.003 $\mu\text{m}/\text{ml}/\text{min}$). Anche durante KE i valori di Hb/BF si sono rivelati superiori in OWG (0.033 ± 0.004 $\mu\text{m}/\text{ml}/\text{min}$) rispetto a YG (0.024 ± 0.003 $\mu\text{m}/\text{ml}/\text{min}$) ma contrariamente nel ONWG i valori sono risultati inferiori (0.018 ± 0.06 $\mu\text{m}/\text{ml}/\text{min}$).

I dati di questo studio indicano che durante un esercizio sub-massimale in giovani, anziani, ed anziani con gravi limitazioni motorie il consumo d'ossigeno

è inferiore negli anziani, dimostrando così un'efficienza muscolare superiore rispetto ai giovani ed anziani non deambulanti. L'invecchiamento sembrerebbe indurre un effetto sistemico che si ripercuote nelle ridotte capacità cardio dinamiche centrali e periferiche, in parte compensate dalla migliore estrazione di ossigeno a livello periferico associata all'aumento delle fibre muscolari di tipo I. Al contrario, l'immobilità cronica, sembra non avere effetti sistemici sulle funzionalità cardio dinamiche centrali, ma piuttosto un effetto periferico di riduzione del flusso e delle capacità estrattive del muscolo.

68

Invecchiamento e capacità di recupero dopo sforzo

S. Albani¹, D. Maugeri¹, A. Cappello¹, A. Santangelo¹, G. Carnazzo², G. Ferla³, U. Michalek², M. Ferla⁴

¹ Università, Catania; ² ASP, Catania; ³ STMicroelectronics, Catania; ⁴ Massey University, Nuova Zelanda

L'efficienza fisica è il principale indicatore della mortalità: secondo J. Myers (Exercise Capacity and Mortality, New England Journal of Medicine, March 14, 2002), il rapporto della mortalità fra il primo quintile della popolazione più attiva, ed il quinto quintile è ben un fattore 4. A. Santangelo et al al congresso SIGG dello scorso anno ha dimostrato che fino a 54 anni non vi è nessuna riduzione della massima potenza aerobica, almeno per le persone che continuano a pratica sport con regolarità. In questo lavoro si è iniziato ad analizzare le caratteristiche del degrado fisiologico di persone in buona condizione di salute. A partire da 50-60 anni la massima capacità aerobica inizia a ridursi di 0.2-0.4 MET per anno (Metabolic Equivalent of Task): contribuiscono a questa riduzione vari componenti, in questo lavoro si è indagato su come queste componenti si modificano durante l'invecchiamento. Durante l'esercizio fisico prossimo a quello massimale si contrae un debito di ossigeno che può scomporre in debito alattacido e debito lattacido (R. Margaria, ed altri). Si è fatta l'ipotesi, peraltro molto comune (vedi ad esempio S. Chatterjee, British Journal Sports Med 2004,38), che l'incremento di frequenza cardiaca sia proporzionale all'extra consumo di ossigeno che si sta utilizzando per ripagare il debito contratto durante la fase dell'esercizio. L'analisi dei dati permette di evidenziare due costanti di tempo che corrispondono a quelli trovati da Margaria utilizzando la misura diretta dell'ossigeno consumato e identificate come recupero del debito alattacido (la costante più breve, dell'ordine di 6 minuti) e recupero del debito lattacido (dell'ordine dei 20 minuti). Per la valutazione dell'invecchiamento si sono reclutate poche persone, non sportive, fra i 25 gli 88 anni. La capacità di contrarre debito di ossigeno si riduce fortemente con l'età e le costanti di tempo si allungano sia per il recupero del debito alattacido che del debito lattacido. Il numero di persone esaminate è piuttosto modesto per poter trarre delle conclusioni di carattere generale, tuttavia i dati consentono di avanzare l'ipotesi, nuova in letteratura che il contenuto di ATP nei muscoli si riduca con l'età e costituisce uno degli aspetti fisiologici dell'invecchiamento. L'analisi del recupero della frequenza cardiaca è un mezzo veramente pratica per esaminare alcune caratteristiche di una persona. Una estensione pratica del metodo utilizzato può essere l'esame della curva di recupero del Bruce test, di comune pratica medica.

69

Simulazione stocastica della coagulazione in un paziente anziano in TAO

D. Castaldi¹, D. Maccagnola¹, D. Mari², F. Archetti³

¹ Dip. Informatica, Sistemistica e Comunicazione (DISCO), Università di Milano - Bicocca, Milano; ² U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano; ³ Dip. Informatica, Sistemistica e Comunicazione (DISCO), Università di Milano Bicocca, Consorzio Milano Ricerche, Milano

Gli studi farmacologici sugli anziani evidenziano sistemi complessi ad elevata stocasticità per variabilità di risposta ai farmaci e multifattorialità del processo di invecchiamento. La terapia anticoagulante orale (TAO), caratterizzata da alta variabilità individuale, rappresenta un buon modello di applicazione per la Systems Biology. La sua variabilità può essere valutata con studi di simulazione stocastica della risposta della cascata coagulativa nel soggetto anziano alla somministrazione di warfarin.

Lo scopo del lavoro è quello di costruire un modello della via estrinseca, che sia in grado di valutare in silico la risposta biologica, in termini di tempo di protrombina (PT), a perturbazioni del processo coagulativo sottoposto a stimoli farmacologici. La simulazione, oltre a considerare la componente aleatoria della farmacodinamica, caratterizzando parte dell'intervariabilità personale, consente di indagare situazioni limite del sistema, responsabili di accidentali eventi avversi da farmaco.

Le simulazioni sono state condotte settando il sistema iniziale con quantità molecolari corrispondenti alle concentrazioni dei fattori della coagulazione relativi alle evidenze sperimentali per un soggetto anziani (medie). I valori di warfarin, TF e VIIaTF sono stati modificati per ottenere ampi range di PT. I risultati ottenuti mostrano sovrapposibilità dei PT simulati con quelli reali in vitro al variare della concentrazione di warfarine (W) in un paziente con basso TF e nessuna preattivazione (W = 1.25 mg/die, PT ± DS = 18.54 ± 0.18; W = 2.5 mg/die, PT ± DS = 25.15 ± 0.21; W = 3.75 mg/die, PT ± DS = 31.48 ± 0.35; W = 5 mg/die, PT ± DS = 37.55 ± 0.38). Aumentando progressivamente il TF, simulando, in loco, la formazione di trombi di varia entità, si osserva come la TAO controbilanci l'evento in modo più o meno efficace (Tab. 1). La parametrizzazione ha evidenziato un decremento della variabilità del sistema all'aumentare dello stimolo protrombotico, contrapposto da un aumento della variabilità al crescere del warfarin (Tab. 1).

Considerando i risultati ottenuti nella simulazione di un paziente in TAO senza sovrastimolazione della cascata, sovrapposibili a quelli reali, possiamo considerare realistici anche i panorami evidenziati dalla parametrizzazione. Lo strumento computazionale sviluppato in questo lavoro potrebbe quindi sia migliorare la conoscenza del sistema biologico sottoposto ad eventuali perturbazioni esterne in corso di terapia, così come, opportunamente settato e clinicamente validato, essere utilizzato come supporto alle decisioni cliniche in qualità di predittore nell'ambito della medicina personalizzata. La modularità del modello e il processo coagulativo, permettono di estendere questo studio a più ampie applicazioni cliniche (perioperatorio, oncologico).

Tab 1.

		Warfarine (molecole)															
		5-10 ⁷	5-10 ⁷	5-10 ⁷	5-10 ⁷	10-10 ⁷	10-10 ⁷	10-10 ⁷	10-10 ⁷	15-10 ⁷	15-10 ⁷	15-10 ⁷	15-10 ⁷	20-10 ⁷	20-10 ⁷	20-10 ⁷	20-10 ⁷
No	TF (mol)	1510	15100	151000	1510000	1510	15100	151000	1510000	1510	15100	151000	1510000	1510	15100	151000	1510000
	PT	18,54	14,71	11,61	8,87	25,15	20,40	16,41	12,92	31,48	25,99 ± 0,172	21,15	16,76	37,55	31,29	25,81	20,72
	DS	± 0,181	± 0,071	± 0,042	± 0,023	± 0,214	± 0,140	± 0,052	± 0,039	± 0,353	± 0,064	± 0,056	± 0,379	± 0,212	± 0,109	± 0,087	± 0,087
Preattivazione	PT	17,04	14,24	11,48	8,82	23,04	19,77	16,26	12,87	28,78	25,13	20,94	16,23	34,28	30,30	25,56	20,65
	DS	± 0,114	± 0,048	± 0,024	± 0,017	± 0,172	± 0,099	± 0,042	± 0,036	± 0,172	± 0,141	± 0,070	± 0,032	± 0,236	± 0,161	± 0,100	± 0,081

CARDIOLOGIA GERIATRICA

70

Valutazione dei biomarcatori cardiaci ed infiammatori nella prognosi del paziente anziano ospedalizzato in area medica

G. Isaia, M. Comba, G. Fonte, L. Pricop, M. Tibaldi, I. Sciarrillo, M. Bo

SCDU Geriatria Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista, Torino

La valutazione prognostica del paziente anziano ospedalizzato in area medica è una procedura complessa e non breve, che richiede la valutazione integrata di variabili fisiche, funzionali e cognitive. Diversi studi hanno recentemente dimostrato l'utilità di alcuni biomarcatori cardiaci ed infiammatori nella stratificazione prognostica in pazienti ospedalizzati per cause mediche. In questo studio abbiamo quindi voluto valutare se i valori di troponina T (cTnT), del frammento N terminale del peptide natriuretico atriale (NTproBNP) e della proteina C reattiva (PCR) siano indipendentemente predittivi di mortalità intraospedaliera in pazienti anziani ospedalizzati in area medica sottoposti a valutazione prognostica multidimensionale.

Lo studio, osservazionale prospettico, è stato condotto in un reparto di Geriatria e due reparti di Medicina Interna dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista a Torino, su pazienti di età superiore a 65 anni, direttamente provenienti dal Pronto Soccorso di Medicina. In ogni paziente è stata effettuata una valutazione prognostica multidimensionale basata su scale standardizzate di comorbidità (CIRS), stato funzionale (ADL, IADL, SPPB), stato nutritivo (MNA), stato cognitivo (SPMSQ) e compromissione fisiopatologica acuta (APACHE II). I valori di cTnT, NTproBNP e PCR sono stati determinati all'ingresso in Pronto Soccorso. L'outcome primario era rappresentato dalla mortalità intraospedaliera.

Sono stati studiati complessivamente 1621 pazienti, dei quali 221 (13.6%) sono deceduti durante il ricovero. Il sesso maschile, bassi valori di pressione sistolica, il punteggio APACHE II, la dipendenza funzionale, la malnutrizione, il severo deterioramento cognitivo, bassi valori di albumine mie, e gli elevati valori di biomarcatori cardiaci ed infiammatori sono risultati associati alla mortalità intraospedaliera all'analisi univariata. Dopo aggiustamento per potenziali confondenti, il sesso maschile ($p = 0.02$), i bassi valori di pressione sistolica ($p = 0.001$), il deterioramento cognitivo ($p = 0.06$), e la bassa performance funzionale misurata mediante l'SPPB ($p = 0.05$), ma non i biomarcatori cardiaci ed infiammatori, sono risultati indipendentemente associati alla mortalità intraospedaliera.

Nei pazienti anziani ospedalizzati in area medica i biomarcatori cardiaci ed infiammatori non sono indipendentemente associati a mortalità intraospedaliera quando venga effettuata una valutazione prognostica multidimensionale. Questi risultati suggeriscono quindi che dosaggio di questi marcatori nei pazienti anziani aggiunge poco ai convenzionali metodi prognostici adottati per questa fascia di età, e che dovrebbe quindi essere strettamente limitato al percorso diagnostico di quelle condizioni cliniche per le quali sono attualmente approvati.

71

Prevalenza e caratteristiche cliniche dell'ipotensione ortostatica nei pazienti anziani ospedalizzati

A. Brescianini, M. Tibaldi, M. Massaia, M. Bo

SCDU Geriatria Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista, Torino

La prevalenza e le implicazioni cliniche dell'ipotensione ortostatica (IO) nei pazienti anziani ricoverati non sono state adeguatamente studiate. Abbiamo voluto valutare la prevalenza e le condizioni associate all'IO in un campione di pazienti anziani ricoverati in ospedale per patologie acute o sub-acute, e se tale condizione si associ ad una maggiore incidenza di eventi avversi

(morte, prolungata permanenza in ospedale, sincopi, cadute, fratture post-traumatiche, eventi cardiovascolari) a breve termine.

Sono stati inclusi pazienti ospedalizzati di età ≥ 65 anni, con esclusione di pazienti terminali, allettati o incapaci di mantenere la stazione eretta. La misurazione della pressione arteriosa (all'ingresso ed alla dimissione) in clinico e ortostatismo (a 3 e 5 minuti) e la definizione dell'IO sono state fatte in accordo con le indicazioni delle linee guida Europee. Per ogni paziente sono stati considerati dati demografici e clinici, pregresse sincopi o cadute, comorbidità (CIRS), stato cognitivo (SPMSQ), autonomia funzionale (ADL e IADL), valutazione dell'hand grip come surrogato di sarcopenia, timed up and go, presenza di malnutrizione (MNA) o disidratazione, numero e classi di farmaci.

Sono stati arruolati complessivamente 343 pazienti: 148 sono stati esclusi, per cui il campione studiato è quindi costituito da 195 pazienti (101 donne e 94 uomini, di età media 79.1 anni). La prevalenza dell'IO all'ingresso era del 52.3%, e del 49% nei 122 pazienti che è stato possibile valutare alla dimissione.

Al momento della dimissione la presenza di IO è stata confermata in 44 pazienti, per 16 è stata un nuovo riscontro, mentre per 18 non è stato confermato il riscontro dell'ingresso. La prevalenza di IO non variava tra le misurazioni a 3 minuti e a 5 minuti. Tra tutte le variabili considerate, l'IO è risultata significativamente più frequente solo tra i pazienti con cardiopatia ischemica e malattia neurologica, mentre non è stata individuata associazione con nessuna delle classi di farmaci prese in esame (antipertensivi, antidepressivi, neurolettici analgesici, benzodiazepine, antipsicotici, inibitori di pompa, anticolinergici). Non sono emerse inoltre associazioni significative con i principali parametri ematochimici, né con le misure di stato funzionale, psico-cognitivo e comorbidità. Durante la degenza si sono osservate 2 sincopi e 7 cadute tra i pazienti con IO, e solo 3 cadute tra i pazienti senza IO (ns). Mortalità e durata media del ricovero non differivano tra i due gruppi. I risultati di questo studio confermano l'elevatissima prevalenza di IO tra i pazienti anziani ospedalizzati nel mondo clinico reale. Nonostante una accurata valutazione multidimensionale non è stato possibile identificare con certezza, forse per la limitatezza del campione, condizioni associate all'IO, la quale non appare inoltre significativamente associata al rischio di eventi avversi durante il ricovero.

72

La troponina cardiaca di ultima generazione nel paziente anziano

F. Attanasio¹, V. Giantin¹, A. Franchin¹, A. Tramontano¹, A. Rossi¹, M.M. Mion², M. Zaninotto², F. Rossi¹, A. Tomba¹, M. Plebani², E. Manzato¹¹ *Clinica Geriatrica, Università di Padova, Padova;* ² *Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Università di Padova, Padova*

La definizione di infarto (IMA) nelle linee guida ESC/ACC 2007, considera l'aumento di Troponina cardiaca (cTn) $> 99^{\circ}$ percentile del valore di riferimento come diagnostico di ischemia miocardica. La performance clinica della cTnI di nuova generazione è poco studiata nell'anziano. Scopo dello studio: 1) misurare la cTnI con un metodo di ultima generazione in una popolazione di anziani; 2) confrontarne le caratteristiche con la cTnI di vecchia generazione.

Abbiamo studiato 354 pazienti (Gruppo1) (età = 64, range 64-105; F:240; M:114) consecutivamente ricoverati presso la Clinica Geriatrica da Marzo ad Ottobre 2011. Ad ogni paziente la cTnI è stata dosata in prelievi seriali (99° percentile = 0.045 $\mu\text{g/L}$; Dimension Vista, Siemens), in accordo alla pratica clinica e alle linee guida internazionali. Ogni paziente è stato sottoposto a controllo ECG. In un campione di 86 pazienti (Gruppo2) con cTnI positiva (range = 0.046-0.437 $\mu\text{g/L}$), il dosaggio di nuova generazione (New) è stato confrontato con il metodo tradizionale (Old) (Dimension RxL, Siemens; cut off per IMA: 0.15 $\mu\text{g/L}$). Abbiamo inoltre considerato la diagnosi principale di dimissione: Sdr. Coronarica Acuta-Infarto(SCA), Scompenso Cardiaco(SC), Patologia Polmonare(POL), Gastroenterica(GI),

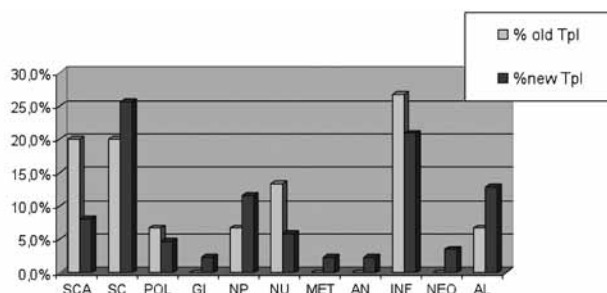


Fig. 1. Patologie correlate a cTnI Positiva (POS), misurata con le 2 metodiche, nel Gruppo 2.

Neuro-Psichiatrica (NP), Nefro-Urologica (NU), Metabolica (MET), Anemizzazione (AN), Infezioni (INF), Neoplasie (NEO), Altro (A)

Gruppo 1: cTnI negativa ($< 0.045 \mu\text{g/L}$) in 240 pz (67.8% NEG), positiva ($> 0.045 \mu\text{g/L}$) in 114 (32.2% POS). POS: 43.9% con alterazioni ischemiche ECG vs il 26.6% dei NEG. Gruppo 2: 29 pz (34%; New 0.166 \pm 0.119) con patologia cardiaca (SCA o SC), 57 pz altre patologie (66%; New 0.146 \pm 0.094). cTnI Old: POS in 15 pz (17.4%) di cui il 40% (Old 0.21 \pm 0.04; New 0.334 \pm 0.095) con patologia cardiaca, 60% non cardiaca (Old 0.39 \pm 0.29; New 0.295 \pm 0.081); cTnI Old NEG in 71 pz: 23 (32%; Old 0.06 \pm 0.05 New 0.123 \pm 0.080) con patologia cardiaca e 48 (68%; Old 0.06 \pm 0.05; New 0.118 \pm 0.066) non cardiaca. Confronto dei valori medi di cTnI nei pazienti POS e NEG, divisi per patologia (cardiaca/non cardiaca): non differenze significative ($p = 0.095$ e 0.94 rispettivamente) la cTnI New è risultata > 0.045 in 1/3 dei casi, con maggiore prevalenza di alterazioni ischemiche all'ECG (44% vs 27%) rispetto ai negativi. Il confronto con metodica Old sottolinea la maggiore sensibilità analitica della cTnI ultrasensibile per la precoce individuazione del danno miocardico. Con il metodo "Old" emerge tuttavia una percentuale più elevata di SCA (20.0% vs 8.1%): si può ipotizzare una maggiore sensibilità del metodo nell'individuare il danno ischemico nell'anziano. Le comorbidità e l'età influenzano l'esito della cTnI, anche in assenza di danno miocardico. Le patologie non cardiache con riscontro più frequente di cTnI > 0.045 sono risultate: INF, patologie NP, NU e POL (Fig. 1). Sarebbe auspicabile approfondire il confine tra "rimodellamento" cardiaco fisiologico e patologico per meglio indirizzare il clinico nella definizione dei livelli decisionali di cTnI

73

Comportamento alimentare "economicamente sostenibile" in una popolazione anziana come prevenzione delle malattie cardiovascolari

A. Capasso, E. Di Bello, V. Di Napoli, P. Fallace, R. Ferone, A. Ferraro, G. Molinaro, R. Pelliccia, M. Ruggiero, A. Vitale, M. Femiano

Frattamaggiore

Scopo del nostro studio è stato quello di verificare l'impatto di misure di educazione alimentare su una popolazione di ultrasessantacinquenni che frequentano un Centro Sociale per anziani. La variabile introdotta, rispetto alle comuni indicazioni nutrizionali rivolte agli anziani, è stata quella di offrire uno schema alimentare che, conservando un equilibrio quali/quantitativo rispetto ai nutrienti, offrisse l'opportunità di rispettare un budget familiare contenuto.

Abbiamo reclutato 60 soggetti (34 M e 26 F) con età media 74,7 anni ($\pm 9,6$) e autonomi nelle attività di base della vita quotidiana (ADL = 6/6). Sono stati esclusi soggetti affetti da: malattie metaboliche, gravi patologie dell'apparato digerente, patologie dell'apparato cardio-circolatorio e/o urinario in fase moderato-severa. Lo studio è stato suddiviso in due fasi; nella prima fase i soggetti coinvolti sono stati sottoposti, all'inizio dello studio e dopo sei mesi ad: indagine ematologica di routine (comprensiva di: glicemia, trigliceridemia, colesterolemia totale e rapporto HDL/LDL colesterolo); misurazione dei valori pressori in posizione seduta; rilevazione delle misure antropometriche

(peso, altezza, B.M.I.); somministrazione di un questionario di rilevazione delle abitudini e consumi alimentari. Nella seconda fase è stata effettuata una valutazione analitica dei dati ottenuti dal questionario somministrato; si è proceduto a svolgere un'indagine conoscitiva di rilevazione dei prezzi medi di varie categorie di alimenti presso ipermercati e supermercati rionali. Infine, tenendo presente le Linee Guida L.A.R.N. è stato elaborato uno schema nutrizionale equilibrato, con una selezione di alimenti che tenesse in considerazione il giusto apporto di macro e micronutrienti ed un costo medio settimanale contenuto. I soggetti, che hanno aderito allo studio, hanno seguito le indicazioni nutrizionali fornite dallo schema durante tutto il periodo di osservazione.

Il confronto dei dati ricavati all'inizio dello studio e dopo sei mesi, ha mostrato: una riduzione della pressione arteriosa (PA) media di 0.9/0.6 mmHg; riduzione media dei livelli sierici di trigliceridemia di 13.2 mg/dl, riduzione media della glicemia di 4.5 mg/dl, nessuna variazione della colesterolemia totale, ma variazione del rapporto HDL/LDL con un aumento medio di 0.08 mg/dl; variazione media del B.M.I. da 27.8 kg/m² a 26.6 kg/m²; come dato sociale, è stata rilevata una riduzione della spesa media mensile per l'acquisto degli alimenti suggeriti di 42 Euro circa.

Lo studio ha dimostrato che una dieta sana ed equilibrata apporta un miglioramento del profilo clinico/metabolico in soggetti anziani, agendo così come fattore di prevenzione primaria nelle malattie cardio-cerebrovascolari. Tuttavia, per l'esiguità del campione esaminato che rende statisticamente poco significativi i risultati, lo studio dovrà proseguire coinvolgendo un numero maggiore di soggetti ultrasessantacinquenni ed introducendo ulteriori variabili.

74

Correlati clinici ed ecocardiografici dell'aumento del NT-proBNP in assenza di diagnosi di scompenso cardiaco in una popolazione anziana ospedalizzata

D. Lelli, C. Pedone, F.F. Rossi, R. Antonelli Incalzi

Area di Geriatria, Università Campus Biomedico, Roma

Il NT-proBNP è di ausilio alla clinica e ai dati ecocardiografici per la diagnosi e la stratificazione di gravità dello scompenso cardiaco. L'aumento del NT-proBNP è associato ad aumentata incidenza di eventi cardiovascolari e mortalità nella popolazione generale. L'obiettivo di questo studio è caratterizzare i pazienti con elevati valori di NT-proBNP in assenza di diagnosi di scompenso cardiaco. Sono state revisionate 442 cartelle di pazienti ricoverati in un reparto per acuti di Geriatria in cui il NT-proBNP è dosato di routine indipendentemente dal motivo del ricovero, acquisendo dati su funzione renale, BMI, emogasanalisi arteriosa, comorbidità, indici di flogosi, emoglobina, dati ecocardiografici (disponibili per 243 pazienti).

I pazienti sono stati suddivisi in quattro gruppi sulla base della diagnosi di scompenso cardiaco effettuata secondo i criteri di Framingham e dei valori di NT-proBNP (cut-off = 900 pg/mL): veri negativi (VN, n = 228), falsi negativi (FN, n = 11), veri positivi (VP, n = 122), falsi positivi (FP, n = 81). In considerazione dell'esiguità del campione sono stati esclusi i falsi negativi.

I gruppi sono stati confrontati in merito a caratteristiche cliniche (dati ematochimici, velocità di filtrazione glomerulare stimata tramite formula CKD-EPI, BMI, saturazione ossiemoglobinica, diagnosi di diabete, BPCO, fibrillazione atriale) e parametri ecocardiografici (FE, atriomegalia, disfunzione valvolare, ipertensione polmonare, disfunzione diastolica, estensione dell'acinesia, Wall Motion Score Index - WMSI).

Abbiamo analizzato 248 donne e 183 uomini con età media 78.7 anni. Il gruppo FP ha caratteristiche "intermedie" rispetto ai gruppi VN e VP per quanto riguarda la GFR (VN: 76 ml/min, FP: 59 ml/min, VP: 52 ml/min, $P < 0.001$), la prevalenza di fibrillazione atriale (VN: 7.5%, FP: 29.6%, VP: 52.5%, $P < 0.001$) e di cardiopatia ischemica (VN: 12.7%, FP: 23.5%, VP: 36.1%, $P < 0.001$), ed i seguenti parametri ecocardiografici: frazione di eiezione (VN: 58%, FP: 54%, VP: 46%, $P < 0.001$), disfunzione diastolica (pattern monofasico: VN 6.74%, FP 19.5%, VP 53.3%, $P < 0.001$), estensione

Tab. 1. Confronto delle caratteristiche dei pazienti.

	Veri negativi (N = 228)	Falsi positivi (N = 81)	Veri positivi (N = 122)	P
Età	76.27 (8.57)	81.35 (6.92)	81.92 (8.59)	< 0,001
Sesso femminile	54,8%	59,3%	61,5%	0,46
Clearance (ckd.epi)	75.66 (18.9)	59.08 (25.86)	52.15 (23.53)	< 0,001
Creatinina	0.87 (0.32)	1.34 (1.1)	1.35 (0.76)	< 0,001
Azotemia	45.14 (24.51)	64.85 (53.9)	73.84 (48.43)	< 0,001
BMI	26.33 (5.64)	26.14 (6.68)	26.32 (4.98)	0,98
PCR	20.93 (29.22)	51.17 (52.11)	56.01 (63.04)	< 0,001
Emoglobina	12.07 (2.01)	11.14 (1.89)	11.22 (2.05)	< 0,001
Saturazione ossiemoglobinica	94.78 (4.37)	93.88 (6.93)	93.56 (4.58)	0,21
Iperensione polmonare	14.0%	21.0%	52.5%	< 0,001
Fibrillazione atriale	7.5%	29.6%	52.5%	< 0,001
Atriomegalia biatriale	11.6%	26.1%	66.0%	< 0,001
Insufficienza aortica o mitralica severa	5.3%	8.3%	17.7%	< 0,001
Frazione di eiezione	57.66 (5.02)	54.06 (9.02)	46.28 (12.64)	< 0,001
% estensione acinesia	1.86 (5.96)	5.34 (10.69)	7.87 (14.44)	0,002
WMSI	1.06 (0.18)	1.28 (0.43)	1.51 (0.54)	< 0,001
Disfunzione diastolica (pattern monofasico)	6,7%	19,5%	53,3%	< 0,001
PaPS < 35 mmHg	73,4%	51,2%	24,1%	< 0,001
PaPS > 45 mmHg	8.9%	14.6%	40.2%	< 0,001

* Veri negativi: assenza di diagnosi di scompenso cardiaco / NT-proBNP < 900 ng/mL; Falsi positivi: assenza di diagnosi di scompenso cardiaco / NT-proBNP > = 900 ng/mL; Veri positivi: diagnosi di scompenso cardiaco / NT-proBNP > = 900 ng/mL.

dell'acinesia (VN: 1.86%, FP: 5.34%, VP 7.87%, P < 0.001 per VP vs. VN), WM-SI (VN: 1.06, FP: 1.28, VP: 1.51, P < 0.001), atriomegalia biatriale, presenza e severità dell'ipertensione polmonare nonché delle valvulopatie.

Abbiamo mostrato che il gruppo FP ha caratteristiche cliniche ed ecocardiografiche "intermedie" tra quelle del gruppo VN e quelle del gruppo VP. Questi risultati potrebbero contribuire a spiegare il dato riportato in letteratura di un'aumentata incidenza nella popolazione generale di morte improvvisa ed eventi cardiovascolari associata all'aumento del NT-proBNP. Il NT-proBNP può essere un utile strumento per la stratificazione del rischio cardiologico nel paziente anziano anche in assenza di sintomi di scompenso cardiaco.

75

La sindrome del qT lungo nella popolazione anziana: protocollo di studio

F. Greppi¹, G. Isaia¹, A. Pastorino¹, A. Bernardi¹, S. Mondino², C. Gobbi¹, I. Bergoglio¹, F. Fantò¹, M. Santoro¹, A. Ardizzi¹, C. Ruatta¹, G.C. Isaia², A. Guerrasio¹

¹ Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, SCU Geriatria, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino; ² Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, SCU Geriatria, AOU San Giovanni Battista, Torino

La letteratura internazionale riporta spesso l'associazione tra l'utilizzo di farmaci e l'allungamento del tempo di ripolarizzazione ventricolare cardiaca (intervallo qT), strettamente correlato al rischio di sviluppare aritmie cardiache e torsione di punta (TdP). In assenza di altri strumenti in grado di misurare il rischio pro-aritmogeno di un farmaco, la misurazione dell'intervallo qT riveste un ruolo rilevante nel monitoraggio della terapia. L'associazione tra l'utilizzo di un farmaco e il rischio di aritmie cardiache fatali rappresenta una fra le più forti restrizioni all'utilizzo dei farmaci stessi.

Lo scopo principale dello studio consiste nel valutare prevalenza e incidenza della sindrome del QT lungo farmaco indotta in una popolazione di pazienti anziani ricoverati in un reparto per acuti. Obiettivo secondario consiste nel valutare il numero di farmaci con potenziale effetto aritmogeno prescritti nella popolazione esaminata in tre momenti diversi: al domicilio (prima del ricovero), a metà della degenza, in dimissione.

Tutti i pazienti afferenti al Reparto di Geriatria dell'AOU S. Luigi Gonzaga di Orbassano saranno valutati al fine della partecipazione allo studio.

Al baseline saranno raccolte le seguenti informazioni: dati anagrafici (età, sesso); elettrocardiogramma a 12 derivazioni e calcolo del QTc corretto; ematochimici di routine (emocromo, creatinina, Na, K, Mg, enzimi di funzionalità epatica); valutazione funzionale attraverso le scale ADL e IADL; valutazione dello stato cognitivo attraverso la somministrazione di SPMSQ; valutazione del grado di complessità clinica mediante la CIRS; anamnesi farmacologica: tutti i farmaci assunti dai pz nei tre momenti diversi di revisione terapeutica saranno riportati e successivamente suddivisi sulla base del rischio di indurre allungamento del qT sulla base delle indicazioni internazionali (www.azcert.org/medical-pros/drug-lists).

Al momento della dimissione sarà nuovamente ripetuto l'ECG con il calcolo del QTc e sarà raccolta la terapia prescritta in dimissione; inoltre verrà retrospettivamente valutata e raccolta la terapia in atto a metà del periodo di ricovero, identificando il numero totale di farmaci prescritti e la prescrizione di farmaci con effetto sull'intervallo QT. In sede congressuale saranno presentati i risultati preliminari del protocollo. Lo studio si pone l'obiettivo di colmare il gap tra prescrizione specialistica, basata su evidenze scientifiche spesso ricavate da gruppi di pazienti selezionati e popolazione geriatrica reale.

La variabilità individuale e il differente potenziale aritmogeno delle diverse classi di farmaci associati a condizioni cliniche che di per se stesse possono indurre aritmie cardiache rende il progetto oneroso anche dal punto di vista del numero di pazienti che dovrà essere arruolato, ma potrà essere in grado di fornire un utile strumento alla comunità scientifica e porrà l'attenzione sulla necessità di valutare l'anziano multitrattato nel suo insieme.

76

La gestione del paziente con scompenso cardiaco in ospedale: i luoghi della cura

F. Mastroianni¹, M. Errico, T. Langialonga, V. Mastroianni, N. Maggi, I. Viggiano, A. Nitti

Uoc Geriatria, Ospedale Regionale Generale "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA)

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta l'esito finale di numerose patologie cardiache. L'età media della diagnosi è circa di 76 anni e la prevalenza aumenta con l'età raggiungendo il 10 % nei soggetti > 70 anni. La definizione

dello SC secondo l'ANMCO, può essere applicata oltre che all'edema polmonare (SC acuto), anche allo shock cardiogeno, sindrome quest'ultima caratterizzata da bassa pressione arteriosa, oliguria ed estremità fredde. Lo SC è caratterizzato da un alternarsi di fasi di stabilizzazione e di instabilità con frequenti accessi alle cure ospedaliere e notevole impiego di risorse. Inoltre contribuisce in significativamente alla comorbidità ed alla mortalità del pz geriatrico. In Italia, negli ultimi 30 anni, si è assistito ad una diminuzione della prevalenza delle malattie cardiovascolari, al contrario, lo scompenso cardiaco, ha registrato un aumento della sua prevalenza. Infatti, mentre i ricoveri ospedalieri per eventi coronarici maggiori negli anni 1996-2001 si sono ridotti, quelli per scompenso cardiaco sono risultati in progressiva crescita. L'aumento dell'incidenza è legato all'invecchiamento della popolazione, alla riduzione della mortalità nelle fasi acute dell'infarto miocardico, all'aumento della comorbidità e delle cause scatenanti (es. diabete e bpc). In circa la metà dei pazienti in cui è stata posta la diagnosi di SC, l'exitus si verifica in media entro 4 anni, mentre in quelli in cui lo SC è definito grave il decesso avviene entro 1 anno.

Abbiamo verificato, attraverso l'analisi delle SDO, dove veniva prevalentemente ricoverato il soggetto affetto da SC. Sono stati analizzati i dati relativi all'anno 2011 delle varie UOC dell'ospedale "F. Miulli". Inoltre sono stati esaminati anche i dati dell'ambulatorio di Cardiologia Geriatrica, della UOC di Geriatria, attivato per la gestione ambulatoriale dello scompenso cardiaco. I dati sono riportati nelle tabelle.

Il soggetto affetto da SC viene ricoverato prevalentemente nella UOC di Cardiologia ma, essendo una patologia prevalente dell'età geriatrica, quasi il 30% di tutti i casi viene ricoverato nella UOC di Geriatria. La gestione complessiva del soggetto anziano con SC si completa con l'annesso ambulatorio di cardiologia geriatrica che, oltre a ridurre il numero di ricoveri/anno per lo stesso paziente, consente uno stretto collegamento tra l'ospedale ed il medico di medicina generale, minimizzando i costi ed il disagio per il paziente e la sua famiglia. Questa fotografia deve far riflettere sulle competenze che il geriatra deve possedere per la gestione di sindromi complesse quali lo SC, oltre alla ormai inderogabile necessità di saper utilizzare tecniche non invasive come l'ecocardiografia, per una corretta ed appropriata gestione del paziente, sia di quello ricoverato in ospedale che di quello ambulatoriale.

Tab. 1. Ripartizione di tutti i ricoveri per SC.

UO	Dimessi 2011	Età media (anni)
Cardiologia	296	71.82
Geriatria	195	82.64
Medicina Interna	85	76.10
Rianimazione	32	77.70
Pneumologia	18	78.46
Nefrologia	14	76.48
Odontoiatria	10	71.62
Endocrinologia	8	64.40
Gastroenterologia	7	77.28
Neurologia	7	78.72
Altri	3	72.12
Totale	675	75.0

Tab. 2. Confronto ricoveri per SC tra Cardiologia, Medicina e Geriatria.

Sottocategoria	Cardiologia numero di casi/tot. ricoveri	%	Geriatria numero di casi/tot. ricoveri	%	Medicina numero di casi/tot. ricoveri	%
Scompenso cardiaco	296/2012	14.7	195/1037	18.8	85/1160	7.3

Tab. 3. Ripartizione dei ricoveri per SC.

	Totale ricoveri anno 2011	% ricoveri		
		Cardiologia	Geriatria	Medicina
Scompenso cardiaco	675	43.8	28.8	12.6

77

La rigidità arteriosa e i fattori di rischio cardiovascolare

F. Greppi², P. Anselmo¹, M. Catania¹, C. Crescenti¹, E. Menditto¹, C. Miceli¹, K. Molinar Roet¹, P. Sapone¹, M. Zancocci¹, G.C. Isaia¹

¹ Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, SCU Geriatria, AOU San Giovanni Battista, Torino; ² Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, SCU Geriatria, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino

La rigidità arteriosa è considerata un emergente fattore di rischio cardiovascolare indipendente, la cui determinazione sembra in grado di aumentare la precisione della stima del rischio cardiovascolare.

Lo studio ha valutato l'associazione tra rigidità arteriosa e 1) fattori di rischio cardiovascolari; 2) farmaci assunti dalla popolazione esaminata; 3) comorbidità.

Sono stati reclutati 236 pazienti afferiti al Centro Arteriosclerosi del reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso dell'Ospedale Molinette di Torino tra settembre 2011 e gennaio 2012, di età media 63.8 ± 12.7 anni. Ogni paziente è stato sottoposto a visita medica, valutazione dei fattori di rischio cardiovascolari, esami ematochimici e valutazione della rigidità arteriosa attraverso misurazione del Cardio Ankle Vascular Index (CAVI) mediante VaSera®. Sono stati esclusi 14 pazienti per l'impossibilità di ottenere un valore CAVI attendibile. L'analisi monovariata è stata fatta con test Chi-quadro per variabili dicotomiche e t-test per variabili continue. I dati sono stati elaborati mediante SPSS.

Il valore medio di CAVI riscontrato è stato di 9.02 ± 1.36 . La rigidità arteriosa è risultata correlata all'età, all'ipertensione ($p < 0.001$), alla cardiopatia ischemica ($p < 0.05$), all'iperglicemia ($p < 0.01$), alla vasculopatia cerebrale ($p < 0.01$) ed all'osteoporosi. Fattore protettivo è risultato essere l'attività fisica (coefficiente di correlazione controllato pari a -0.162 ; $p < 0.05$) con evidenza di un'età vascolare significativamente minore nei soggetti "fisicamente attivi". Tra i farmaci è stata evidenziata la relazione tra incremento della rigidità arteriosa e utilizzo di statine (CAVI 9.20 ± 1.21 nei pazienti in trattamento; CAVI 8.61 ± 1.61 nei pazienti non trattati; $p < 0.01$).

Lo studio ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa tra rigidità arteriosa ed alcuni fattori di rischio cardiovascolare, l'utilizzo di statine ed alcune comorbidità.

L'evidenza del ruolo protettivo dell'attività fisica sulla rigidità vascolare è risultato di particolare interesse come possibile strumento di monitoraggio della compliance del paziente alle indicazioni sulle modificazioni dello stile di vita. L'evidenza di correlazione tra l'utilizzo di statine ed il riscontro di elevati valori di CAVI potrebbe essere correlato alla pre-esistente comorbidità cardiovascolare dei pazienti in esame ed inficiata dal numero di osservazioni al momento limitato, tuttavia meritevole di ulteriore valutazione in considerazione dei dati discordanti presenti in letteratura.

La valutazione della rigidità arteriosa mediante misurazione CAVI, è risultato essere uno strumento aggiuntivo nella valutazione del rischio cardiovascolare, utile per individuare i pazienti meritevoli di un più attento controllo dei fattori di rischio per la prevenzione di eventi cardiovascolari futuri.

78

Consumo di farmaci in pazienti anziani con patologia cardiovascolare: ruolo dell'attività fisica

E. Salsano¹, M. Schiavone¹, M. Teano¹, S. Meola¹, R. Untila¹, G. Longobardi², F. Mazzella¹, F. Cacciatore², F. Rengo¹, P. Abete¹

¹ Università di Napoli Federico II, *Cattedra di Geriatria, Napoli*; ² Fondazione Salvatore Maugeri, *Istituto di Campoli/Telese, Benevento*

I pazienti anziani con patologia cardiovascolare sono caratterizzati da un elevato consumo di farmaci. L'attività fisica, inoltre, ben si correla con una riduzione della mortalità e morbilità in tale tipologia di pazienti. Non è noto, tuttavia, se l'elevato consumo di farmaci sia influenzato dal grado di attività fisica.

Scopo del presente studio è stato quello di verificare in pazienti di età superiore ai 65 anni (n = 250) con un recente evento cardiovascolare la relazione tra consumo di farmaci e grado di attività fisica. L'attività fisica è stata valutata utilizzando il punteggio PASE (Physical Activity Scale for the Elderly)

Il punteggio PASE era 72.4 ± 45.0 (range 0-192) e il consumo di farmaci era di 8.3 ± 2.2 (range 4-14). I pazienti anziani con comorbilità maggiore assumevano più farmaci (8.7 ± 2.1 ; $p < 0.05$) ed erano meno attivi (PASE 64.4 ± 50.6 ; $p < 0.05$). La regressione lineare dimostra che il punteggio PASE è negativamente associato al consumo di farmaci ($y = -8.4 + 146.7x$, $r = 0.38$; $p < 0.001$). L'analisi multivariata indica che l'età, la Geriatric Depression Scale e l'insufficienza renale sono positivamente correlati mentre il punteggio PASE è negativamente correlato al consumo di farmaci (Tab. 1). Si conclude che l'attività fisica è inversamente proporzionale al consumo di farmaci in pazienti anziani con patologia cardiovascolare. Questa relazione inversa può essere attribuibile all'elevato grado di comorbilità osservata nei pazienti anziani nei quali lo scarso livello di attività fisica e l'elevato consumo di farmaci sono predominanti.

Tab. 1. Regressione lineare uni- e multivariata sul consumo di farmaci nel paziente anziano con patologia cardiovascolare.

Variabile	Univariata		Multivariata	
	Pearson's r	P	Beta	p
Età	0.176	0.005	0.155	0.015
Sesso femminile	-0.021	0.739	-	-
GDS	0.301	0.000	0.241	0.001
PASE	-0.219	0.000	-0.149	0.031
Barthel Index	-0.143	0.024	0.072	0.393
6 Minute Walking Test	-0.153	0.016	0.047	0.589
CIRS	0.099	0.118	-	-
MMSE	-0.104	0.111	-	-
CAD	0.173	0.006	0.090	0.342
BPCO	0.151	0.017	0.035	0.608
Diabete	0.205	0.001	.086	.187
Insufficienza renale	0.212	0.001	.150	.022

Legenda: GDS = Geriatric Depression Scale; PASE = Physical Activity Scale for the Elderly; 6MWT = Six Minute Walking Test; CABG = By-pass aorto-coronarico; CAD = Cardiopatia ischemica; BPCO = Broncopneumopatia cronica ostruttiva.

79

Effetto funzionale della riabilitazione cardiologica in pazienti di età > 75 anni, dopo sindrome coronarica acuta o intervento cardiocirurgico

S. Francini, S. Baldasseroni, A. Foschini, A.T. Roberts¹, R. Pallante, C. Burgisser, F. Fattiroli

Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica Università di Firenze e A.O.U. Careggi, S.O.D. Riabilitazione Cardiologica, Firenze

Pochi studi hanno fino ad oggi analizzato se anche in pazienti molto anziani è possibile ottenere un miglioramento della condizione funzionale con un programma intensivo di RC.

Scopo del lavoro è stato valutare la fattibilità e l'efficacia della RC nei pazienti di età superiore a 75 anni che afferiscono ad una struttura diurna di RC.

In 5 anni sono stati valutati per la RC 236 pazienti con età superiore a 75 anni: 37 hanno richiesto percorsi riabilitativi differenziati (9 per deficit cognitivi, 5 per disabilità somatica e 23 per scompenso cardiaco), 39 non hanno effettuato il programma (17 per nuovo ricovero, 20 per rifiuto o motivi sociali, 2 per gravi comorbilità). Hanno completato il programma previsto dal nostro protocollo di RC in day hospital per la durata di 4 settimane, 160 pazienti (68%), 113 maschi e 47 femmine, con età media 80.3 ± 4.2 anni (range 75-93). Di questi, 126 (79%) dopo sindrome coronarica acuta, 34 (21%) dopo intervento cardiocirurgico. Il Charlson age-adj medio era 5.8 ± 1.7 , MMSE 27.8 ± 2.1 , GDS 3.3 ± 3 . Frazione di eiezione del ventricolo sinistro media 54%. La valutazione funzionale, effettuata all'inizio e alla fine della RC, comprendeva: 6-min walking test (6MWT), test cardiopolmonare (CPX) e la misura della forza degli arti inferiori (dinamometria isocinetica). Il programma di esercizio ha compreso training aerobico su cyclette ed esercizi a corpo libero, con una media di 15 ± 3 sedute/paziente. Il trattamento farmacologico è risultato ottimizzato alla dimissione secondo quanto raccomandato dalle Linee Guida: 94% assumevano antiaggreganti, 89% ACE-inibitori/sartanici, 81% beta-bloccanti, 93% statine.

Nell'intera casistica, la variazione media dei parametri funzionali presi in esame è stata la seguente: la distanza percorsa al 6MWT è aumentata del 9% ($p < 0.001$); la capacità di lavoro totale del 28% ($p < 0.001$), i Watt max del 15.1% ($p < 0.001$), il VO2 picco del 7.9% ($p < 0.001$); la forza degli arti inferiori (Picco di Torque a 90°) del 9% ($p < 0.001$).

Analizzando i singoli parametri, per i quali è stato considerato significativo un incremento $>5\%$, abbiamo osservato che oltre la metà dei pazienti aveva ottenuto un miglioramento: il 72.5% dei Watt max, il 58% del VO2 di picco, il 63% del 6MWT, il 74% del Picco di Torque.

All'analisi multivariata lo stato funzionale maggiormente compromesso in condizioni basali è risultato predittore indipendente di un miglioramento quantitativamente molto significativo ($>15\%$) nei quattro parametri considerati.

Nei 2/3 dei pazienti molto anziani, dopo sindrome coronarica acuta o intervento cardiocirurgico, è stato possibile effettuare la RC, senza adattamenti del programma. In più della metà dei pazienti si è osservato un incremento di resistenza, potenza aerobica e forza muscolare. Il fattore predittivo indipendente più potente di un miglioramento molto significativo ($>15\%$) delle capacità funzionali è il marcato decondizionamento in condizioni basali.

80

Ventilazione non invasiva in ultra-ottantenni: nostra iniziale casistica

L. Cortese, A. Zito, A. Laudisio, C. Pedone, R. Antonelli Incalzi

Università Campus Bio-Medico di Roma, Roma

L'invecchiamento è associato ad un' aumentata prevalenza ed incidenza di insufficienza respiratoria ipossico-ipercapnica. Tuttavia i dati riguardanti la Ventilazione Non-Invasiva (NIV) negli anziani sono ancora insufficienti. Valutare l'efficacia e la fattibilità della Ventilazione Non-Invasiva (NIV) in ambiente extrarianimatorio in una popolazione di pazienti con età = 80 anni.

Materiali e metodi: La popolazione in analisi comprende 9 pazienti (M:5-F:4) con età media 90 ± 5 ricoverati presso un reparto per acuti di Geriatria dal settembre 2011 al maggio 2012. Sono stati inclusi pazienti con $pO_2 = 65\text{mmHg}$ e $pCO_2 > 60\text{mmHg}$. La NIV è stata impostata in modalità Pressure Support Ventilation adattando le pressioni ai singoli casi. L'emogasanalisi è stata eseguita all'ingresso in reparto, a un'ora dall'inizio della ventilazione e in dimissione. I valori emogasanalitici sono stati confrontati tramite test-T di Student per campioni appaiati.

Cinque pazienti provenivano da pronto soccorso, due dal domicilio e due sono stati trasferiti da altre Aree. La causa dell'insufficienza respiratoria era BPCO (tre pazienti) o scompenso cardiaco (sei pazienti).

Quattro pazienti erano affetti da deterioramento cognitivo da lieve a moderato, due da insufficienza renale cronica e una da malattia di Parkinson, tre pazienti avevano storia di neoplasia; tutti erano affetti da scompenso cardiaco.

Tutti i pazienti hanno ben tollerato la NIV. Durante la NIV tre pazienti hanno necessitato di supporto inotropo.

Un paziente è deceduto per urosepsi, cinque pazienti sono tornati al domicilio, tre pazienti sono stati trasferiti presso strutture intermedie.

I valori emogasanalitici della popolazione studiata sono riportati nella Tab. 1.

Il confronto dell'emogasanalisi all'ingresso in reparto e dopo un'ora di ventilazione, ha documentato un aumento significativo di pH ($p = .030$) e della SpO_2 ($p = .004$) ed una riduzione significativa di pCO_2 ($p = .010$).

Il confronto dell'emogasanalisi dopo un'ora di ventilazione e alla dimissione ha documentato una riduzione significativa dei valori di pCO_2 ($p = .030$). Il confronto dell'emogasanalisi all'ingresso in reparto e alla dimissione, ha documentato una riduzione significativa della pCO_2 ($p < .0001$) (Fig. 1).

Le più comuni complicanze riscontrate sono state: distensione addominale (6/9) trattata con posizionamento di sonda rettale e lassativi osmotici e procinetici; lesioni da pressione (8/9) trattate con idrocolloide.

La NIV in pazienti con età = 80 anni si è rivelata ben tollerata ed efficace. I risultati del nostro studio supportano l'ipotesi che l'età di per sé non rappresenta una controindicazione alla NIV. È necessaria un'attenta valutazione da parte del geriatra della comorbidità, dello stato mentale e nutrizionale oltre che del setting sociale al fine di ottimizzare l'indicazione, l'efficacia e la tollerabilità di tale terapia.

Tab. 1. Valori emogasanalitici della popolazione studiata.

	Ingresso (media \pm DS)	Dopo 1h ventilazione (media \pm DS)	Dimissione (media \pm DS)
pH	7.35 \pm 0.11	7.40 \pm 0.09	7.41 \pm 0.03
pO_2 /FiO ₂ (mmHg)	208.59 \pm 92.36	292.71 \pm 92.74	271.47 \pm 47.98
pCO_2 (mmHg)	69.8 \pm 8.1	56.5 \pm 11.6	48.5 \pm 3.3
SpO_2 (%)	84.8 \pm 7.23	95.3 \pm 2.7	93.1 \pm 4.0
HCO_3^- (mMol/L)	32.6 \pm 9.15	32.0 \pm 6.62	29.5 \pm 3.13

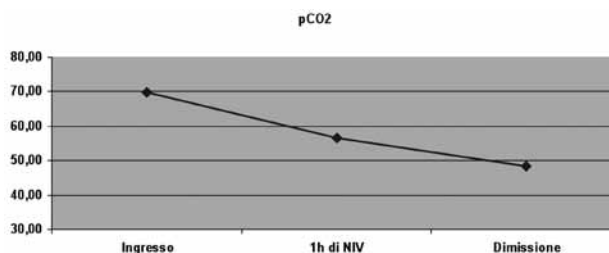


Fig. 1. Variazione dei valori di pCO_2 .

81

Utilità del Multidimensional Prognostic Index (MPI) per valutare l'efficacia della terapia con warfarin in pazienti anziani affetti da fibrillazione atriale

M. Simonato¹, P. Gallina², A. Fontana³, D. Sancarlo⁴, U. Gallo⁵, M. Copetti³, E. Marcato⁶, S. Bazzano¹, L. Ferrucci⁷, A. Pilotto¹

¹ UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Ospedale S. Antonio, Padova; ² Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 16 Padova, Padova; ³ Unità di Biostatistica, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo; ⁴ Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo; ⁵ Dipartimento Assistenza Farmaceutica, Azienda ULSS 16, Padova; ⁶ Information Technology, Azienda ULSS 16, Padova; ⁷ National Institute on Aging, Baltimore

Non è noto se un differente rischio di mortalità possa influenzare l'efficacia del trattamento con warfarin in soggetti anziani affetti da fibrillazione atriale (FA). Scopo della ricerca è studiare l'utilità del Multidimensional Prognostic Index (MPI-SVaMA), indice multidimensionale prognostico per mortalità sviluppato dai dati della Scheda di Valutazione dell'Anziano SVaMA, nel valutare l'efficacia del trattamento con warfarin nel prevenire la mortalità in un'ampia popolazione di soggetti anziani affetti da FA.

Da una popolazione di 17018 soggetti sottoposti a valutazione SVaMA dal 01.01.2005 al 31.12.2011, sono stati inclusi nello studio 1284 soggetti di età = 65 anni (474 M/810 F; età media 84.22 ± 7.18 anni), con almeno un ricovero ospedaliero per FA, sottoposti a valutazione SVaMA entro 2 mesi dall'inizio del trattamento con warfarin. Il MPI-SVaMA, indice validato predittivo di mortalità è stato calcolato dalla combinazione lineare pesata dei seguenti 6 domini della SVaMA: 1) sanitario (carico assistenziale e potenziale residuo); 2) cognitivo (ricavato dallo SPMSQ); 3) rischio di lesioni da decubito (scala di Exton-Smith); 4) attività della vita quotidiana (scala ADL); 5) attività motoria (scala Barthel motilità); 6) sociale (stato abitativo e supporto assistenziale), aggiustata per età, sesso e patologia principale. In base a predefiniti cut-off i soggetti sono stati stratificati in 3 differenti classi di rischio MPI-SVaMA-1 (rischio basso), MPI-SVaMA-2 (rischio moderato), MPI-SVaMA-3 (rischio elevato) di mortalità.

RISULTATI: 291/1284 pazienti (22.66%) con FA erano trattati con warfarin. Dividendo i pazienti secondo le classi di rischio di MPI-SVaMA, si osserva che la mortalità ad 1 anno è significativamente inferiore nei soggetti trattati con warfarin, rispetto ai soggetti non trattati, nelle classi MPI-SVaMA-3 (HR 0.324, 95%CI 0.19-0.55, $p < 0.001$) ed MPI-SVaMA-2 (HR 0.28, 95%CI 0.15-0.51, $p < 0.001$) ma non MPI-SVaMA-1 (HR 0.63, 95%CI 0.36-1.08, $p = 0.098$). L'analisi multivariata post-matching (propensity score analysis) conferma che il trattamento con warfarin riduce significativamente la mortalità ad 1 anno nei soggetti in classe MPI-SVaMA-3 (HR 0.34, 95%CI 0.19-0.59, $p < 0.001$) e MPI-SVaMA-2 (HR 0.33, 95%CI 0.17-0.63, $p = 0.001$), ma non nei pazienti in MPI-SVaMA-1 (HR 0.57, 95%CI 0.31-1.03, $p = 0.06$). Risultati analoghi si osservano dopo 3 anni di follow-up, con riduzione significativa della mortalità nei soggetti in classe MPI-SVaMA-3 (HR 0.55, 95%CI 0.37-0.83, $p = 0.004$) e MPI-SVaMA-2 (HR 0.63, 95%CI 0.42-0.93, $p = 0.02$), ma non MPI-SVaMA-1 (HR 0.71, 95%CI 0.49-1.03, $p = 0.07$).

L'indice MPI-SVaMA è utile nell'identificare pazienti anziani affetti da FA che possono beneficiare del trattamento con warfarin nel ridurre la mortalità

dopo 1, 2 e 3 anni di follow-up. L'MPI-SVaMA potrebbe dimostrarsi utile nel migliorare l'appropriatezza nella prescrizione della terapia anticoagulante orale negli anziani con FA.

82

Attività fisica e mortalità dopo rivascolarizzazione miocardica nel paziente adulto ed anziano

F. Cacciatore¹, G. Longobardi¹, Q. Bosco¹, F. Mazzella¹, G. Furgi¹, A. Nicolino¹, M. Schiavone², F. Rengo², N. Ferrara¹, P. Abete²

¹ Cardiologia Riabilitativa, Fondazione Maugeri, IRCCS, Telese, Bn; ² Cattedra di Geriatria, Università "Federico II", Napoli

L'attività fisica (AF) ha un effetto protettivo nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. L'AF migliora il profilo di rischio cardiovascolare agendo sui fattori di rischio e svolge un ruolo protettivo sulla mortalità. Quanto l'AF sia efficace nella prevenzione secondaria anche in popolazione anziana e soprattutto quali livelli di attività fisica siano validi è ancora oggetto di discussione.

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare se l'AF svolta nell'anno precedente la rivascolarizzazione miocardica mediante angioplastica coronarica (PTCA) e/o by-pass aorto-coronarico (BPAC) sia efficace nel ridurre la mortalità dopo un follow-up di 4 anni.

Dei 1134 pazienti arruolati nello studio, 753 (66.2%) sono stati ricoverati in Riabilitazione Cardiologica dopo BPAC, 51 (4.3%) dopo BPAC e sostituzione valvolare, 72 (6.3%) dopo PTCA e 258 (22.7%) dopo insufficienza cardiaca post-ischemica. L'età media era di 68.2 ± 9.1. Il 67% dei pazienti aveva più di 65 anni. L'AF leggera era stata praticata nell'anno precedente dal 25.9%, senza differenze tra adulti ed anziani (24.8% vs 26.4%; p = 0.568), l'AF moderata era stata praticata solo dal 5.5% dei pazienti, anche in questo caso senza differenze tra adulti ed anziani, mentre l'AF vigorosa era stata praticata dal 9.8% dei pazienti ed in particolare dalla popolazione adulta (15.2% vs 7.1%; p = 0.000). Dopo un follow-up medio di 48.3 ± 12.4 mesi la mortalità totale è stata del 10.6%. La regressione secondo Cox mostra che l'AF leggera, moderata e vigorosa sono associate ad una ridotta mortalità in tutti i pazienti indipendentemente dall'effetto delle covariate considerate nel modello. Quando l'analisi è condotta su popolazione adulta ed anziana si osserva un differente profilo protettivo dell'AF, infatti, nel modello degli adulti l'AF vigorosa risulta associata ad una minore mortalità (HR = 0.912, 95% CI 0.853-0.976; p = 0.007), mentre l'AF lieve risulta associata ad minore mortalità negli anziani (HR 0.969, 95% CI 0.945-0.994, p = 0.017).

Purtroppo l'AF è praticata abitualmente solo da circa il 40% della popolazione. Il nostro studio mostra come l'AF svolge un ruolo protettivo nei riguardi della mortalità a distanza in pazienti cardiopatici sottoposti ad intervento di rivascolarizzazione miocardica. L'AF vigorosa praticata l'anno che precede l'evento cardiovascolare protegge i pazienti adulti, mentre anche lo svolgimento di una leggera AF risulta protettiva nella popolazione anziana.

83

Efficacia della terapia con perindopril nell'anziano con ipertensione arteriosa e con demenza vascolare

F. D'Amico¹, R. Grasso², A. Grippa², G. Lombardo², G. D'Arrigo³

¹ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti - Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti - Messina; ² UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti ASP Messina, Patti, Messina; ³ UOC Medicina PO Taormina ASP Messina, Taormina

I criteri diagnostici per la demenza vascolare probabile prevedono la presenza di demenza e la presenza di malattia cerebrovascolare (segni neurologici focali compatibili con diagnosi di ictus, evidenza neuroradiologica di lesioni cerebrali vascolari) correlate dal punto di vista temporale (insorgenza della demenza entro tre mesi dall'ictus oppure storia di esordio brusco e andamento a gradini della demenza).

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare in anziani di età > 75 anni con ipertensione arteriosa e con demenza vascolare l'efficacia della terapia con il farmaco ACE-Inibitore Perindopril e della terapia di combinazione con il farmaco calcioantagonista Amlodipina. Sono in corso di valutazione 16 anziani (M 7, F 9, età media 77 + 3 anni) che presentavano storia clinica di ipertensione arteriosa di grado 1 - di grado 2 e con demenza vascolare post-ictus cerebrale. Al MMSE somministrato ai pazienti si rilevava punteggio medio di 18.3/30 indicativo di declino cognitivo lieve-moderato. All'inizio dello studio gli anziani non presentavano altri fattori di rischio cardiovascolare. Tutti i soggetti sono stati trattati in monoterapia con Perindopril 5 mg. La somministrazione dei farmaci in monoterapia e in terapia di combinazione era mattutina. Il disegno dello studio prevedeva di eseguire a T0, T3, T6: 1) Misurazione clinica della pressione arteriosa (PA); 2) Monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa (ABPM).

Dopo 4 settimane di monitoraggio, attraverso la misurazione clinica della pressione arteriosa, in 4 soggetti è stata mantenuta Perindopril con posologia 5 mg. Negli anziani che non presentavano controllo della pressione arteriosa è stata modificata la terapia: 1) in 6 soggetti la posologia di Perindopril è stata aumentata a 10 mg; 2) a 6 soggetti è stata aggiunta Amlodipina 5 mg. Nel follow-up a 3 mesi negli anziani ipertesi trattati con Perindopril in monoterapia e in terapia di combinazione sono stati rilevati: 1) pressione arteriosa: SBP 159+8 vs 138+7 mmHG (p < 0.01); 2) DBP 96+6 vs 86+5 mmHg (p < 0.01); 3) PP 75.6+4 vs 61.3+2 mmHg (p < 0.05). La maggiore efficacia clinica (controllo della pressione arteriosa) a T3 è stata rilevata negli anziani trattati con Perindopril 5 mg + Amlodipina 5 mg (p < 0.01).

Il farmaco ACE-Inibitore Perindopril in monoterapia, in terapia di combinazione e con somministrazione mattutina evidenzia efficacia terapeutica nell'ipertensione arteriosa in anziani di età > 75 anni con demenza vascolare. Nel follow-up attuale dello studio la maggiore efficacia clinica è stata rilevata con Perindopril 5 mg + Amlodipina 5 mg.

Variable	Tutti			Adulti			Anziani		
	HR	95%CI	p	HR	95%CI	p	HR	95%CI	p
Età	1.005	1.001-1.112	0.023	1.114	1.060-1.171	0.000	1.002	1.001-1.006	0.024
Femmine	0.753	0.608-1.007	0.087	1.666	0.929-2.990	0.087	0.666	0.498-0.891	0.006
Diabete	1.108	0.949-1.538	0.125	0.990	0.593-1.653	0.969	1.235	0.925-1.647	0.152
FE	0.976	0.967-0.985	0.000	0.980	0.960-1.001	0.061	0.978	0.967-0.989	0.000
Charlson Index	0.988	0.928-1.052	0.707	0.957	0.858-1.156	0.957	0.954	0.888-1.026	0.207
6 MWT	0.998	0.996-0.999	0.000	0.996	0.994-0.999	0.008	0.997	0.995-0.998	0.000
Delta 6 MWT	0.998	0.997-1.000	0.046	0.999	0.995-1.003	0.593	0.998	0.996-1.000	0.064
AF Lieve	0.978	0.957-0.999	0.004	0.994	0.951-1.040	0.802	0.969	0.945-0.994	0.017
AF Moderata	0.953	0.909-0.999	0.005	0.942	0.845-1.050	0.279	0.961	0.911-1.014	0.148
AF Vigorosa	0.923	0.878-0.970	0.002	0.912	0.853-0.976	0.007	0.943	0.875-1.015	0.118

84

Indicatori predittivi di risultato nella riabilitazione dell'anziano con scompenso cardiaco

G. Lombardo¹, F. Caronzolo¹, F. Chirafisi¹, P. Crescenti¹, F. D'Amico²¹ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti ASP Messina, Patti, Messina; ² UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti, Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti, Messina

La possibilità di iniziare la riabilitazione in tempi più precoci può evitare la perdita di autonomia e l'insorgenza di sindromi correlate alla ospedalizzazione e/o alla immobilizzazione.

Lo studio osservazionale intende individuare la presenza di fattori predittivi di risultato per il recupero motorio in anziani ospedalizzati per scompenso cardiaco presso la UOC di Geriatria del PO di Patti.

Sono stati valutati n. 50 soggetti (F 30, M 20, età media 82 + 5 anni) ospedalizzati per scompenso cardiaco dal 1 gennaio al 30 giugno 2011. Sono stati monitorati con valutazione clinica (Esami ematochimici, Elettrocardiogramma, Ecocardiogramma, EGA, RX Torace), stratificazione dello scompenso cardiaco (Classe NYHA), valutazione multidimensionale (MMSE, GDS, ADL, IADL, BARTHEL INDEX, NRS) e valutazione delle funzioni motorie (TINETTI SCALE) all'ammissione e alla dimissione dalla UOC di Geriatria. All'ammissione 72 % dei pazienti presentava dipendenza nelle BADL, 84 % dei soggetti un punteggio al GDS indicativo di depressione, 54 % dei soggetti un punteggio inferiore a 24/30 al MMSE, 56 % degli anziani dolore moderato-severo al NRS. Alla valutazione clinica 24 % dei soggetti presentava fibrillazione atriale, 66 % degli anziani mancato controllo della frequenza cardiaca, 34 % dei pazienti glicemia basale maggiore di 126 mg/dl. Inoltre alla ammissione 70 % dei soggetti presentava alla Tinetti Scale elevato rischio di caduta, 18 % degli anziani moderato rischio di caduta e 12 % dei soggetti basso rischio di caduta. Alla dimissione 50 % dei soggetti manteneva un rischio di caduta alto, 32 % dei pazienti un rischio di caduta moderato e 18 % degli anziani un rischio di caduta basso. Inoltre alla dimissione 90 % dei soggetti aveva un controllo ottimale della frequenza cardiaca. Dei pazienti che alla valutazione con Tinetti Scale alla dimissione avevano un guadagno di punteggio superiore a 3, 80 % dei pazienti mostrava un precoce controllo della frequenza cardiaca. Dei 12 soggetti che all'ingresso presentavano fibrillazione atriale 16,7 % degli stessi soggetti presentava precoce ripristino del ritmo sinusale con un guadagno medio di 7 punti al punteggio della Tinetti Scale. Invece dei soggetti che non avevano avuto un guadagno di punteggio alla Tinetti Scale superiore a 3, soltanto 12 % degli stessi pazienti presentava un precoce controllo della frequenza cardiaca, nessuno dei soggetti con fibrillazione atriale presentava ripristino del ritmo sinusale. I soggetti che non avevano avuto un guadagno del punteggio della Tinetti Scale superiore a 3 presentavano inoltre maggiore compromissione clinica (75 % dei soggetti appartenenti alle classi NYHA III e IV).

È ipotizzabile una correlazione diretta tra precoce controllo della frequenza cardiaca o ripristino del ritmo sinusale e migliore esito di risultato nella riabilitazione motoria in soggetti anziani ospedalizzati per scompenso cardiaco.

85

Importanza clinica dell'indice di Winsor in una popolazione anziana ambulatoriale

M.A. Ferri, F. Giordano, C. Patti, G. Lancellotti, R. Scotto, M. Bertolotti, C. Mussi

Cattedra di Geriatria, Modena

Gli effetti sistemici dell'arteriosclerosi sono ben noti. Ecco perché l'indice di Winsor (Ankle-Brachial Index, ABI) è un test di screening insostituibile nell'esame obiettivo del paziente geriatrico in quanto consente di individuare soggetti con arteriopatia obliterante degli arti inferiori anche asintomatica (AOAI), monitorarne la progressione e valutare la capacità funzionale degli arti inferiori.

Per valutare l'impatto clinico della misurazione dell'indice di Winsor nella popolazione anziana ambulatoriale abbiamo studiato 453 pazienti (età media 75,67 ± 6,3 anni, 44,4% maschi) afferenti all'ambulatorio di Cardiogeriatrics del Nuovo Ospedale S. Agostino Estense a Baggiovara. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione cardiogeriatrica: anamnesi clinica e farmacologica, questionario di Rose per la valutazione della claudicatio intermittens, esame obiettivo, valutazione dell'ipotensione ortostatica e della variabilità della frequenza cardiaca (HRV), misura della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), misure antropometriche, ECG. L'ABI è il rapporto tra pressione arteriosa misurata alla gamba (rilevazione del polso tibiale posteriore con MiniDoppler a flusso continuo) e quella misurata all'arto superiore. I soggetti sono stati suddivisi in base al valore dell'ABI (normale, > 0,90, N = 401, patologico, < 0,90, N = 52).

I pazienti con ABI patologico sono maggiormente affetti da cardiopatia ischemica (p < 0,001), ipertensione arteriosa (p = 0,002), insufficienza venosa (p = 0,007), diabete mellito di tipo II (p = 0,013), ictus (p = 0,025) e depressione (p = 0,046); inoltre, il punteggio CIRS è più elevato (p = 0,001). I soggetti con ABI patologico hanno un'HRV più bassa (p = 0,001) e presentano più alterazioni elettrocardiografiche rispetto ai pazienti con ABI nella norma: BAV I grado (p = 0,027), onda T invertita (p = 0,044), ischemia laterale (p < 0,0001), ischemia inferiore (p = 0,004) e deviazione assiale sinistra (p = 0,036). L'analisi multivariata spiega il 91,3% della varianza; l'ABI patologico è indipendentemente correlato a valori pressori al di sopra della norma (OR 8,19, 95% IC 2,10-16,72, p = 0,004), all'anamnesi positiva per cardiopatia ischemica (OR 12,68, 95% IC 1,12-24,34, p < 0,001) e depressione (OR 7,42, 95% IC 3,23-9,96, p = 0,006), ad alti punteggi CIRS (OR 6,16 95% IC 2,54-8,66, p = 0,013), e segni di ischemia laterale all'ECG (OR 4,44 95% IC 3,23-9,96, p = 0,006).

L'ABI è un metodo semplice, rapido e poco costoso per identificare anziani con caratteristiche di fragilità. Consente di escludere la presenza di un'arteriopatia periferica senza ulteriori accertamenti, che si rivelano dispendiosi sia in termini di risorse che di tempo per medici, pazienti e famigliari. Inoltre rivela la presenza di danno vascolare più diffuso, sia a livello cardiaco che cerebrale. Siamo convinti che tale misura dovrebbe essere inserita nella routine clinica per la valutazione multidimensionale dell'anziano.

86

Significato clinico dell'ipertensione diastolica isolata in una popolazione anziana ambulatoriale

L. Selmi, F. Giordano, C. Patti, R. Scotto, L. Ghedini, M. Bertolotti, C. Mussi
Cattedra di Geriatria, Modena

L'ipertensione diastolica isolata (IDI) è una pressione diastolica superiore a 90 mmHg con sistolica nella norma. Storicamente si riteneva che alti valori di pressione diastolica fossero maggiormente indicativi, rispetto a quelli di pressione sistolica, di aumentato rischio cardiovascolare. Poi si è dimostrato che anche l'ipertensione sistolica aumenta il rischio cardiovascolare, con necessità di controllo farmacologico per entrambi i tipi di ipertensione. L'ipertensione sistodiastolica viene però più facilmente riconosciuta e trattata dell'ipertensione sistolica o diastolica isolate.

Non esistono in Letteratura dati definitivi sull'importanza clinica dell'IDI nella popolazione anziana, mentre più noto è l'impatto di tale condizione nei soggetti con età inferiore a 50 anni. Pertanto, scopo dello studio è valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti con IDI in una popolazione anziana ambulatoriale.

Sono stati studiati 1274 pazienti (età media 76,8 ± 6,9 anni, 57,3% femmine), consecutivamente arruolati presso l'ambulatorio di Cardiogeriatrics dell'Università di Modena e Reggio Emilia. I pazienti sono stati suddivisi in base ai valori di pressione rilevati in clinostatismo alla fine della visita, considerando valori pressori normali una PAS < 140 mmHg e/o una PAD < 90 mmHg: Normotesi: 367 (29%), Ipertensione sistolica isolata: 233 (18,4%), Ipertensione diastolica isolata: 92 (7,3%), Ipertensione sistodiastolica: 575 (45,4%).

I soggetti con IDI hanno un peso corporeo (p = 0,021), un BMI (p = 0,018) e una percentuale di massa grassa (p = 0,043) maggiori rispetto agli

altri gruppi. Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari associate, esiste una differenza significativa per quanto riguarda la prevalenza di ictus ($p = 0,012$), patologia vascolare arteriosa ($p = 0,042$) ed ipertensione non controllata ($p = 0,034$), ma solo tra i soggetti con ipertensione sistolica isolata e gli altri tre gruppi, mentre i soggetti con IDI hanno una maggior prevalenza di depressione ($p = 0,030$), cardiopatia aritmica ($p = 0,042$) ed alterazioni aritmiche rilevate all'ECG (extrasistoli sopraventricolari: $p = 0,047$; extrasistoli ventricolari: $p = 0,047$). Non esistono differenze significative nei quattro gruppi per quanto riguarda l'uso di particolari classi di farmaci antipertensivi

L'IDI non sembra un'entità clinica particolarmente importante nel soggetto anziano, mentre l'ipertensione sistolica isolata conferma l'impatto prognostico già rilevato in Letteratura. Tuttavia, la sua valutazione è importante per selezionare un gruppo di pazienti anziani a maggior rischio di aritmia cardiaca, rispetto agli altri tipi di ipertensione. Inoltre, si potrebbe richiedere maggiore attenzione nella prescrizione delle diverse classi di farmaci antipertensivi, in base alle caratteristiche cliniche del paziente che spesso non sono prese in opportuna considerazione.

87

Impatto del diabete mellito nell'alterata innervazione cardiaca in pazienti anziani con insufficienza cardiaca

G. Pagano¹, G. Rengo², G.D. Femminella¹, C. De Lucia¹, T. Pellegrino³, E. Attena⁴, K. Komici¹, A. Cuocolo³, P. Perrone-Filardi¹, N. Ferrara², D. Leosco¹

¹ Dpt di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Università "Federico II", Napoli; ² Fondazione "Salvatore Maugeri" IRCCS, Telesse Terme; ³ Università "Federico II", Napoli; ⁴ Ospedale "Fatebenefratelli", Napoli

L'ipertono adrenergico rappresenta un meccanismo cardine nella progressione dell'insufficienza cardiaca (IC). L'innervazione adrenergica cardiaca può essere misurata attraverso la scintigrafia miocardica con meta-iodobenzilguanidina (MIBG) e il rapporto di captazione cuore/mediastino è un fattore predittivo indipendente per la progressione dell'IC, di eventi aritmici e di morte cardiaca. Un'alterazione del sistema nervoso simpatico è stata

dimostrata in pazienti diabetici senza IC in associazione ad una prognosi peggiore ma ci sono poche evidenze su pazienti diabetici con IC.

Lo scopo del nostro studio è valutare l'impatto del diabete mellito sull'innervazione cardiaca in pazienti anziani con IC.

Metodi: Abbiamo studiato 75 pazienti anziani (età media $67,33 \pm 9,6$) con severa riduzione della frazione di eiezione (FE $31,03 \pm 7,15$) affetti o meno da diabete mellito. In tutti i pazienti è stata effettuata una scintigrafia con MIBG con valutazione del rapporto cuore/mediastino precoce e tardivo e del wash out. Inoltre, sono stati valutati i parametri clinici, ecocardiografici ed indagati di laboratorio (inclusi i livelli sierici di NT-proBNP e di emoglobina glicata). I pazienti sono stati divisi in due gruppi a seconda della presenza o meno di diabete mellito.

I due gruppi erano omogenei per i fattori di rischio cardiovascolare, la terapia farmacologica, le caratteristiche demografiche, l'eziologia dell'IC, la funzione sistolica ventricolare, la classe NYHA ed i livelli sierici di NT-proBNP. I rapporti cuore/mediastino precoce e tardivo erano significativamente più bassi nei diabetici rispetto ai non diabetici. Inoltre, nei diabetici era presente una correlazione lineare tra il rapporto cuore/mediastino ed il grado di scompenso glico-metabolico, misurato attraverso i livelli sierici di emoglobina glicata (Pearson = $-0,697$, $p < 0,000$ per il precoce e Pearson = $-0,579$, $p < 0,000$ per il tardivo). Inoltre all'analisi univariata il rapporto cuore/mediastino correlava in maniera significativa con età, frazione di eiezione, classe NYHA, eziologia dell'IC, livelli sierici di NT-proBNP ed emoglobina glicata. All'analisi multivariata la frazione di eiezione e l'emoglobina glicata risultavano gli unici fattori prognostici significativi per l'alterato rapporto cuore/mediastino.

Nell'anziano, il diabete è associato ad una maggiore disfunzione dell'innervazione cardiaca nei pazienti con IC; inoltre, il grado di alterazione glicometabolica è strettamente correlato all'alterazione neuro-autonomica. Questa potrebbe essere una possibile spiegazione della prognosi peggiore dei pazienti anziani con IC affetti da diabete mellito e potrebbe porre le basi per ulteriori studi per valutare se il miglioramento del controllo glico-metabolico può determinare un miglioramento dell'alterata innervazione autonoma nei pazienti con IC e, di conseguenza, un miglioramento della prognosi.

Caratteristiche basali della popolazione totale e suddivisa in diabetici e non diabetici.

Caratteristiche	Tutti	soggetti con DM	soggetti senza DM	p
Maschi, %	84% (63)	78.4% (29)	89.5% (34)	0.222
Età, anni	67.33±9.6	68.46±9.89	66.24±9.301	0.365
LVEF, %	31.03±7.15	29.78±6.63	32.24±7.52	0.316
Classe NYHA II, III, %	38.7% (29) 58.8% (40)	32.4% (12) 67.6% (25)	44.7% (17) 55.3% (21)	0.154
Ischemici vs. non-ischemici, %	79.3% (52)	73% (27)	65.8% (25)	0.618
NT-proBNP, ng/L	1475.08±1169.73	1453.92±1131.36	1495.68±1220	0.308
Emoglobina glicata, %		6.61±0.69		
Fattori di rischio cardiovascolare				
Storia familiare di CAD, %	32% (24)	37.8% (14)	26.3% (10)	0.329
Iipertensione, %	76% (57)	81.8% (30)	71.1% (27)	0.419
Fumo, %	69.3% (52)	64.9% (24)	73.7% (28)	0.460
Dislipidemia, %	66.7% (50)	73% (27)	60.5% (23)	0.329
Comorbidità				
BPCO, %	42.7% (32)	43.2% (16)	42.1% (16)	1.000
IRC, %	18.7% (14)	21.6% (8)	15.8% (6)	0.565
Arteriopatia periferica, %	10.7% (8)	16.2% (6)	5.3% (2)	0.147
Fibrillazione atriale, %	18.7% (14)	10.8% (4)	26.3% (10)	0.137
Parametri MIBG				
Rapporto C/M precoce	1.70±0.22	1.65±0.21	1.75±0.21	0.050
Rapporto C/M tardivo	1.52±0.24	1.46±0.22	1.58±0.24	0.025
Washout	35.66±22.07	37.83±22.3	33.9±21.91	0.448

I dati sono espressi come medie±1 deviazione standard. LVEF = frazione di eiezione del ventricolo sinistro; NYHA = New York Heart Association; NT-proBNP = N-terminal pro-brain natriuretic peptide; CAD = malattia coronarica; BPCO = bronco pneumopatia cronico ostruttiva; IRC = Insufficienza renale cronica; MIBG = Meta-iodobenzilguanidina; DM = diabete mellito; C/M = cuore su mediastino.

88

Association of serum uric acid levels and age on functional recovery after cardiac rehabilitation

F. Cecchi, R. Molino-lova, G. Pasquini, F. Vannetti, A. Paperini, S. Matteoli, R. Zipoli, M. Luisi, C. Macchi

Fondazione Don Carlo Gnocchi-IRCCS, Firenze

The double role of Uric Acid (UA) as risk factor for cardio-renal diseases and antioxidant is yet controversial. In this paper we report the results of a study on the effects of UA on functional recovery in patients receiving cardiac rehabilitation.

306 patients, 32% women, 66% aged 65 years or more, performed the six-minute walk test (6mWT) before and after the rehabilitation. Based upon the distribution of UA serum levels (range 1.0-10.9 mg/dL), participants were grouped according to UA tertiles (< 4.4 , $\geq 4.4 < 5.6$, and ≥ 5.6).

At preliminary age- and sex-adjusted analysis the distances walked on the 6mWT before the rehabilitation did not vary across UA tertiles (unadjusted data $314 \text{ m} \pm \text{SD } 76$, 332 ± 80 and 313 ± 71 , respectively, $p 0.375$), while the distances walked after the rehabilitation was significantly different (unadjusted data $377 \text{ m} \pm \text{SD } 80$, 396 ± 87 and 394 ± 65 , respectively, $p 0.010$). After further adjusting for the distance walked before and other relevant confounders, higher UA levels remained independent positive predictors of the distance walked after the rehabilitation in older ($p < 0.001$) but not in younger patients ($p 0.558$).

Higher UA levels show an independent association with better functional recovery after cardiac rehabilitation selectively in elderly patients, suggesting that higher UA levels might reflect the decline in antioxidant defenses that occurs with advancing age.

DEMENZA, DISTURBI COGNITIVI E PSICO-AFFETTIVI NEL PAZIENTE ANZIANO

89

Scala Biazzi: la valutazione del rischio di cattivo sonno nella terza età

D. Garbi

i.e. Piacenza

Questo progetto nasce da una sfida e da una riflessione. La sfida è stata quella di creare un gruppo eterogeneo che potesse ragionare insieme anche al di fuori del quotidiano lavorativo e la riflessione è stata il realizzare che la valutazione del riposo notturno dell'anziano non era codificata; per cui risultava spesso soggettiva a discrezione dell'operatore in servizio.

Ciò portava ad una valutazione non corretta con ripercussioni sulle performances diurne dell'anziano (e a volte ad uno scorretto utilizzo di farmaci ipnoinducanti).

L'obiettivo è stato quello di creare uno strumento di lavoro che riuscisse a codificare il riposo notturno nella Terza Età e che permettesse di rilevare il rischio di cattivo sonno al fine di migliorare il benessere bio-psico-sociale della persona anziana, con risultati positivi che potessero anche ripercuotersi sul lavoro assistenziale alleggerendone il carico.

Al primo follow up, dopo i primi 15 giorni di monitoraggio, su di un campione di n. 286 persone, si evidenzia che il 74.2% degli ospiti presenti nelle 5 Strutture esaminate presenta un moderato/elevato rischio di cattivo sonno ma in realtà, di questi 74.2%, è solo il 20.6% che ha gravi disturbi del sonno. Il restante 53.6% risulta a moderato/elevato rischio ma comunque dorme.

Il rimanente 25.8 degli ospiti presenti nelle 5 Strutture esaminate presenta un lieve rischio di cattivo sonno. Il 100% di questo 25.8% dopo periodo di monitoraggio risulta dormire.

Nella seconda fase tutte le strutture continuano a collaborare al progetto monitorizzando con grafico, per una durata questa volta pari a 30 giorni in modo da eliminare anche i casi relativi le insonnie acute, tra Luglio ed Agosto su di un campione di 210 persone, (l'ASP monitorizza, per motivi organizzativi un campione di 56 persone), apportando cambiamenti alla scorretta igiene del sonno risultante dalle scale n.2.

Il 25% hanno ottenuto un risultato al secondo follow up sovrapponibile al primo; il 25% sono peggiorate ed il 50% sono migliorate.

I soggetti migliorati hanno dormito mediamente il 36.1% in più e sono diminuite del 58.1% le notti in cui queste persone dormivano = 4 ore.

Si è realizzata una scala di valutazione, che attraverso l'individuazione della presenza o meno di fattori di cattiva igiene del sonno, ci permette di individuare le persone a rischio di cattivo sonno. L'inserimento nell'area di rischio deve essere per l'operatore un campanello d'allarme: questo soggetto presenta più fattori che potenzialmente potrebbero portarlo a riposare poco. La funzione della scala, quindi, è quella di: evidenziare il rischio; prendere in esame tutti i fattori negativi, risultanti dalla Scala Biazzi, valutando quali fra questi possono essere ridotti o eliminati attraverso strategie ed interventi mirati, (prevenire e intervenire).



Scala Biazzi
valutazione del rischio di cattivo sonno nella terza età MCN: CK36A-T275J-MFK11

Nome _____ Cognome _____ data ____/____/____

<p>1) età</p> <p>0 = ≤65 anni</p> <p>1 = > 65 anni</p> <p>2) presenza delle principali patologie condizionanti (disturbi di tipo psichiatrico- anche demenze con disturbi comportamentali; patologie cardiovascolari; malattie respiratorie; gastrointestinali; malattie della tiroide; obesità)</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p>3) presenza di dolore (sostenibile in presenza di una scala di valutazione del dolore)</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p>4) inquinamento acustico (presenza di rumore nella stanza o nell'ambiente circostante)</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p>5) temperatura ambientale</p> <p>0 = ≥ 18° ≤ 24°</p> <p>1 = < 18° o > 24°</p> <p>6) stimolazioni luminose eccessive prima di coricarsi (es. Tv)</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p>7) Variazione dell'ambiente di vita</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p>8) risvegli notturni spontanei e/o indotti</p> <p>0 = no o comunque ≤ 3 e si riaddormenta subito dopo</p> <p>1 = si > 3 o ≤ 3 ma non si riaddormenta subito dopo. Presenza di nicturia.</p> <p>9) allettamento nelle ore di veglia</p> <p>0 = non è costretto a letto e si alza regolarmente</p> <p>1 = è costretto a letto per oltre il 50% delle ore di veglia</p>	<p>10) attività ricreative e/o riabilitative</p> <p>0 = svolge attività ricreative e/o riabilitative nella mattinata e/o primo pomeriggio</p> <p>1 = non svolge attività ricreative e/o riabilitative o le svolge nel tardo pomeriggio dopo le h. 16.00</p> <p>11) riposo pomeridiano</p> <p>0 = no o comunque ≤ alle 2 ore</p> <p>1 = si per più di 2 ore</p> <p>12) pasto serale</p> <p>0 = svolge un pasto serale completo e senza eccessi</p> <p>1 = si corica a digiuno o dopo un pasto eccessivo.</p> <p>13) abitudini voluttuarie</p> <p>0 = non abitudini voluttuarie</p> <p>1 = presenta alcolismo e/o tabagismo e/o assunzione di bevande stimolanti (caffè, the, ecc..., oltre due bicchieri/tazze die)</p> <p>14) terapia lassativa e/o diuretica la sera</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p>15) terapie inducenti il sonno</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p>16) alterazione del ritmo circadiano</p> <p>0 = si corica e si sveglia la mattina sempre alla stessa ora</p> <p>1 = si corica e si sveglia la mattina in orari diversi. Presenza di cecità</p> <p>17) sindrome delle apnee ostruttive del sonno</p> <p>0 = respiro notturno nella norma</p> <p>1 = presenta eccessivo russamento o alterazioni notturne del respiro</p> <p>18) eventi traumatici nel vissuto</p> <p>0 = no</p> <p>1 = si</p> <p style="text-align: right;">+ punteggio totale _____</p>
--	--

🍏 rischio lieve di cattivo sonno (≤ ai 3 punti)	🍏 rischio moderato di cattivo sonno (> 3 e < 7 punti)	🍏 rischio elevato di cattivo sonno (≥ 7 punti)
---	---	--

Se la scala di valutazione risulta con punteggio > 3 si consiglia di associarvi un periodo di monitoraggio del sonno.

90

Trattamento combinato di Stimolazione transcranica a Corrente Continua (tDCS) e riabilitazione del linguaggio in pazienti affetti da afasia progressiva primaria non fluente (PNFA)

M. Cotelli, R. Manenti, M. Brambilla, M. Petesi, M. Cosseddu, A. Alberici, O. Zanetti, A. Padovani, C. Miniussi, B. Borroni

Brescia

Recenti studi hanno descritto il miglioramento di specifiche funzioni cognitive successivamente all'applicazione di tecniche di stimolazione transcranica (Stimolazione Magnetica transcranica ripetitiva, rTMS e Stimolazione transcranica a Corrente Continua, tDCS) in pazienti con patologie neurologiche.

Gli effetti di facilitazione descritti sembrano essere legati alla possibilità, offerta dalle tecniche di stimolazione transcranica, di indurre cambiamenti nell'eccitabilità corticale favorendo la riorganizzazione funzionale del network coinvolto.

L'obiettivo del nostro lavoro è valutare gli effetti del trattamento combinato di tDCS, applicata sulla corteccia dorsolaterale prefrontale (DLPFC), e riabilitazione individualizzata del linguaggio in pazienti con afasia progressiva primaria non fluente (PNFA).

10 pazienti PNFA sono stati randomizzati in due gruppi: a) 2 settimane di stimolazione tDCS anodica applicata sulla DLPFC combinata con sedute di riabilitazione individualizzata del linguaggio focalizzata al recupero dei deficit lessicali; b) 2 settimane di stimolazione tDCS placebo combinata con sedute di riabilitazione individualizzata del linguaggio focalizzata al recupero dei deficit lessicali.

Ogni settimana di trattamento tDCS consisteva di 5 sessioni della durata di 25 minuti al giorno (25 minuti di tDCS applicata durante riabilitazione individualizzata del linguaggio).

Risultati. Al termine delle due settimane di trattamento si osserva un significativo miglioramento delle abilità di denominazione in entrambi i gruppi. È interessante notare, inoltre, che solo nel gruppo di pazienti sottoposti a tDCS anodica è presente un miglioramento delle abilità di denominazione valutate tramite il subtest dell'Aachener Aphasia Test.

La stimolazione cerebrale associata a riabilitazione individualizzata del linguaggio sembra in grado di migliorare le capacità di denominazione in pazienti PNFA.

91

Valutazione prognostica in pazienti anziani ospedalizzati affetti da demenza

G. Orsitto, F. Fulvio, V. Turi, A. Venezia, C. Manca

S.C. di Geriatria, Ospedale "Paradiso", ASL Bari, Gioia del Colle (Ba)

Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) recentemente validato da Pilotto A. et al., è stato proposto come strumento prognostico capace di stratificare in gruppi a diverso rischio di mortalità i pazienti anziani fragili ospedalizzati. Ad oggi tuttavia non è ancora stata analizzata la prognosi di tali pazienti in relazione alla causa del ricovero in ospedale, in particolare di quelli affetti da demenza.

Valutare il rischio di mortalità ad 1 anno in relazione alla diagnosi principale di dimissione in tutti i pazienti di età > 65 anni affetti da demenza, consecutivamente ricoverati presso la S.C. di Geriatria dell'Ospedale "Paradiso" di Gioia del Colle, ASL Bari, nel periodo compreso tra marzo 2010-12. L'indice MPI, calcolato mediante i dati ricavati dall'esecuzione della valutazione multidimensionale geriatrica di routine durante il ricovero, ha permesso di identificare tre gruppi di soggetti a diverso grado di rischio di mortalità ad 1 anno: basso (MPI-1 = 0,033), moderato (MPI-2 = 0,34-0,66) e severo (MPI-3 = 0,67-1,00). Le diagnosi di Malattia di Alzheimer (AD), Demenza Vascolare (VaD) e Demenza Mista (MD) sono state poste in

accordo ai criteri NINCDS-ADRDA, NINDS-AIREN Work Group ed a quelli del DSM - IV. La diagnosi principale di dimissione di ogni paziente è stata ricavata dalla scheda di dimissione ospedaliera. L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando i test del Chi-quadro di Pearson, di Kruskal-Wallis e l'ANOVA post-hoc per comparazioni multiple.

Dei 147 pazienti arruolati (M = 58, F = 89, età media 77.6 ± 5.8 , range = 68-96 anni, MPI medio 0.59 ± 0.3), 49 sono risultati essere affetti da AD, 58 da VaD e 40 da MD. Valori più alti di MPI sono risultati significativamente associati ad una maggiore età, CDR e a ridotti valori di MMSE (p < 0.001). Il 27.5% dei pazienti è risultato essere a basso rischio (MPI-1), il 33% a rischio moderato (MPI-2) ed il 39.5% a rischio severo (MPI-3) di mortalità ad 1 anno. La stratificazione del rischio di mortalità ad 1 anno in relazione alla diagnosi principale di dimissione è riportata nella Tab. 1.

In questa popolazione di anziani ospedalizzati affetti da demenza il principale risultato emerso è rappresentato dalla prevalenza di rischio severo di mortalità ad 1 anno (MPI-3), in particolare in coloro che si sono ricoverati a causa di una patologia acuta o cronica riacutizzata a carico del sistema digestivo. Questa importante informazione dovrebbe quindi essere presa in considerazione nella valutazione globale di tutti i pazienti con deficit cognitivo, sia durante il ricovero che dopo la dimissione.

	MPI-1 41 (27.5)	MPI-2 49 (33)	MPI-3 57 (39.5)	MPI-tot 147 (100)
sistema cardio-circolatorio	12 (8)	15 (10)	7 (5)	34 (23)
sistema cerebrovascolare	3 (2)	4 (3)	3 (2)	10 (7)
sistema respiratorio	7 (5)	5 (3.5)	14 (9.5)	26 (18)
sistema digestivo	4 (2.5) *	4 (2.5) †	26 (18)	34 (23)
sistema genito-urinario	10 (6.5)	11 (7.5)	4 (3)	25 (17)
altro	5 (3.5)	10 (6.5)	3 (2)	18 (12)

Sono riportati il numero dei pazienti (%).

* MPI-1 vs MPI-3, p = 0.04; † MPI-2 vs MPI-3, p = 0.02.

92

Ricerca-intervento per il potenziamento del ruolo del MMG nella diagnosi precoce di demenza. Prima fase: incontri tra centro della memoria e medici di medicina generale

E. Ortone¹, B. Debernardi¹, F. Menegon², V. Alastra²

¹ ASL BI - S.O.C. Geriatria Post Acuzie, Biella; ² ASL BI - S.O.C. Formazione e Comunicazione, Biella

Rispondendo alle sollecitazioni di famiglie ed associazioni, da alcuni anni è attivo presso la Struttura Geriatria Post-Acuzie dell'ASL BI (Biella, Piemonte) il Centro della Memoria (CdM).

Il Centro, realizzato grazie all'impegno di diversi attori del territorio (ASL BI, Consorzi Iris e Cissabo, Comune di Biella e Associazione Italiana Malattia di Alzheimer - AIMA), accompagna il malato di Alzheimer (o demenza) e i suoi caregiver lungo il difficile percorso di malattia, guidandoli nella rete dei servizi di diagnosi, cura e assistenza. Il Centro fornisce un piano terapeutico e assistenziale personalizzato, nell'ottica di una gestione condivisa ed integrata della malattia. Nel Centro opera un team multiprofessionale: il geriatra, il neurologo, la neuropsicologa, la psichiatra, il personale infermieristico, l'assistente sociale, lo psicologo, i volontari dell'AIMA.

Dall'analisi dell'attività dei primi due anni di esistenza del Centro, si è evidenziata la necessità di coinvolgere in modo più diretto i Medici di Medicina Generale (MMG), al fine di:

- raggiungere capillarmente le persone affette da demenza;
- giungere ad una diagnosi di malattia il più precoce possibile;
- ottimizzare la rete territoriale dei servizi;
- rispondere alle esigenze prescrittive dei MMG, attraverso percorsi semplificati e definiti;
- raccogliere dati sulla reale incidenza e prevalenza della demenza nel Biellese.

La fase iniziale del progetto, definito con la Struttura Formazione e Comunicazione, ha previsto l'incontro di alcuni degli operatori del CdM e della Formazione con le 9 équipe territoriali di MMG con l'obiettivo di:

- presentare il Centro offrendo una panoramica sulle finalità e i servizi specifici offerti;
- focalizzare l'importanza del ruolo giocato dai Medici di Medicina Generale per la creazione di una rete integrata sul territorio per la diagnosi precoce di demenza;
- sondare i bisogni formativi in relazione a tale patologia;
- progettare e proporre modalità di contatto continuo tra singoli MMG e CdM;
- coinvolgere attivamente i MMG in Gruppi di Lavoro e approfondimento su tematiche emerse.

Su circa 120 MMG presenti sul territorio, 113 sono stati i presenti agli incontri serali di ca. 2 ore.

Dagli incontri è emersa la disponibilità a creare dei Gruppi di Lavoro per definire:

- strumenti e percorsi per una diagnosi precoce di demenza;
- modalità di comunicazione della diagnosi e favorimento dell'insight al fine di non perdere i contatti con i pz ed i loro famigliari;
- le reali dimensioni del problema nel Biellese, le caratteristiche socio demografiche e culturali dei pz;
- percorsi condivisi per Piani Terapeutici, controlli, richieste di Tutela Legale.

Gli incontri sono stati un'importante occasione per sensibilizzare e coinvolgere la comunità professionale dei Medici di Medicina Generale, per stimolarli e motivarli a collaborare per le successive attività previste dalla ricerca-intervento definita dalla Formazione e Comunicazione e CdM.

Tab. 1.

INVIANTE	2011	2012
AIMA	10,6%	7,6%
Geriatra CdM	67%	48,4%
Neurologo CdM	0%	3,1%
Psichiatra CdM	0%	0%
Altri Reparti Ospedalieri o DEA	8,8%	6,3%
Servizio Socio Assistenziali Territoriale	2,5%	5,4%
Medico Medicina Generale	7,5%	12,6%
Spontaneo – Nessun Ente Inviante	3,7%	16,6%

93

Tattamento dell'aneurisma dell'aorta addominale sottorenale in paziente con malattia di Alzheimer

C. Costagliola¹, A. Bove¹, M. Astarita¹, F. Minieri¹, G. Monaco¹, V. Canonico², G. Papaccioli¹

ASL Na1 Centro, Napoli, ²Università Federico II Napoli, Napoli

Nella popolazione anziana il rischio chirurgico risulta elevato, specie nei pazienti con comorbidità. In particolare la compromissione delle funzioni cognitive rappresenta un fattore prognostico negativo per la qualità di vita e la sopravvivenza del paziente geriatrico ed è inoltre fonte di preoccupazione per i familiari. La valutazione del geriatra è utile per orientare verso scelte terapeutiche mirate a ridurre l'invasività e le complicanze post-chirurgiche. Il trattamento chirurgico dell'Aneurisma dell'Aorta Addominale (AAA), specie nella popolazione geriatrica, è gravato da una elevata morbidità e mortalità. Individuare un approccio terapeutico che garantisca una riduzione del rischio chirurgico, un mantenimento dell'autosufficienza e una ridotta compromissione cognitiva rappresenta l'obiettivo prioritario. Ad un paziente di 66 anni affetto da Ipertensione arteriosa e Malattia di Alzheimer, seguito dal nostro Centro UVA viene diagnosticato un Aneurisma

dell'Aorta Addominale Sottorenale in seguito ad ecografia dell'addome per sospetta nefrolitiasi e viene posta indicazione al trattamento chirurgico.

I familiari preoccupati per il rischio chirurgico e per le conseguenze, avrebbero rifiutato l'intervento.

Valutato lo stato cognitivo e funzionale del momento (MMSE, GDS, CDT, BT, FAS, ADL, IADL), l'età relativamente giovane del paziente ed il rischio di una anestesia generale, sono stati presi contatti con l'équipe ospedaliera e si è concordato per un approccio transcateretere in anestesia peridurale.

Al follow-up a due mesi si è evidenziato solo un lieve peggioramento dello stato cognitivo a fronte di uno stato funzionale immutato.

Il trattamento chirurgico tradizionale degli aneurismi aortici è caratterizzato da un'elevata invasività e richiede un lungo decorso post-operatorio con ripercussioni negative sullo stato di autosufficienza.

La terapia endovascolare per il trattamento dell'AAA rappresenta una valida procedura alternativa nel paziente anziano con decadimento cognitivo. Inoltre in questa popolazione l'approccio multidisciplinare è importante per individuare risposte terapeutiche più appropriate.

94

L'arte del qui e ora: un percorso di arteterapia in centro diurno Alzheimer

S. Ragni, L. Bartorelli

Centro Alzheimer Fondazione Roma, Roma

Il Centro Alzheimer Fondazione Roma sperimenta da anni strategie non farmacologiche, alcune delle quali a mediazione artistica, riscontrando risultati positivi in termini di cognitività ed affettività. Tale setting privilegia uno sviluppo di abilità creative abitualmente inesprese.

La sperimentazione propone un'attività grafico-pittorica, mirata ad incoraggiare la compliance delle persone affette da demenza e l'espressione delle capacità conservate.

Obiettivi specifici: stimolare la multisensorialità, favorire la comunicazione attraverso una modalità anche non verbale, restituire dignità e valore alla persona, nonché offrire coinvolgimento e formazione agli operatori del Centro Diurno, ponendo alla loro osservazione elementi riabilitativi innovativi.

Il percorso, durato 3 mesi, è rivolto a 24 pazienti (12 di grado lieve e 12 moderato) che frequentano il CD. L'incontro settimanale è tenuto dall'arteterapista e dalle OSS, supervisionato dalla psicologa. Si articola in una successione di 4 tecniche (Suminagashi, colla farina, collage e monotipo), accomunate dal non utilizzo di strumenti tradizionali, una forte componente di casualità nel risultato finale, l'esercizio di movimenti fluidi in armonia con la naturale gestualità motoria. Infatti le tecniche, di immediata esecuzione, utilizzano gesti semplici, ancora perfettamente padroneggiati dai pazienti, per evitare il confronto con passate abilità ora compromesse.

Gli incontri sono videoregistrati. Una scheda osservazionale riporta il livello di partecipazione e motivazione. Un'intervista semistrutturata ai familiari valuta le ricadute ambientali.

Dall'analisi in corso si ricavano risultati qualitativamente significativi a livello di attenzione, partecipazione e memoria autobiografica.

Un filmato illustra le tecniche e il percorso riabilitativo. Per gli operatori assistere e imparare tecniche nuove comporta un maggior senso di competenza nel proporre anche altre attività riabilitative, migliora l'immagine del paziente ai loro occhi e contribuisce a prevenire il burn out, mettendo in gioco anche la creatività dell'operatore stesso.

L'accostamento delle arti alla terapia delle malattie degenerative è diventato oggi un tema di grande attualità. Si evidenzia che stimolando la creatività e l'espressività è possibile riattivare circuiti cerebrali messi in difficoltà, come supportato da studi di neuroscienze. Per i pazienti è significativa la gratificazione del saper ancora progettare, l'autostima per la propria abilità e l'aumento della motivazione al processo di riattivazione. La stimolazione combinata va dal livello percettivo-sensoriale, fino ad arrivare a coinvolgere la dimensione cognitiva, culturale e spirituale della persona.

95

La settimana di prevenzione dell'invecchiamento mentale: risultati dello screening condotto dal consorzio San Raffaele sulla popolazione pugliese

T. Balsamo¹, A. Bertolini¹, G. Pistoia¹, M. Chirico¹, F. Caffio², L. Addante¹¹ Modugno; ² Torricella

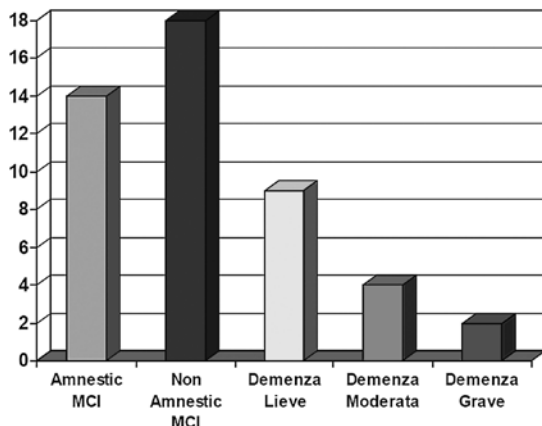
Dal 19 al 24 settembre 2011 il Consorzio San Raffaele ha aderito in qualità di partner all'ultima edizione nazionale della "Settimana di prevenzione dell'invecchiamento mentale", promossa dall'Associazione "Mens Sana". In Puglia aperte le porte di 6 delle 11 RSA pubbliche gestite dal Consorzio San Raffaele.

Le equipe (psicologi, geriatri, neurologi), hanno offerto gratuitamente la possibilità di effettuare un check-up completo delle funzioni cognitive e del tono dell'umore. I volontari sono stati sottoposti ad un esame neuropsicologico breve (protocollo ENB di S. Mondini, et all.) che esplorava le principali funzioni cognitive (memoria, attenzione, concentrazione, ragionamento logico, linguaggio, prassia, abilità visuo-costruttive, funzioni esecutive, calcolo, intelligenza, astrazione, immaginazione, creatività). Al termine dello screening (~ 45 min.), gli specialisti hanno fornito informazioni relative alle funzioni cognitive esplorate e, se necessario, indirizzato gli stessi presso i centri specialistici per gli approfondimenti diagnostici. La seduta individuale si concludeva con un counselling rivolto anche agli accompagnatori, con l'obiettivo di illustrare l'importanza del corretto stile di vita e dell'esercizio mentale per prevenire il decadimento cognitivo, dando indicazione sulle tecniche più comuni di training mentale.

La Puglia, è risultata la regione più ricettiva d'Italia; l'unica in cui il check-up è stato erogato in tutte le Province. Su 500 prenotazioni ben 140 soggetti (40%M:60%F; età 62 ± 5) si sono sottoposti al check-up completo. Riscontrata la presenza di alterazioni delle performance neurocognitive nel 42% soggetti e depressione del tono dell'umore nel 34%. Dei 59 soggetti che hanno manifestato alterazioni delle performance neurocognitive, il 22.8% presentava un probabile Mild Cognitive Impairment (MCI), che nel 50% è stato identificato Amnestic MCI, definibile come un deficit isolato della memoria. Nel rimanente 50% è stato diagnosticato un Non Amnestic MCI, ovvero un deficit più o meno isolato di una funzione cognitiva diversa dalla memoria, frequentemente identificabile con un deficit dell'attenzione. Ben il 10% presentava un quadro clinico e neuropsicologico compatibile con la diagnosi di demenza in fase conclamata (6.4% grado lieve; 2.8% grado moderato; 0,8% grado severo).

L'elevato numero di Volontari sia in presenza di sintomatologia che in assenza, ha confermato l'interesse della popolazione per l'iniziativa; inoltre, alla luce dell'importanza della diagnosi precoce delle sindromi dementigene e di un tempestivo intervento, farmacologico e non, l'analisi dei risultati

Performance neurocognitive patologiche



ottenuti mostra l'elevato risvolto sociale e scientifico dell'iniziativa considerando che il percorso anamnestico e testistico effettuato dalle equipe multidisciplinari, ha in molti casi costituito la prima parte di un percorso diagnostico precoce di probabili malattie degenerative da completare con la diagnostica strumentale.

96

Il MMSE questo sconosciuto: valutazione della variabilità interoperatori

B. Dijk¹, S. Lucarini¹, P. Cavagnaro¹, C. Serrati², P. Odetti³¹ RSA, Chiavari; ² Ist San Martino, Genova; ³ Università di Genova

Da quando Folstein pubblicò il suo articolo sul Journal of Psychiatric Research il MMSE si è imposto come uno dei test di screening del decadimento cognitivo più usati a livello mondiale per la sua semplicità d'uso, la sua alta affidabilità e la scarsa variabilità sia interoperatori sia intraoperatore. Ad oggi il MMSE è stato tradotto in 10 lingue diverse: le versioni italiane sono quella di Measso e di Magni con le correzioni dei punteggi in base a età e scolarità. La facile accessibilità al test e il vasto utilizzo hanno però portato a una discrepanza sempre maggiore tra test eseguiti da operatori diversi e in strutture diverse: esistono versioni che usano la parola carne o la parola mondo, così come esistono almeno due frasi diverse da far ripetere.

Grazie alla nascita della rete UNIVA abbiamo sviluppato un semplice questionario accessibile mediante un link a un sito internet (<http://www.esurvey-spro.com/Survey.aspx?id=917bda94-2ac5-4f92-b2aa-1142a7fed8f>) in cui abbiamo chiesto ai professionisti in vario modo coinvolti nella UVA come eseguono il test con domande sia sulla loro formazione professionale, il tipo di specialità e gli anni intercorsi dalla laurea, sia con domande specifiche su come eseguono i vari subitems; ad esempio quali parole bisillabiche usano, se danno suggerimenti ai pazienti, che ordine seguono nelle domande sull'orientamento temporale e spaziale.

Hanno risposto al questionario 23 persone, la maggior parte delle quali (84%) lavorano in un centro UVA e hanno tra i 51 e i 65 anni (52%), sono soprattutto geriatri (58%), nel 42% dei casi usano il MMSE da 16-20 anni e lo usano frequentemente. Per l'orientamento il 47% raccoglie le risposte spontanee, il 42% fa l'elenco dei mesi o delle stagioni, il 32% quello delle regioni; il 10% usa parole diverse dalle 3 classiche, il 47% aspetta che il paziente ripeta tutte le parole per dare il punteggio, l'84% dice al paziente di ricordare le tre parole per il richiamo. Il 47% ricorda al paziente i numeri del conto alla rovescia, il 68% usa la parola mondo, il 73% aiuta il paziente ricordandogli le lettere della parola, il 42% fa sempre entrambi test scegliendo il migliore. Il 5% tiene conto anche delle parole bisillabiche dette dal paziente dopo suggerimento, il 6% assegna il punteggio alla frase anche se il paziente la pronuncia soltanto, l'88% considera giusta la frase anche se ci sono errori di ortografia.

Nonostante l'esiguità del campione, questa breve intervista su come viene effettivamente svolto il MMSE nella pratica clinica quotidiana mostra come ci sia una variabilità interoperatori ben maggiore di quella prevista da Folstein al momento di presentare il test alla comunità internazionale: questa variabilità è dovuta alla relativa facilità di esecuzione, all'ampia diffusione e soprattutto alla facile accessibilità del MMSE tramite il web. Sarebbe necessario ripensare a delle istruzioni operative chiare e univoche per rendere l'esecuzione del MMSE il più omogenea possibile.

97

Sentirsi soli, funzioni cognitive e situazione bio-psico-sociale: risultati dallo studio Invece.Ab -(NIH- clinical trials.gov: nct01345110)

A. Guaita¹, R. Vaccaro¹, E. Valle¹, S. Abbondanza¹, S. Fossi¹, L. Polito¹, A. Davin¹, G. Salvini Porro², D. Dell'Acqua³, V. Lionello³, E. Marelli³, G. Carella³, S. Vitali³, M. Colombo³

¹ Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso; ² Federazione Alzheimer Italia, Milano;

³ Istituto Geriatrico "C.Golgi", Abbiategrasso

Il vissuto soggettivo di solitudine è diverso dall'essere soli e costituisce un fattore di rischio per la demenza (Wilson RS, et al; Arch Gen Psychiatry 2007;64:234-40).

Il presente lavoro vuole comprendere le vie che portano dal vissuto di solitudine al danno cognitivo valutando possibili associazioni con variabili di natura psicologica, sociale e biologica.

Nell'ambito di "Invece.Ab", uno studio multidimensionale su 1321 persone (80,2% della popolazione eleggibile) nate fra il 1935 ed il 1939, residenti ad Abbiategrasso. Ad ogni partecipante è stato chiesto se nell'ultima settimana si fosse sentito solo o abbandonato, con risposta dicotomica sì/no. Questo è stato analizzato in associazione a parametri sociali, funzionali, medici e neuropsicologici che sono riconosciuti fattori di rischio per il deterioramento cognitivo. Sono 158 gli individui che si sentono soli (SS) (12,3%; donne: 71,2%).

Variabili sociali: il vivere da soli comporta un raddoppio della quota SS: 21,9% verso 9,5%, ma più di due terzi dei soli non sono SS (NSS: 78,1%).

Nelle persone SS: la rete amicale-famigliare è meno estesa ($p < 0,01$), vi è meno soddisfazione per tali rapporti (76,9% vs 90,8%, $p < 0,001$; meno persone hanno un animale domestico (6,8% vs 14,3%, $p < 0,001$); maggiore è la presenza di una scolarità inferiore a 5 anni (17,8% vs 11,3%; $p < 0,05$) e del giudizio di "inadeguate" condizioni economiche (12,3% vs 7,2 %; $p < 0,01$). Funzionali: fra SS/NSS non c'è differenza nelle attività di base (ADL) e nelle attività strumentali come usare telefono o assumere farmaci (IADL).

Mediche: tra gli SS risultano più alti: l'indice di comorbidità (2,67 vs 2,15; $p < 0,001$); il dolore (78,3% vs 70,2 %; $p < 0,05$), il numero dei farmaci (4,03 vs 3,13, $p < 0,001$); i disturbi della vista e dell'udito ($p < 0,005$ e $p < 0,05$ rispettivamente). La Demenza e l'MCI -CIND non sono maggiormente presenti, mentre lo sono la depressione e i sintomi depressivi (42,3% vs 6,4%; $p < 0,001$). Neuropsicologiche: gli SS mostrano risultati significativamente inferiori nei seguenti test: il Clock Drawing Test (18,21 vs 18,56; $p < 0,05$), la copia della Figura di Rey (29,214 vs 30,262, $p < 0,05$), il TMTA (31,2 vs 27,94; $p < 0,05$), la fluency verbale per categorie (17,24 vs 17,97; $p < 0,05$). Non vi sono differenze per il MMSE, i test di memoria a lungo termine, le matrici attenzionali e le matrici colorate di Raven.

Biologiche: in chi si sente solo è maggiormente presente l'allele epsilon4 del gene ApoE, (SS: 24,7%; NSS: 17,1; $p < 0,03$) con un rischio di vissuto di solitudine (OR): 1,586 (CI 95%: 1,065 - 2,362).

Il vissuto di solitudine si associa ad altri fattori di rischio per la demenza come condizioni socio-economiche di disagio e sintomatologia depressiva, mostrando una riduzione della riserva cognitiva nelle aree di pianificazione esecutiva, ma non della memoria e del pensiero astratto.

98

Progetto di stimolazione multisensoriale: "giardino Alzheimer". RSA San Raffaele di Campi Salentina (Lecce)

V. Rodio³, A. Castrignanò³, T. Balsamo², M. Bonerba², A.S. Renna¹, L.M. Addante²

¹ Lecce; ² Modugno; ³ Campi Salentina (Le)

Ammalarsi di Alzheimer vuol dire perdere progressivamente le capacità cognitive. Spesso sono presenti disturbi del comportamento (deliri, allucinazioni, stati di agitazione e di aggressività, disturbi dell'umore e del movimen-



to (vagabondaggio), alterazioni del ritmo sonno-veglia, cambiamenti nelle abitudini alimentari) che inducono all'istituzionalizzazione.

La progettazione degli spazi deve tenere presente che la percezione spaziale nell'Alzheimer si trasforma nel tempo ed è importante che la struttura terapeutica venga attrezzata con spazi adatti al comportamento vagante di tali pazienti; quindi, opportuno fornire loro un ambiente protetto, limitando i pericoli. Le RSA devono proporsi come luogo di vita in cui realizzare un progetto assistenziale in grado di dare all'ospite e ai suoi familiari l'opportunità di godere ancora in libertà di spazi aperti e con tale proposito è nato nella RSA San Raffaele di Campi Salentina (LE) il Giardino Alzheimer. Il Progetto ha richiesto una progettazione specifica. La Vegetazione: è riconoscibile, manipolabile in quanto non velenosa, evocante il trascorrere del tempo con il trascorrere delle stagioni. Il Percorso: è semplice, privo di biforcazioni e incroci, in modo da aumentare la sicurezza degli ospiti e rinforzarne il senso di familiarità; ha sviluppo anulare. I Punti di riferimento: stimolano le capacità mnesiche e l'orientamento spaziale. Sono rappresentati da un gazebo al centro del percorso, un pergolato, aree di sosta e tavoli attrezzati per il laboratorio-giardinaggio. L'acqua: nel giardino è presente una fontanella con acqua corrente, importante stimolo uditivo, tattile e visivo per la possibilità di avvicinarsi con sicurezza e bere. La Recinzione: il giardino è protetto, ma la recinzione è mimetizzata da rampicanti, per non infondere un senso di oppressione.

L'ortoterapia e il giardinaggio ridotta situazioni di difficoltà, stimolando il senso di responsabilità e la socializzazione; combattono isolamento e inutilità; a livello fisico sollecitano l'attività motoria, contribuendo ad attenuare stress e ansia. Si riducono i comportamenti aggressivi, il disorientamento spazio temporale, i tentativi di fuga, il girovagare afinalistico. Inoltre si sono ridotti: l'uso dei farmaci psicoattivi; il ricorso alla contenzione; stimolando le capacità residue.

La "garden therapy" ha offerto la possibilità di unire manualità e creatività in uno spazio all'aperto e protetto rispetto all'esterno. Le RSA non sono più allora un insieme di muri in cui si dà da mangiare e da dormire, diventano "luoghi di vita e di crescita culturale". La qualità funzionale ed estetica degli spazi ad hoc sia chiusi che aperti, ha un ruolo determinante non soltanto perché supporta lo sviluppo dei programmi terapeutici, ma perché richiama costantemente l'inviolabilità di ogni persona, riconoscendo la sua dignità.

99

Camminamenti. Percorsi di stimolazione cognitiva per anziani sani con la messa in rete delle risorse culturali

D. Basso¹, F. Honsell¹, G. Zamaro², S. Pascut³

¹ Associazione Alzheimer Udine, Udine; ² Distretto Sanitario-Progetto Città Sane, Udine; ³ Comune di Udine-Progetto Città Sane, Udine; ⁴ Sindaco di Udine

L'OMS, nel Progetto "Città Sane" al quale afferisce la città di Udine, ha individuato nell'invecchiamento in salute un tema chiave della Fase V ed ha istituito il sub-network europeo "Healthy Ageing".

Lo scopo del Progetto presentato è mantenere l'integrità cognitiva della popolazione anziana con modalità sostenibili e continuative, promuovendo la partecipazione alla vita cittadina e l'intergenerazionalità.

La città è ricca di risorse culturali. Abbiamo diffuso l'iniziativa e raccolto le adesioni. Le proposte di collaborazione avanzate permettono di esercitare tutte le funzioni cognitive attraverso approcci molteplici per contenuti e mezzi espressivi: giochi, memoria, logica e matematica, calligrafia, scrittura, orientamento spazio temporale, musica e altre attività interessanti, divertenti, complesse. I tre percorsi pilota partiranno a settembre, sono gratuiti e rivolti a tutte le persone ultrasessantacinquenni. Persone esperte e qualificate in varie attività, già coinvolte in attività culturali, saranno conduttori nei gruppi con 5/6 ore di esercitazioni ciascuno, per mettere in gioco abilità, attivare motivazione, suscitare interessi. Il Progetto ed i percorsi sono stati presentati alla popolazione ed agli addetti ai lavori, come momento conclusivo del Healthy Agein Subnetwork Inception Meeting, il 3-4 maggio. Ciascuno è composto da 24 incontri bisettimanali di 2 ore, con momenti di informazione sul cervello e sulle funzioni che saranno esercitate. L'autopercezione di adeguatezza delle funzioni cognitive ed il grado di soddisfazione relativo al percorso saranno rilevati con questionari di autovalutazione.

Con la messa in rete delle risorse culturali del territorio si realizzano percorsi vari e stimolanti, generatori di interessi, tendenti a reintegrare l'anziano nel circuito delle possibili offerte di crescita personale e di aggregazione sociale, all'interno delle Circoscrizioni di appartenenza. Le collaborazioni con Biblioteca, Ludoteca, Università, Associazioni e singoli cittadini garantiranno la prosecuzione del Progetto con un circolo virtuoso di partecipazione, sia da parte degli utenti che dei collaboratori offerenti attività. Si avvierà "un processo di acquisizione di una cultura della salute, intesa come la capacità dell'individuo di prendere decisioni nel proprio quotidiano che si ripercuotano positivamente sulla propria salute e su quella degli altri. Non si tratta solo di capacità cognitive ma anche sociali e culturali che vengono incentivate soprattutto attraverso un processo di empowerment".

100

Progetto sperimentale di terapia assistita con gli animali in un nucleo Alzheimer RSA del consorzio San Raffaele

M.C. Santoro¹, T. Balsamo², L.M. Addante², P. Briganti², D. Allegretti¹, P. Marinelli¹

¹ Ostuni (Br); ² Modugno (Ba)

Le A.A.T. (Terapie Assistite con Animali) sono interventi a scopo preventivo e riabilitativo nei quali un animale che risponde a specifici criteri viene utilizzato come ausilio per migliorare la qualità di vita di un individuo, producendo effetti benefici sulla salute psico-fisica.

Scopo del progetto "Pony Express" è stato indagare i benefici, in ambito cognitivo ed emotivo-comportamentale, di un trattamento effettuato con un pony su pazienti affetti da demenza. Coinvolti gruppi di 5 Ospiti del Nucleo Alzheimer della RSA Ostuni (Br), età media 82 anni, con diagnosi di demenza degenerativo-vascolare di grado moderato e disturbi della sfera emotivo-comportamentale di grado lieve-moderato. Incontri di 90 min. settimanali per 4 mesi. Gli incontri si sono svolti in un recinto, realizzato come setting della pet-therapy, nella pineta dell'RSA scelta per la ridotta rumorosità e l'assenza di eventi distraenti. Equipe costituita dal tecnico della pet-therapy, un educatore e dalla psicologa. Ciascuna seduta si è articolata in diverse attività: accoglienza, ricerca di un canale di interazione con il pony, attività guidate per l'accudimento dell'animale e dell'ambiente, attività volte alla conduzione del pony, attività relazionale, momento di condivisione. Prima di ogni seduta, gli Ospiti sono stati preparati attraverso la visione di filmati e foto realizzate nelle sedute precedenti. L'obiettivo: stimolare l'attenzione e la memoria episodica, offrire una riflessione sul vissuto emotivo-esperenziale sperimentato, stimolare il dialogo e lo svago giocoso sollecitando l'interesse/motivazione all'incontro successivo. Ogni incontro è stato documentato compilando un diario della seduta ed una griglia di osservazione di gruppo,

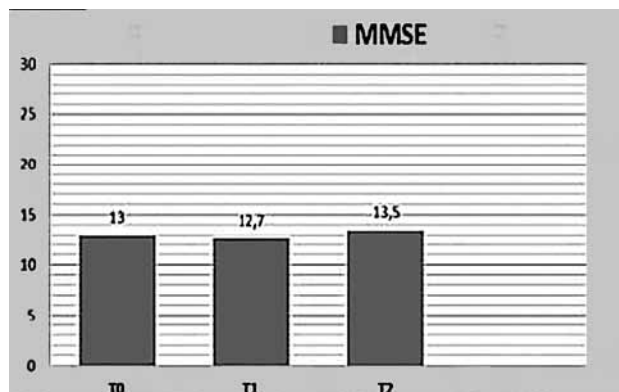


Fig. 1.

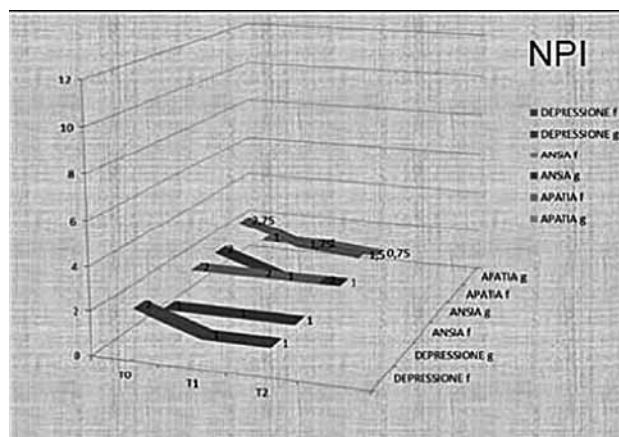


Fig. 2.

la AAT flow sheet, ideata da Richeson per la pet-therapy con il cane (Educazione e riabilitazione con la Pet therapy ed. Erickson, 2003), e adattata alla "pony-therapy". La compilazione della griglia ha consentito il rilievo ad alcuni elementi specifici di osservazione estratti dal manuale ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, OMS), quali ulteriori campi di verifica e approfondimento circa l'impatto della terapia con pony nei pazienti affetti da demenza.

Dal punto di vista cognitivo, si rilevano valori invariati e indicativi di una condizione di stazionarietà (Fig. 1). La valutazione dei disturbi del comportamento (Fig. 2) attraverso la Neuropsychiatric Inventory (NPI) ha mostrato una riduzione di alcuni items "rilevanti".

Si è osservata una stazionarietà delle funzioni cognitive residue e un miglioramento del tono dell'umore e dei disturbi del comportamento. Il setting, completamente immerso nella natura, costruito in uno spazio verde e silenzioso, la presenza del pony e la compagnia di un gruppo, ha offerto al singolo paziente un contesto diversificato dove poter rivivere il proprio ruolo facendolo sentire ancora utile e gratificato.

101

Il nucleo Alzheimer della RSA V. Chiarugi: nostra esperienza nel trattamento dei disturbi comportamentali nella persona affetta da demenza

V. Vismara, G. Scarselli, C. De Micco, I. Bellucci

RSA "V. Chiarugi" Empoli, Empoli

Nei nuclei Alzheimer si cercano di dare risposte assistenziali a pazienti affetti da demenza con disturbi comportamentali con gli obiettivi di diminuire la

frequenza e la gravità dei disturbi comportamentali e mantenere le capacità funzionali residue nell'ambito di una razionalizzazione della terapia farmacologica (utilizzo farmaci "sedativi" alla minima dose efficace) eliminando ogni tipo di contenzione fisica. La degenza nel nucleo ha tendenzialmente un carattere di temporaneità. L'età media di ingresso nel nucleo è stata di circa 83 anni, con una storia di malattia all'ingresso di circa 5/6 anni in media.

Con questo lavoro retrospettivo si è voluto valutare la risposta terapeutica al trattamento assistenziale effettuato in ambiente protesico quale è quello del nucleo Alzheimer della Rsa V. Chiarugi di Empoli. In tale nucleo viene seguito un modello assistenziale basato sul Gentle Care di Moira Jones con programmi assistenziali personalizzati definiti nei PAI (periodicamente valutati) e con personale dedicato

Le persone valutate sono 41, ammesse nel nucleo Alzheimer dopo valutazione geriatrica dal 2009 al 2011. Sono stati analizzati e confrontati i test effettuati all'ingresso e quelli effettuati alla dimissione oppure dopo un anno di degenza. Le persone che sono rientrate nello studio sono state assistite nel nucleo Alzheimer della Rsa V. Chiarugi per almeno 3 mesi a seconda dei disturbi comportamentali presenti e sulla base del servizio di Geriatria dell'Usl 11 di Empoli.

I Test analizzati sono:

CMAI; NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY; BANSS;EBS.

Cmai ingresso 8,39, Cmai dimissione 4,07;

N.Y. ingresso 30,20, N.Y. dimissione 15,09;

BANSS ingresso 11,7, BANSS dimissione 13,8;

EBS ingresso 16,1, EBS dimissione 15,2.

- Il mantenimento delle capacità residue è obiettivo impegnativo in considerazione dell'invecchiamento (età media ingresso 83 anni) e del progredire della malattia di Alzheimer (causa più frequente della situazione di demenza)
- Il dato sulla capacità alimentare in cui si ha un significativo miglioramento dell'autonomia della persona è determinato dall'alto punteggio di ingresso. Infatti applicando un modello assistenziale standard (a domicilio o in RSA) l'aiuto sostitutivo alla persona assistita anche quando non necessario è molto frequente.
- La nostra esperienza ci dà solide conferme sulla utilità dei nuclei Alzheimer con modello assistenziale specifico basato essenzialmente sulla riduzione degli stress esterni (massima flessibilità negli orari di vita quotidiana, assenza di contenzioni farmacologiche e fisiche). Da non sottovalutare inoltre il miglioramento indiretto del benessere degli altri residenti che difficilmente tollerano comportamenti tipici e non particolarmente gravi come ad esempio il wondering e la ripetitività verbale.

102

Gestione di un caso di depressione post-ictus in una RSA del consorzio San Raffaele

A. Biasco¹, L. Stendardo¹, C. D'Aparo¹, L.M. Addante²

¹ Alessano (Le), ² Modugno (Ba)

Per la depressione post-ictale (PSD) è necessaria diagnosi precoce e corretta. Definirne gli aspetti clinico-diagnostici è difficile poiché disturbi neurologici (afasia, anosognosia, emidisattenzione, deficit cognitivo) possono influire sulla possibilità di comunicazione e sull'attendibilità delle risposte dei pazienti; inoltre alcune componenti della sintomatologia neurologica quali astenia e/o modificazioni vegetative possono "mimare" vari aspetti delle sindromi psichiatriche, con rischio di sovrastima, per l'attribuzione di sintomi somatici alla depressione anziché all'ictus.

Giungeva presso la RSA di Alessano (Le) una donna di 82 anni (anamnesi: ipertensione arteriosa, diabete mellito, recente ictus ischemico nel territorio della arteria cerebrale media sn). Proveniva da un reparto di riabilitazione neuromotoria, dove aveva eseguito trattamento fisioterapico per un mese, con modesto recupero dell'emiplegia destra e parziale regressione dell'afasia motoria. Dopo circa 7 giorni dal ricovero in RSA, la paziente mostrava una sintomatologia ingravescente, caratterizzata da apatia, inappetenza,

insonnia, irrequietezza, scarsa collaborazione e motivazione nel proseguimento del trattamento riabilitativo. La Geriatric Depression Scale (GDS), evidenziava deflessione del tono dell'umore. Veniva avviata terapia con Escitalopram ed Alprazolam a scalare. Dopo 20 giorni dall'avvio della terapia, la GDS evidenziava ancora depressione del tono dell'umore, ma erano migliorati i disturbi del sonno, la collaborazione al trattamento riabilitativo e si riduceva l'irrequietezza.

La diagnosi di PDS è essenzialmente clinica e si deve basare su un approccio multidimensionale (colloquio clinico, se possibile; anamnesi pre-morbosa; osservazione del comportamento; intervista con familiari e caregiver; modificazione dei ritmi biologici). Tale approccio è utile per limitare i rischi di sovra e sottostima diagnostica della PDS. È importante valutare globalmente la sintomatologia (sintomi e segni vegetativi, cognitivi e psicologici). Un recente studio ha identificato l'abbassamento del tono dell'umore come il sintomo più importante per una corretta diagnosi, mentre sintomi più strettamente psicologici (senso di colpa, ipocondria, perdita d'interessi) hanno un basso potere discriminante. Le scale di valutazione sono necessarie per quantificare e monitorare i sintomi depressivi.

È elevato il rischio di sottostima del problema. Allan e coll. hanno segnalato l'estrema variabilità della diagnosi di PDS in relazione alle caratteristiche dell'esaminatore: infatti in 15 pazienti con postumi di ictus, una depressione post-ictus fu diagnosticata nel 68% dei casi da parte di psichiatri, nel 50% dai pazienti stessi mediante autovalutazione ed in nessun caso dagli altri membri del team riabilitativo. Nel nostro caso dopo 2 mesi dall'atto del ricovero, il tono dell'umore risultava nettamente migliorato e ulteriori progressi si osservavano anche sul piano motorio.

103

Il laboratorio creativo in musica e l'attività canora musicoterapica: l'esperienza delle RSA del consorzio San Raffaele

A. Spica, E. Peragine, M. Chirico, F. Polillo, T. Belmonte, A. Lasaracina, E. Quaranta

Modugno (Ba)

La funzione terapeutica della musica è dimostrata fin dai tempi più antichi e scaturisce da quel particolare "potere" che ha il suono di entrare direttamente in contatto con i centri nervosi dell'uomo provocando, anche inconsciamente, reazioni di segno assai diverso. Guardiamo tutti quei contesti dove la musica rievoca sensazioni vissute, ricordi e ci offre momenti di pace, di nostalgia, di ansia, di terrore Oppure consideriamo l'aspetto "catartico" del suonare e del cantare (non si dice, forse, canta che ti passa...?). Appare evidente che la terapia musicale, pensata come "disciplina paramedica, agisce essenzialmente come tecnica psicologica".

Il presente lavoro di ricerca nasce da una idea progettuale a forte carattere rieducativo e riabilitativo, per i pazienti del Nucleo Alzheimer ed Ordinario delle RSA facenti parte del Consorzio San Raffaele, che costantemente hanno frequentato oltre alle attività occupazionali, anche la musicoterapica. È stato ideato un "Laboratorio creativo in Musica" che prevede la collaborazione tra le figure dello psicologo, il musicoterapista e l'educatore professionale, per la realizzazione di piccoli strumenti musicali propri del cosiddetto "Strumentario Orff". Inoltre, con l'ausilio del musicoterapista, è stato preparato un "Concerto di canti popolari". Il progetto pilota si propone di:

- riabilitare le funzioni cognitive generiche,
- sviluppare e migliorar le capacità manuali, sensoriali, percettive,
- migliorare il tono dell'umore, favorendo, altresì il processo di socializzazione.

È stato previsto un incontro settimanale del Laboratorio della durata di 2 h. e 2 incontri settimanali di 2 h cadauno di Attività Canora" per ogni pz. Sono state effettuate due rilevazioni puntuali utilizzando: MMSE, CORNELL S.D.D. E GDS, scegliendo due giornate indice, a inizio e fine trattamento (1 novembre 2011- 31 maggio 2012).

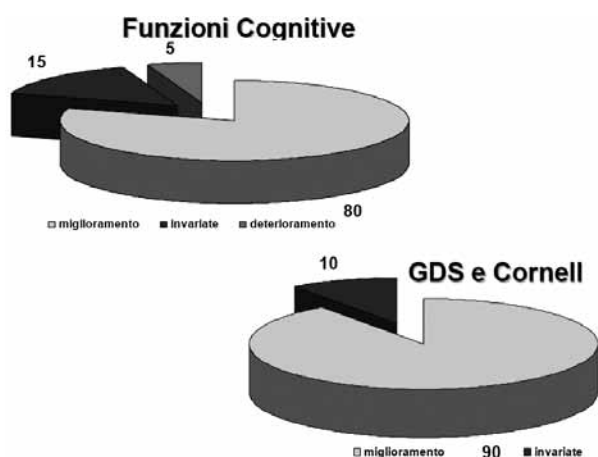


Fig. 1.

I pazienti che hanno partecipato allo studio sono 100 (età media 78.4 anni, prevalenza del sesso femminile 63.8%). Le rilevazioni statistiche dimostrano che per l'80% vi è stato un significativo miglioramento delle funzioni cognitive generiche, in particolare della M.L.T. e delle capacità espressive. Per il 15% la situazione cognitiva è rimasta invariata e per il 5% vi è stato un deterioramento coincidente con un peggioramento delle condizioni cliniche. Le GDS e le CORNELL S.D.D. rilevano un significativo miglioramento del tono dell'umore nel 90%. La situazione rimane invariata, invece, nel 10%. Sulla base dei dati statistici raccolti e di una valutazione qualitativa da parte dell'equipe socio-sanitaria, è possibile concludere che le attività proposte hanno prodotto risultati positivi sulle funzioni cognitive generiche e il benessere psicologico della maggior parte dei pz. che hanno partecipato al progetto.

104

Alzheimer Caf : un approccio alternativo a malato e caregiver

M.D.N. Nuzzo, A. Giuliani, A. Zanier

SACUM  Salute Cuore Mente ONLUS, San Vittore Olona

Il primo Alzheimer Caf  nasce in Olanda nel 1997 dall'intuizione di uno psicosgeriatra, il Dr. Bere Miesen, che rilev  la necessit  per i malati di Alzheimer ed i loro familiari di avere un luogo in cui poter parlare in un clima rilassato e informale, della malattia e dei problemi che comporta.

Il nostro obiettivo   stato quello di creare un luogo di ritrovo dove, in un clima ed atmosfera rilassati, si ritrovano persone che condividono lo stesso problema di salute.

Per il malato   importante entrare in contatto con persone di cui si pu  fidare perch  sono in grado di capire il suo problema o perch  lo condividono. Per il familiare   importante poter parlare con persone competenti da cui ricevere informazioni su come comportarsi, sul significato della malattia e sulle possibili forme di assistenza attuabili.

Gli incontri all'Alzheimer Caf  di Sesto San Giovanni sono iniziati il 18 maggio 2010 con cadenza bimensile e si realizzano il primo e il terzo venerd  del mese dalle ore 15 alle ore 17. Il momento dell'accoglienza avviene in due locali distinti: i malati sono coinvolti ed intrattenuti dai volontari in attivit  specifiche al Salone Pozzi, i familiari incontrano professionisti ed esperti del settore al Centro Famiglia. Alla fine i due gruppi si ricongiungono per un momento di festa.

Le attivit  proposte ai malati sono: ROT (terapia di orientamento alla realt ), Stimolazione cognitiva, Attivit  di reminiscenza e Validation Therapy, attivit  motoria, attivit  di stimolazione sensoriale, attivit  manuali e procedurali, bamboloterapia, approccio su base affettivo-relazionale.

Le attivit  con i caregivers sono di accoglienza, confronto secondo modalit  di auto-mutuo-aiuto, rielaborazione del proprio vissuto attraverso incontri individuali, sostegno, momenti formativi-informativi a tema con professionisti, coinvolgimento al fine di "essere insieme nella cura del proprio caro". I volontari coinvolti sono trenta opportunamente selezionati e formati.

Lo spazio assistenziale   coordinato da personale qualificato: nello specifico da un Geriatra e da una psicopedagogista. Nel team anche neurologo, odontoiatra, infermiere professionale, riflessologo, osteopata, musicista terapeuta.

I malati frequentano volentieri il Caf  perch  hanno la possibilit  di incontrare altre persone, socializzare, mantenere le loro residue capacit  relazionali, uscire dall'isolamento sociale cui spesso la malattia porta, recuperare benessere. Alcuni malati frequentano volentieri il Caf  perch  incontrano figure dell'altro sesso e i volontari con i quali instaurano un rapporto amicale.

I caregivers, che ricevono chiarimenti sulla malattia, sulla sua evoluzione e sui comportamenti, interventi ed accorgimenti da adottare, si sentono rincuorati e trovano anche all'interno del confronto la forza per proseguire nella cura e assistenza al proprio caro.

L'Alzheimer Caf  permette di creare una rete di supporto alla famiglia.

105

Progetto giovani nel tempo "iniziamo giocando"

P. Roncoletta, L. Guidi

Bologna

Nasce da esperienze individuali e di comunit  sul significato dell'invecchiare oggi: cosa vuol dire e cosa comporta invecchiare nella nostra societ ?

Alternativo al clich  vietato invecchiare, l'obiettivo di "Giovani nel Tempo"   occuparsi del benessere mentale della persona che invecchia naturalmente e con naturalezza: "Use it or lose it". In collaborazione ad un team di psicologi e geriatrici sono stati creati giochi appositamente studiati e concepiti allo scopo di stimolare e mantenere le capacit  cognitive quali memoria, attenzione, linguaggio e pensiero astratto perci  proteggendo la salute cognitiva e psicologica degli anziani, "giovani da molto tempo", sono giochi adatti dai 120 anni di et  in gi . Una sezione speciale del progetto   dedicata alle persone anziane con deficit cognitivi che necessitano di una stimolazione ancor pi  specifica e mirata. Anche in questo caso l'obiettivo principale   il mantenimento delle abilit  cognitive presenti contribuendo a contrastare, per quanto possibile, il progredire della malattia.

Ci  sar  inoltre favorito dagli aiuti concreti forniti alla Ricerca proprio attraverso la divulgazione e distribuzione dei giochi.

La piattaforma sulla quale costruire il progetto vuole essere la pietra miliare di un ambizioso ed articolato percorso che offrir  la concreta possibilit  agli anziani di vivere con pi  qualit  il loro tempo.

Per stimolare e proteggere le abilit  cognitive delle persone anziane sono state scelte due linee di giochi:

ANZIANI SANI ci  persone in gamba con buone facolt  cognitive: NON C'E 2 SENZA 3 tipo memo con 3 carte uguali agisce sulla memoria di tipo visivo e spaziale per stimolare l'attenzione e ricollegare immagini ad una posizione nello spazio; VERBA VOLANT gioco di parole che coinvolge il livello di attenzione, di collegamento e di memoria stimolando inoltre l'area del linguaggio con la composizione di parole.

ANZIANI CON DIFFICOLT  COGNITIVE difficolt  significative di memoria, deterioramento cognitivo, tipologie varie di deficit neurologici 3 in 1: sono in effetti 3 giochi in 1 da utilizzare in tutte le fasi che coinvolgono la persona. I prototipi sono stati testati in diverse strutture di RSA e in alcuni Amarcord Caf , grazie alla collaborazione spontanea di psicologi e animatori che hanno portato il loro fondamentale contributo alla definizione dei giochi e toccandone con mano la grande utilit . In ottica evolutiva e di progresso dell'essere umano, l'universo comunicativo degli anziani potr  cos  trovare nuovi spazi e contesti espressivi guadagnando una meritata posizione di rilevanza ed utilit  sociale.

Il gioco diventa strumento di dialogo con il familiare sollecitando le abilit  comunicative dell'anziano e fornendo un mezzo in pi  di relazione al familiare, sviluppando momenti di socialit  condivisa, interazione tra diverse generazioni, favorendo il contatto, lo scambio di sane e positive emozioni sposando la filosofia "fill the gap".

106

Un'esperienza di stimolazione cognitiva (CST) in un nucleo Alzheimer

M.L. Villa¹, M. Zanetti, F. Giunco*Centro Geriatrico S.Pietro, Cooperativa La Meridiana, Monza (MB)*

L'intervento di stimolazione cognitiva (CST) ideato da Aimee Spector (2012) si è dimostrato efficace nell'incrementare sia misure cognitive che outcomes correlati alla qualità di vita della persona con demenza. Le più recenti linee guida inglesi raccomandano che tutte le persone con demenza abbiano l'opportunità di partecipare a programmi strutturati di stimolazione cognitiva. Lo studio presente propone un progetto di stimolazione cognitiva per pazienti con demenza in fase lieve-moderata residenti in un nucleo Alzheimer, basato sulla formulazione e co-costruzione degli obiettivi terapeutici tra paziente e riabilitatore, così da esplicitare le motivazioni dei pazienti e condividere il senso della "cura". In particolare gli obiettivi che si vogliono raggiungere sono:

1. condividere con il paziente obiettivi concreti realisticamente raggiungibili in relazione al suo livello cognitivo
2. fornire un feedback al paziente rispetto agli obiettivi raggiunti
3. evitare le frustrazioni dovute all'insuccesso
4. migliorare la qualità di vita dei pazienti

Il programma di CST (1,2) a cui hanno partecipato 5 pazienti, ha avuto due fasi: una prima parte (T0) con due sedute alla settimana per un totale 7 settimane (T1), una seconda parte di mantenimento con una seduta a settimana della durata 12 mesi (T3). Il gruppo è composto da pazienti con caratteristiche cliniche cognitive omogenee, con un'età media di 83,8 + 5,12 anni ed una scolarità media di 8,2 + 2,48 anni. È stata somministrata la "Goal Attainment Scale" (GAS) (1992) come outcome primario di efficacia del nostro intervento. Sono stati valutati in T0 e in T3 il MMSE, la Clinical Insight Rating Scale (CIRS) e la Neuropsychiatric Inventory (NPI). Quattro pazienti su 5 (80%) hanno partecipato in modo continuativo al gruppo mostrando un elevato grado di interesse. In tutti i partecipanti si è osservato un aumento della consapevolezza (CIRS T0: 6,8 vs CIRS T3: 2,4) rispetto alle proprie difficoltà cognitive, in assenza di concomitante significativa deflessione del tono dell'umore (Cornell T0 4 vs Cornell T3: 3). La sintomatologia ansiosa e l'agitazione valutate tramite NPI sono rimaste sostanzialmente invariate, pur con significative riduzioni in alcuni casi singoli.

Nonostante i limiti della ricerca e la scarsa numerosità del campione analizzato, è possibile ipotizzare che la condivisione degli obiettivi dell'intervento di CST attraverso la GAS possa garantire una partecipazione continuativa agli incontri di stimolazione aumentando progressivamente la consapevolezza delle proprie difficoltà cognitive. La restituzione al paziente di un senso di competenza personale riteniamo possa migliorare la qualità di vita in un Nucleo Alzheimer. Infatti l'acquisizione di una maggiore consapevolezza potrebbe aver contribuito alla riduzione della sintomatologia ansiosa in alcuni casi singoli e non sembra essersi associata ad un significativo incremento di sintomi depressivi in nessun paziente.

107

Le reazioni emotive nelle prime fasi della demenza: il contributo del metodo Validation®

R. D'Alfonso¹, G. La Barbera¹, C. Siviero², A. Cerri²*¹ Casa Famiglia S. Giuseppe Vimercate, Milano; ² Fondazione Castellini Melegnano, Milano*

In ambito clinico le terapie non farmacologiche per la demenza sono oggi ritenute fondamentali. L'efficacia del metodo Validation®, tecnica comunicativa che si basa sul contatto empatico con l'anziano confuso e favorisce una migliore gestione del comportamento disturbante, può essere dimostrata con ulteriori osservazioni e evidenze a livello clinico e scientifico.

Gli obiettivi del presente lavoro sono: osservazione ed analisi delle più frequenti manifestazioni emotive nelle fasi iniziali di demenza senile; rilevazione e monitoraggio dei correlati psicofisiologici delle reazioni emozionali; verifica della efficacia del trattamento Validation® per la riduzione degli stati emotivi più disturbanti.

Lo studio riporta i risultati del trattamento Validation® nei confronti di una ventina di anziani affetti da demenza nelle fasi iniziali, frequentanti Centri Diurni e strutture residenziali della provincia di Milano. Tale studio, volto all'analisi dell'efficacia del metodo Validation®, ha avuto inizio a novembre 2011 e si concluderà ad ottobre 2012. È stato utilizzato come strumento di osservazione e verifica una scheda appositamente predisposta per rilevare i correlati somatici e neurofisiologici delle reazioni emotive dell'anziano prima e dopo il trattamento. Si è osservato che le reazioni emotive più frequenti in queste fasi sono l'ansia, il timore, la rabbia, la tristezza, contrassegnate da atteggiamenti emotivi, posturali e fisiologici quali volto malinconico, occhi chiusi, espressione corrugata, naso arricciato e labbra serrate, mascella prominente, sguardo non focalizzato, muscoli tesi, postura chiusa, gesti di irrequietezza, tono di voce aspro e accusatorio. È stata usata anche la videoregistrazione, per analizzare i cambiamenti nella comunicazione non verbale, dall'inizio alla fine della seduta. L'efficacia del metodo Validation® è stata testata anche attraverso l'utilizzo dello strumento (usato frequentemente nell'ambito delle tecniche di biofeedback) Heart&Emotion, che ha consentito di monitorare le reazioni emozionali rilevando due variabili psicofisiologiche: la Resistenza Elettrica Cutanea (GSR, Galvanic Skin Resistance) e la Frequenza Cardiaca (HRV, Heart Rate Variability).

È risultata confermata l'utilità del Metodo Validation® negli anziani affetti da demenza per: consentire la manifestazione e l'espressione degli stati emotivi con conseguente riduzione di ansia e tensione e, in alcuni casi, anche di aggressività; favorire modificazioni emozionali; aumentare l'autostima e il senso di benessere; ridurre la necessità di contenzione fisica e chimica. Inoltre, tale metodo si è rivelato molto interessante e utile anche per i familiari coinvolti ed informati sul Metodo Validation®.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DELLE EMOZIONI NELLE SEDUTE INDIVIDUALI

Nome Paziente..... Operatore

Mettere crocetta per indicare la presenza dell'indicatore.

data		
seduta n.		
fase		
ESPRESSIONI EMOTIVE DEL VISO		
Osservazioni sulla seduta	Prima	dopo
Volto triste		
Volto inespressivo		
Occhi chiusi		
Occhi aperti		
Sguardo focalizzato e contatto buono		
Sguardo non focalizzato		
Espressione distesa		
Espressione corrugata		
Naso arricciato		
Labbra serrate		
Mascella prominente		
Sorride		
Piange		
Grida		
Canta		
Sbuffa		
Sbadiglia		
PIANO POSTURALE-MOTORIO		
Osservazioni sulla seduta	Prima	Dopo
Movimenti rapidi		
Movimenti lenti e tranquilli		
Nessun movimento		
Irrequietezza con particolari gesti		
Tono voce aspro, accusatorio, stridulo		
Tono di voce basso		
Muscoli tesi		
Muscoli rilassati		
Postura chiusa		
Postura aperta		
Cammina avanti e indietro		
PIANO FISIOLOGICO		
Osservazioni sulla seduta	Prima	Dopo
HRV (Hearth Rate Variability): Frequenza cardiaca Attività SNA Simpatico* Attività SNA Parasimpatico * Bilanciamento SNA S. / SNA Parasimpatico		
GSR (Resistenza Elettrica Cutanea): Attività tonica 50-300 Kohms * Attività fasica 2-50 Kohms *	Valore medio:	

*Le frequenze di questi indicatori vengono misurati con strumentazione Elemaya, Heart and Emotion

Annotazioni sui contenuti prevalenti:**Prima del colloquio**

.....

Durante il colloquio

.....

Al termine del colloquio

.....

.....

108

Espressioni creative e demenza: arte e culturaC. Cristini¹, G. Cesa-Bianchi², G. Guerrini³¹ Università di Brescia, Brescia, ² Università di Milano, Milano; ³ Fondazione Brescia Solidale, Brescia

Nella demenza l'espressione creativa può consentire lo sviluppo di una tendenza positiva, attraverso la quale può orientarsi un programma di recupero. Si può immaginare che l'invecchiamento possa variare fra creatività e demenza senza una soluzione di continuità: saranno la componente genetica, la storia personale, le esperienze, gli eventi a far propendere l'individuo dall'una o dall'altra parte.

Lo studio si è proposto di esaminare le testimonianze di personaggi dell'arte e della cultura colpiti da malattia di Alzheimer, di evidenziare in particolare la loro espressività creativa e comunicativa; inoltre si sono analizzati i dipinti di anziani affetti da demenza in fase avanzata, ospiti di una RSA.

Nell'ambito del declino cognitivo vi sono vari esempi di espressione creativa. Utermohlen, un pittore anglo-americano, colpito dal Morbo di Alzheimer, ha continuato a comporre autoritratti seguendo l'inesorabilità del suo decadimento; ha testimoniato il declino delle proprie funzioni cognitive, mantenendo sino al termine una sorta di essenzialità artistica. Nella progressione dei dipinti il viso del pittore si sgretola, svanisce, fino all'ultimo autoritratto che pare riflettere la perdita di identità, l'immagine di un fantasma cosparso di buchi.

Anche negli ultimi dipinti di de Kooning, colpito da demenza, si rileva una tendenza all'essenzialità come del resto in molti grandi artisti, rimasti efficienti e lucidi fino al termine della loro lunga vita.

Henderson, professore di storia, ha documentato la sua esperienza di malato di Alzheimer trasferendola in un diario. La sua narrazione è ricca di aneddoti, di riflessioni acute e pertinenti. Ne riportiamo un esempio: "Vogliamo che le cose vadano come prima. Ed è proprio questo che non riusciamo a sopportare, di non riuscire a essere quello che eravamo. Fa male da morire... Noi continuiamo a credere che nel futuro ci sia qualcosa".

Kant presenta in vecchiaia i segni del declino cognitivo, ma appare in qualche modo consapevole del suo disturbo; manifesta la sofferenza per i cambiamenti, l'esigenza di stabilità dell'ambiente e degli affetti. Il declino prosegue, ma il filosofo mantiene il suo stile elegante e le sue acquisizioni culturali. Le ultime espressioni creative di Kant sono riservate al suo sapere, ai sentimenti di gratitudine, comprensione e umanità.

Molti anziani istituzionalizzati rivelano capacità artistiche insospettite, di particolare intensità espressiva. Alcuni loro dipinti ricordano, in alcuni casi in modo sorprendente, opere di affermati pittori contemporanei.

Spesso si discrimina erroneamente il demente come privo di capacità affettive e creative. Molte volte si tratta di una persona che può soffrire, capire, pensare, provare emozioni, desideri; che sa cogliere il senso delle situazioni e della relazione interpersonale; che avverte l'esigenza di essere ascoltato e compreso, di esprimersi, anche attraverso i suoi gesti, il suo spirito creativo, fino alle fasi avanzate della malattia.

109

Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) può predire la mortalità nei pazienti anziani oncologici?E. De Luca¹, V. Giantin¹, A. Franchin¹, E. Valentini¹, M. Iasevoli¹, C. Falci², P. Siviero³, A. Zurlo¹, B. Martella³, L. Fabris¹, F. Rossi¹, S. Maggi³, E. Manzato¹¹ Clinica Geriatrica, Padova; ² Oncologia Medica II, Padova; ³ Clinica Chirurgica Geriatrica, Padova; ⁴ CNR Istituto di Neuroscienze, Padova

Negli ultimi decenni sta acquisendo sempre maggiore importanza la valutazione multidimensionale nel paziente anziano oncologico anche per un'eventuale scelta terapeutica (1). Se da un lato ci si deve confrontare con il rischio di mortalità correlato alla patologia tumorale, dall'altro sembra emergere l'importanza di stimare la speranza di vita indipendentemente dalla patologia tumorale (2). Su tale base è stato recentemente sviluppato un indice prognostico multidimensionale (MPI), efficace in termini prognostici a 6 e 12 mesi in differenti settings geriatrici (3).

Valutare se MPI mantiene valore prognostico anche nel paziente anziano oncologico. Analizzare se altri strumenti di valutazione geriatrica non inclusi nel calcolo MPI, possano potenziare il valore di MPI.

È stato eseguito un assessment geriatrico a 160 pazienti di età > 70 aa, ricoverati presso 3 unità operative, 88 f e 72 m, di età media 79.4 ± 5.7 anni, con diagnosi di tumore in stadio avanzato. 60% presentavano un MPI basso, 30% moderato e 10% severo. I tre gradi di MPI erano significativamente (p < 0.001) associati al peggioramento di tutti i domini di MPI, e di altri parametri quali la severità delle comorbidità presenti (CIRS-SI), il Mini Mental Status Examination (MMSE), la Geriatric Depression Scale (GDS), la riduzione del Body Surface Area (BSA), la presenza di tumore polmonare e la mortalità a 6 e 12 mesi. L'analisi multivariata, aggiustata per sesso e età, CIRS-SI, BSA, GDS, MMSE, somministrazione di chemioterapici e tumore primitivo al polmone sembra potenziare il valore prognostico dell'MPI a 6 e 12 mesi.

per la prima volta, a nostra conoscenza, MPI è stato usato per l'assessment nel paziente geriatrico con cancro in stadio avanzato. CIRS-SI, GDS, MMSE e BSA sembravano potenziarne il valore in campo oncologico. MPI potrebbe risultare uno strumento rilevante nella pratica clinica quotidiana.

Tab. 1. Analisi multivariata Cox a 6 e 12 mesi, aggiustate per sesso ed età.

Predictors	6 months			12 months		
	HR	95% CI	p-value	HR	95% CI	p-value
MPI*	5.959	3.214-11.048	< 0.0001	5.130	2.946-8.934	< 0.0001
CIRS-SI	5.010	2.167-10.553	< 0.0001	5.060	2.543-10.070	< 0.0001
BSA	0.009	0.001-0.082	< 0.0001	0.039	0.007-0.218	0.0002
GDS (≥5)	3.621	1.773-7.395	0.0004	2.605	1.501-4.519	0.0007
MMSE	1.126	1.043-1.215	0.0024	1.128	1.054-1.207	0.0005
Chemotherapy	3.201	1.662-6.168	0.0005	3.559	2.010-6.301	< 0.0001
Site (lung)	3.456	1.681-7.104	0.0007	2.701	1.431-5.099	0.0022

110

Miglioramento delle funzioni esecutive e dello stato di salute percepito in anziani sani dopo il percorso "una palestra per la mente"

F. Brea, C. Giampietro, S. Parise, F. Cozzi, A. Ferrari

Centro di Riabilitazione Neuropsicologica Rindola, Vicenza

È stato dimostrato che il declino nelle abilità cognitive in particolare delle funzioni esecutive porta ad un aumento del rischio di incontrare difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane (Gross et al 2011). Percorsi con esercizi mirati a stimolare tale tipo di capacità sembrano influire positivamente sulle attività della vita quotidiana, contribuendo al mantenimento dell'autonomia dell'anziano. (K. Ball et al, 2002). Il percorso "Una palestra per la mente" proposto dal Centro Rindola di Vicenza, mira a potenziare nelle persone anziane le performance cognitive e lo stato di salute percepito sia mentale che fisico.

Scopo del presente studio è di verificare gli effetti di un percorso di stimolazione cognitiva su anziani sani nel dominio cognitivo, in particolare sulle funzioni esecutive, e sullo stato di salute percepito.

Il programma prevede 20 sedute a cadenza settimanale di due ore ciascuna, di cui una di reminescenza e una di ginnastica mentale, dando particolare spazio agli aspetti relazionali. Le sedute sono state condotte da uno psicologo formato, in gruppi di 10-12 persone. Il programma prevede una valutazione neuropsicologica pre e post. La batteria di test comprende: Mini Mental State Examination (MMSE), Test 3 oggetti 3 luoghi, Clock Drawing Test, Test di Fluency Fonemica, Test di Fluency Semantica, Test delle 15 Parole di Rey, Test di Praxia Ideomotoria, Trail Making Test (TMT A e B), Short Form Health Survey (SF-12).

Il campione è composto da 42 soggetti (8 maschi e 34 femmine), età media di $72,8 \pm 5,49$ anni (media \pm DS), scolarità media di $7,8 \pm 3,8$ anni, MMSE medio di $26,4 \pm 1,7$. L'analisi è stata effettuata con il pacchetto PASW 18. Dall'analisi emerge un aumento significativo al Test 3 oggetti 3 luoghi (da $7,5 \pm 1,9$ a $8,2 \pm 1,5$; $p < 0,05$), al Test di Fluency Fonemica (da $31,8 \pm 9,2$ a $35,6 \pm 9,7$; $p < 0,05$), al TMT B (da $142,1 \pm 90,2$ a $122,1 \pm 59,4$; $p < 0,05$). Dall'analisi dei singoli item della SF12 emerge un miglioramento statisticamente significativo ($p < 0,05$) del Ruolo e Stato Emotivo (RE) e della Salute Mentale (MH).

In linea con la letteratura scientifica più recente il presente studio evidenzia come la partecipazione al training di gruppo è in grado di potenziare la sfera cognitiva. In particolare, dopo il percorso "Una palestra per la mente" si è notato un miglioramento delle funzioni esecutive, che diversi studi sostengono svolgere un ruolo fondamentale nelle abilità funzionali. Tali studi sottolineano la difficoltà di rilevare un impatto positivo diretto sul miglioramento delle performance funzionali a causa del livello di autonomia alla baseline già elevato. Il presente studio mette in luce come in seguito al training vi sia un miglioramento nella percezione soggettiva di competenza nei compiti della vita quotidiana. I partecipanti al percorso oltre ad avere un effettivo miglioramento cognitivo, riferiscono un miglioramento nel livello di motivazione e benessere emotivo con risvolti positivi sul proprio senso di autoefficacia.

111

La memoria del bello: percorsi museali per malattia di Alzheimer

V. Brandi¹, F. Mammarella¹, R. Liperoti¹, M.C. Silveri¹, M. De Luca², F. Landi¹, R. Bernabei¹¹ Università Cattolica, Roma; ² Galleria Nazionale di Arte Moderna e Contemporanea, Roma

Il gusto estetico si mantiene nei pazienti con deterioramento delle funzioni cognitive e si esprime in maniera consistente.

Esperienze osservative hanno suggerito un possibile effetto benefico dell'arte su alcuni sintomi della malattia di Alzheimer ed in generale sulla

qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver (Meet me at MOMA, New York; ADArte, Napoli)

Ad oggi non esistono dati sperimentali a sostegno di un ruolo terapeutico dell'arte visiva nella malattia di Alzheimer.

Con il seguente studio si è voluto valutare l'efficacia di un intervento terapeutico non farmacologico basato sulla esposizione ad arti visive, in setting museale, sui sintomi cognitivi e psico-comportamentali di pazienti con malattia di Alzheimer in fase lieve-moderata e sui livelli di stress dei loro caregiver.

Per raggiungere l'obiettivo abbiamo realizzato uno studio clinico controllato randomizzato, fase pilota che prevedeva un gruppo di intervento composto da 14 pazienti e 14 caregiver, sottoposti a 3 visite museali a cadenza settimanale della durata di circa 2 ore, presso la Galleria Nazionale di Arte Moderna; ed un gruppo di controllo composto da 14 pazienti e 14 caregiver che hanno proseguito i trattamenti standard.

I due gruppi sono stati sottoposti a valutazioni psicometriche effettuate prima dell'inizio delle visite museali (baseline), entro 1 settimana dal termine delle visite (1° follow-up), ad 1 mese dal termine delle visite (2° follow-up) e a somministrazione di Test neuropsicologici: Mini Mental State Examination (MMSE); Matrici attenzionali; Alzheimer's disease Assessment Scale (ADAS-Cog); Neuropsychiatric Inventory (NPI)

L'aderenza al trattamento sperimentale è risultata del 90%. Sono stati evidenziati:

- stazionarietà del quadro cognitivo in entrambi i gruppi rispetto ai domini cognitivi;
- riduzione del 20% nella frequenza e severità dei sintomi psico-comportamentali nei trattati rispetto ai controlli (in particolare per ansia, depressione, apatia, irritabilità, aggressività);
- riduzione di circa il 25% del livello di stress del caregiver relativo alla presenza di sintomi psico-comportamentali nei trattati rispetto ai controlli.

In conclusione si può affermare che l'esposizione ad arti visive in setting museale può migliorare la qualità della vita dei malati di Alzheimer e delle loro famiglie attraverso un effetto positivo sulla sfera emotiva e comportamentale. Studi più ampi potranno confermare queste iniziali evidenze e porre le basi per l'inserimento sistematico di tali terapie nel regime di trattamento dei pazienti con malattia di Alzheimer.

112

Qualità della vita, demenza, psicologia, psicoterapia: opinioni e atteggiamenti di un campione di anziani

M. Golfrè Andreasi¹, G. Cesa Bianchi², C. Cristini³¹ ASL 302, Brescia; ² Università di Milano; ³ Università di Brescia

In età senile possono comparire patologie che interessano la dimensione cognitiva ed emotiva. Che cosa ne sanno gli anziani della demenza? Quali reazioni manifestano quando ne sentono parlare? E della psicologia, della psicoterapia che idee hanno? Conoscere pensieri, sentimenti ed esperienze di un vecchio aiuta a comprendere meglio la sua realtà esistenziale, a predisporre risposte più valide alle sue esigenze.

La ricerca ha esaminato vari aspetti della qualità della vita dell'anziano, in particolare le sue opinioni e reazioni emotive riguardo al suo mondo relazionale ed affettivo, alle immagini di sé, ma anche a temi peculiari come la demenza, la psicologia e la psicoterapia. Strumenti: a) Geriatric Depression Scale (GDS); b) Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS); c) Questionario applicato mediante intervista semistrutturata, comprendente più aree di indagine. Sono stati esaminati 49 ultrasessantenni (28 F, 21 M.), autosufficienti, afferenti ad un ambulatorio di medicina generale del Comune di Calcinato (BS). È stato calcolato il chi quadrato (g.l. 1).

Gli intervistati si dichiarano contenti dello stato di autonomia e salute, anche se molti riconoscono vari problemi organici, lamentano difficoltà all'addormentamento, specialmente le donne ($X = 6.7657$ $p < .01$) e assumono psicofarmaci; sono soprattutto gli uomini, in caso di malessere fisico ($X = 3.9695$ $p < .05$), a chiedere aiuto ai propri familiari.

Gli intervistati si dicono soddisfatti della propria vita, delle interazioni sociali, della relazione di coppia, del rapporto con i figli e riferiscono una sostanziale immagine positiva di se stessi. Gli stati di tensione vengono esternati soprattutto dagli uomini ($X = 8.5069$ $p < .005$), mentre le donne tendono a non esprimerli ($X = 6.7555$ $p < .01$). Il passato evoca sentimenti di nostalgia, ma anche di soddisfazione; si ricorda con sofferenza l'impossibilità di proseguire gli studi. Il futuro suscita sentimenti di serenità e preoccupazione; si desidera vivere in buona salute, mantenere una valida lucidità mentale; si teme la perdita dell'autonomia, in particolare le donne ($X = 6.5333$ $p < .025$), la precarietà della situazione economica, soprattutto gli uomini ($X = 6.9586$ $p < .01$).

Riguardo alla demenza, sono in prevalenza le donne ad averne paura ($X = 5.6824$ $p < .025$); gli uomini preferiscono non esprimersi ($X = 14.7000$ $p < .001$). Sulla psicologia, sono soprattutto le donne ad averne una certa conoscenza ($X = 8.1987$ $p < .005$), così anche per la psicoterapia ($X = 4.9778$ $p < .05$) che ritengono utile ($X = 4.6118$ $p < .05$), mentre gli uomini tendono a non esprimere pareri ($X = 4.055$ $p < .05$). SAS e GDS non hanno evidenziato livelli elevati di ansia e depressione.

La qualità della vita degli anziani esaminati appare sostanzialmente soddisfacente, nonostante la presenza di qualche problema di salute. Le donne sembrano esprimere una maggior autonomia e forza emotiva, essere più fiduciose, meglio disposte ad accettare le novità, ad approfondire le proprie paure, ma anche la loro creativa curiosità.

113

Uso di farmaci antipsicotici in pazienti istituzionalizzati in Europa: risultati dello studio Shelter

A. Foebel, F. Mammarella, R. Liperoti, G. Onder, G. Gambassi¹, F. Landi, R. Bernabei

Università Cattolica, Roma

L'utilizzo di farmaci antipsicotici convenzionali ed atipici in pazienti con demenza è stato recentemente associato ad un aumentato rischio di eventi avversi seri quali ictus ischemico e morte. Tali dati hanno prodotto l'emana-zione di raccomandazioni cliniche relative alla non appropriatezza d'uso di questi farmaci in pazienti con demenza. Ciò nonostante i farmaci antipsicotici sono frequentemente utilizzati "off-label" per il trattamento dei sintomi psicologici e comportamentali associati a demenza.

L'obiettivo di questo studio è stato determinare la prevalenza di utilizzo di antipsicotici e i fattori associati alla prescrizione di questi farmaci in una popolazione di pazienti anziani istituzionalizzati affetti da demenza in 7 paesi europei ed in Israele. A questo scopo è stata condotta un'analisi trasversale del data-base SHELTER (Services and Health for Elderly in Long TERM care). Abbiamo raccolto informazioni relative a 2091 pazienti con demenza residenti in 57 RSA d'Europa utilizzando lo strumento interRAI Long-Term Care Facility (LTCF). Tale strumento consente la raccolta di dettagliate informazioni demografiche e cliniche riguardo i residenti. I fattori associati all'utilizzo di antipsicotici sono stati identificati utilizzando equazioni generalizzate di stima (GEE).

La prevalenza di utilizzo di antipsicotici è risultata pari al 31.7%. L'utilizzo massimo è stato registrato nella Repubblica Ceca (60.2%) ed il minimo in Israele (18.0%). L'utilizzo di agenti atipici è risultato più elevato rispetto a farmaci convenzionali (22.9% vs 11.9%), con differenze rilevanti tra i vari paesi. L'età avanzata (odds ratio (OR) = 0.72; 95% intervallo di confidenza (IC) 0.54-0.99), deterioramento cognitivo severo (OR = 1.64; 95% IC 1.13-2.40), disturbi comportamenti di grado severo (OR 3.41; 95% IC 1.31-8.90), sintomi psicotici (OR = 1.99; 95% IC 1.45-2.73), disturbi dell'umore (OR 1.60; 95% IC 1.21-2.13) e utilizzo di farmaci ansiolitici ed ipnotici (OR 1.69; 95% IC 1.34-2.13) sono risultati significativamente associati con l'uso di antipsicotici.

Secondo le pratiche cliniche correnti in Europa i farmaci antipsicotici risultano ampiamente utilizzati in pazienti con demenza in RSA. Tale pratica prescrittiva si verifica nonostante l'utilizzo degli antipsicotici nei pazienti con demenza sia da evitare secondo le attuali raccomandazioni cliniche.

114

Evoluzione clinica in un gruppo di persone con fragilità psichica e funzionale ricoverate in unità di cure sub acute

S. Boffelli², A. Cassinadri², S. Tironi², F. Mercurio², R. Rozzini², M. Trabucchi¹

¹ Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia; ² Fondazione Poliambulanza, Brescia

La persona anziana che viene ricoverata in ospedale per una malattia acuta subisce un aggravamento delle condizioni cliniche e dello stato funzionale. La disabilità che ne consegue determina spesso l'insorgenza di una sintomatologia depressiva, oppure un aggravamento di sintomi depressivi preesistenti. La persona anziana che subisce un rapido decadimento funzionale, in conseguenza dell'evento acuto, necessita di un periodo di prosecuzione delle cure in un'area di post-acuzie. Scopo dello studio è di valutare l'efficacia di una Unità di Cure Sub Acute (UCSA), che ha come obiettivo la stabilizzazione clinica ed il ritorno allo stato premorboso (funzionale, psicologico, cognitivo) dei malati anziani.

Sono stati valutati 75 pazienti ricoverati nei primi sei mesi di attività della UCSA – Fondazione Poliambulanza di Brescia (novembre 2011-aprile 2012). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale che include stato cognitivo (MMSE), psicologico (GDS), funzionale (IADL, Barthel, Tinetti), comorbilità (CIRS) ed indici nutrizionali (albumina, colesterolo), bisogno sociale (Baylock scale). Sono stati inoltre valutati le procedure, gli eventi intercorrenti, gli outcome alla dimissione.

Le persone ricoverate sono caratterizzate da deficit cognitivo di grado lieve-moderato, decadimento funzionale severo in conseguenza del recente evento acuto, elevata comorbilità (MMSE ingresso 21.9+7.7; Barthel Index premorboso 74.7+24.8; Barthel Index ingresso 41.9+25.1; CIRS comorbilità 3.1+1.6). I sintomi depressivi rilevati sono in media di entità moderata (GDS 5.2+3.6), mentre nel 45% di entità severa secondo le indicazioni della letteratura (GDS > 6/15). La terapia antidepressiva è stata prescritta all'ingresso al 43% dei malati. Alla dimissione si verifica una netta riduzione dei sintomi depressivi (GDS 3.3+2.6), parimenti al miglioramento cognitivo e funzionale (MMSE 23.5+6.5; Barthel Index 52.5+27.9). La durata della degenza è di 19.4+10.9 giorni.

L'obiettivo di un reparto di cure sub acute è di dare una risposta ai multifor-mi bisogni della persona anziana: il reparto garantisce la continuità delle cure mediche iniziate in ospedale, rivaluta le patologie croniche, gestisce gli eventi intercorrenti (riacutizzazione della malattia di base, infezioni, stato confusionale). Lo stato funzionale rappresenta un altro importante obiettivo: il recupero delle abilità precedenti è importante nella previsione del ritorno a casa, garantita anche tramite l'organizzazione delle cure domiciliari. L'attenzione agli aspetti psicologici è altrettanto fondamentale: il benessere psichico rappresenta un obiettivo del reparto, parimenti agli altri outcome. Nel determinismo del miglioramento dei sintomi depressivi giocano una serie di fattori concomitanti: il miglioramento clinico, il recupero funzionale rispetto all'ingresso, l'organizzazione del ritorno "protetto" al domicilio, ed infine gli iniziali benefici della terapia antidepressiva.

115

MCI e progressione a demenza: elementi neuropsicologici di predittività

C. D'Anastasio¹, F. Elisa², S. Tabarroni¹, S. Linarello¹, G. Lupi¹, C. Gueli¹, M. Martelli¹, M. Tosto¹

¹ UOSD Geriatria Territoriale, Centro Disturbi Cognitivi, Dipartimento Cure Primarie AUSL Bologna, Bologna; ² UO Psicologia Clinica, Dipartimento Oncologico AUSL Bologna, Bologna

Il Centro Disturbi Cognitivi, Dip. Cure Primarie AUSL Bologna ha in precedenza valutato le caratteristiche cliniche ed i fattori associati alla progressione del deficit cognitivo in un gruppo di pazienti che lamentavano mero disturbo mnesico.

Rilevare, nella medesima tipologia di pazienti, le caratteristiche neuropsicologiche associate al deficit cognitivo e verificare quali domini possano risultare predittivi di progressione della patologia.

783 pazienti, M/F 315/468 (40,2/59,8%), età 76+8,3 aa (41-96) che riferivano disturbi mnemonici di modesta entità ed accettabile stato funzionale. Sono stati sottoposti a completa valutazione clinica ed anamnestica, ad indagini strumentale (TC o RM cerebrale, SPECT cerebrale perfusione), esami di laboratorio compresi dosaggio ormoni tiroidei e TPHA, valutazione neuropsicologica approfondita. La visita e la testistica neuropsicologica sono state ripetute a cadenza annuale. Diagnosi a T0: MCI 496 (63,3%), Disturbo Soggettivo di Memoria (DSM) 185 (23,6%), Demenza (D) 85 (10,9%), altre patologie 17 (2,2%). A un anno, gli MCI rappresentavano il 60,2%, i DSM il 20,7% e la D il 19,1%. A 2 anni MCI 58%, DSM 20,7%, demenze 21,3%. Al 3° f-u MCI 58,6%, DSM 20,2% e D 21,2%. Al 4° f-u MCI 58,49%, DSM 14,15% e D 27,36%. A T0 si riscontrano differenze statisticamente significative tra DSM, MCI, D per: MMSE, ADL, IADL (p:0.000). NPI e Geriatric Depression Scale non risultano discriminanti. Le tavole di contingenza utilizzate per valutare i domini cognitivi indicano differenze significative tra i tre gruppi per: attenzione, memoria, funzioni esecutive, funzioni prassiche, abilità visuo-spaziali (p:0.000). Tali differenze si mantengono al 1° f-u per tutti i domini cognitivi, mentre ai successivi rimangono significative le differenze inerenti attenzione, memoria, funzioni esecutive; hanno un andamento più disomogeneo nel tempo le prestazioni cognitive di tipo prassico e visuo-spaziale. Considerando l'andamento nel tempo dei domini cognitivi in ciascun gruppo, nei DSM peggiorano le funzioni esecutive e le abilità visuo-spaziali mentre sembra esservi un graduale miglioramento di attenzione, memoria e funzioni prassiche; la testistica di base (MMSE, ADL, IADL, GDS, NPI) non mostra variazioni significative ai follow up. Nei MCI MMSE e IADL peggiorano significativamente a ciascun f-u (p:0.000) a fronte del mantenimento delle ADL, e si nota un lento ma progressivo peggioramento di attenzione, memoria, funzioni esecutive e prassiche e abilità visuo-spaziali.

Lo studio conferma la difficoltà a cogliere, nella vita quotidiana, i campanelli di allarme relativi alla patologia cognitiva. Una valutazione cognitiva completa sembra costituire un valido supporto alla diagnosi ed a individuare tempestivamente i cambiamenti nel tempo. A tale proposito appaiono indicativi di progressione negativa, nei pazienti con DSM e MCI, i deficit nelle funzioni esecutive e nelle abilità visuo-spaziali.

116

Dalla casa alla RSA, un percorso insieme

M.R. Martini, S. Sertorio, A. Cocco, D. Ferrario, G. Agnetti, P. Vigorelli
Milano

Durante il tempo che intercorre tra il primo contatto con la RSA e il giorno del ricovero (Tempo di mezzo) la famiglia del futuro ospite si trova sola ad affrontare le ansie e i problemi che un cambiamento così importante comporta. Il Progetto Dalla casa alla RSA nasce per trovare soluzioni adeguate alle criticità del Tempo di mezzo, ha come metodo di riferimento l'Approccio capacitante ed è finalizzato a un inserimento positivo del nuovo ospite (e dei suoi familiari) in RSA; più precisamente, vuole contribuire a una convivenza sufficientemente felice tra operatori, familiari e nuovi ospiti. La Teoria dell'attaccamento è stata individuata come una chiave di lettura utile per spiegare il modo in cui un familiare assume il ruolo di caregiver e per comprendere la complessità sistemica nella quale si collocano il rapporto di cura e i problemi relativi alla separazione. I cambiamenti organizzativi che hanno permesso la realizzazione del Progetto sono stati:

- gestione di tipo relazionale dell'URP
- incontro mensile, in gruppo, con i familiari dei futuri ospiti, durante il Tempo di mezzo
- colloquio telefonico pre-ingresso per preparare l'accoglienza
- colloquio d'accoglienza
- posticipo della visita medica al secondo giorno
- colloqui con i familiari dopo l'ingresso (da 2 a 4, parzialmente ispirati all'Adult Attachment Interview)

Gli obiettivi che il Progetto vuole raggiungere sono:

- Favorire l'elaborazione del lutto nel familiare e nell'anziano fragile.
- Favorire un inserimento sufficientemente felice nella RSA, attraverso
- Riconoscimento delle Competenze elementari (competenza a parlare, comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere) dei familiari e dei nuovi ospiti;
- la costituzione della RSA come nuova Base sicura

Il Progetto è tuttora in corso. I risultati dell'intervento vengono valutati in base allo studio dei testi registrati e trascritti di

- Colloquio d'accoglienza con il nuovo ospite
- Colloqui con il familiare di riferimento

Dalle osservazioni preliminari risulta che i caregiver riescono a

- Restituire al proprio congiunto il Riconoscimento delle Competenze elementari.
- Acquisire consapevolezza dei propri sensi di colpa per gestirli meglio.
- Riconoscere la propria gratitudine nei confronti del genitore.
- Sentirsi sufficientemente buoni nonostante la scelta del ricovero.
- Apprezzare il lavoro di cura degli operatori.

Il Progetto Dalla casa alla RSA insieme alla teoria dell'attaccamento costituiscono la base su cui cominciare a costruire un percorso insieme psicologo e familiare. Riflettere sui concetti di legami intergenerazionali, storia relazionale e stili di attaccamento rispetto al proprio genitore permette di comprendere meglio il carico emozionale, le difficoltà e il disagio che un figlio riscontra nel momento in cui decide di ricoverare il proprio caro dove:

- al posto del disorientamento l'orientamento
- al posto dell'estraneazione l'inserimento in una nuova realtà
- al posto dell'involuzione dementigena la normale evoluzione della vita

117

Esperienza pilota di gruppi psicoeducazionali: "Centro della Memoria" ASL BI e AIMA Biella

E. Macchiarulo⁶, C. Pidello¹, B. Debernardi⁵, E. Borrione², S. Papa³, F. Ferlisi⁴
¹AIMA, assistente sociale, Biella; ²ASL BI, Inf. Coordinatore S.O.C. Geriatria Post Acuzie, Biella; ³ASL BI, Inf. S.O.C. Geriatria Post Acuzie, Biella; ⁴AIMA, Biella; ⁵ASL BI, Direttore S.O.C. Geriatria Post Acuzie, Biella; ⁶COOP. ANTEO/ASL BI, Psicologa, Biella

Gli effetti della demenza sulla famiglia sono stati chiaramente evidenziati da studi che in diversi contesti socio-assistenziali hanno valutato le conseguenze dei sintomi e dei diversi stadi di malattia sul caregiver. I risultati concordano nell'affermare che i disturbi del comportamento (aggressività, agitazione psico-motoria, vagabondaggio), dell'umore (depressione e apatia) e i sintomi psicotici (allucinazioni e deliri) rappresentano la principale fonte di stress per il caregiver e il nucleo familiare. Le condizioni legate a questa malattia possono compromettere la qualità di vita modificandone in maniera sostanziale abitudini e relazioni sociali. Purtroppo la famiglia si trova troppo spesso sola, senza precisi ed affidabili punti di riferimento e con una scarsa informazione. Quindi, la pianificazione e la realizzazione di interventi di supporto, di informazione ed aiuto potrebbero costituire una valida risposta all'isolamento e al conseguente stress e carico assistenziale in cui la famiglia e il caregiver si vengono a trovare.

Accrescere le competenze relazionali e gestionali del caregiver con il paziente demente per migliorare la qualità di vita di entrambi attraverso un percorso suddiviso in due fasi: una formativa e una di follow-up a distanza di un mese e mezzo circa. La fase formativa è costituita da tre incontri: sintomi cognitivi e ripercussione nella vita quotidiana, la relazione con il paziente e l'impatto della malattia sulla famiglia e il caregiver (segnali d'allarme e strategie di coping).

Prima della partecipazione ai gruppi viene somministrato il CBI (Caregiver Burden Inventory) ed un questionario mirato alla raccolta delle difficoltà maggiori riscontrate nel lavoro di cura e delle aspettative attese circa l'intervento proposto; successivamente, nell'incontro di follow-up, viene riproposto il CBI e confrontato con il precedente.

Da una prima analisi dei risultati sembra emergere che una maggior conoscenza della malattia aiuta a diminuire il senso d'isolamento, accrescendo

la capacità di affrontare i propri compiti e il problem solving nella vita quotidiana.

Il confronto dei CBI ha messo in evidenza nella quasi totalità dei casi un abbassamento nelle dimensioni: emotiva, sociale ed evolutivo. Nei questionari di gradimento risulta apprezzato il tipo di intervento proposto. Ad oggi tra i partecipanti non si sono verificati episodi di drop-out.

Questo lavoro, anche se in fase iniziale, sembra confermare che uno dei bisogni più sentiti da parte dei famigliari è quello di rompere il silenzio, parlare con qualcuno che capisca, interpreti e risponda in maniera adeguata.

118

Stimolazione cognitiva in soggetti MCI e normali con familiarità per la demenza: studio randomizzato-controllato nell'ambito di Invece.AB

S. Abbondanza¹, R. Vaccaro¹, E. Valle¹, S. Fossi¹, V. Marzagalli¹, L. Polito¹, A. Davin¹, G. Salvini Porro², R. Perelli Cippo³, S.F. Vitali³, M. Colombo³, A. Guaita¹

¹ Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso; ² Federazione Alzheimer Italia, Milano; ³ Istituto Geriatrico C. Golgi, Abbiategrasso

La prevalenza e l'incidenza della demenza è in continuo aumento, ma mancano trattamenti farmacologici efficaci. Questo è un potente incentivo per lo sviluppo di strategie terapeutiche non farmacologiche. Per alcune di queste, come la stimolazione cognitiva, vi sono studi che dimostrano l'efficacia dell'intervento nelle fasi precoci della demenza, mentre si hanno meno dati riguardanti i soggetti affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI) e quelli cognitivamente normali con presenza di demenza negli ascendenti diretti (NDFAM).

Scopo di questo studio è verificare l'efficacia di modalità standardizzate di stimolazione cognitiva su piccoli gruppi di MCI e NDFAM, con un intervento randomizzato e controllato, in doppio cieco, anche in relazione a possibili modulatori della risposta al trattamento non-farmacologico.

I partecipanti allo studio sono stati reclutati dalla popolazione dello studio "Invece.Ab", che ha valutato in modo multidimensionale i residenti in Abbiategrasso nati fra il 1935 ed il 1939. Sono stati reclutati 121 soggetti (44 MCI e 77 NDFAM), randomizzati in due gruppi: stimolazione cognitiva per il gruppo "trattamento" (SC, 23 MCI e 38 NDFAM) ed educazione sanitaria per i "controlli attivi" (CA, 21 MCI e 39 NDFAM). Il trattamento di stimolazione cognitiva consisteva di 10 sessioni di due ore in 5 settimane, quello di educazione sanitaria in 2 lezioni di 90' in 5 settimane. Le prestazioni cognitive sono state misurate prima e dopo l'intervento di stimolazione cognitiva e di educazione sanitaria in modo "blind", mediante MMSE, test di Corsi, MOCA test e velocità del cammino. È stato rilevato un miglioramento dei test per l'intero gruppo (SC+CA), ad eccezione del test di Corsi e della velocità del cammino. Il MMSE migliora ($p < 0.001$), con tendenziale maggior guadagno per il gruppo SC (SC: $0,623 \pm 1,44$ vs CA: $0,547 \pm 1,52$; $p < 0.08$) ed anche al MOCA test si registra un miglioramento ($p < 0.001$), soprattutto nel gruppo SC (SC: 1.89 ± 2.25 vs CA: 1.05 ± 2.27 ; $p = 0.045$). In particolare, al MOCA test si evidenzia un miglioramento del punteggio nel gruppo SC rispetto a CA ma solo nei soggetti NDFAM e non negli MCI (NDFAM-SC: 2.39 ± 2.34 vs CA: 0.9 ± 2.57 ; $p = 0.009$. MCI-SC: 1.04 ± 1.87 vs CA: 1.33 ± 1.59 ; $p = 0.585$). La risposta del MOCA alla stimolazione non risulta influenzata da: la scolarità, CIRS indice di comorbidità, Geriatric Depression Scale, numero farmaci assunti, numero di attività svolte. Le prestazioni sono invece significativamente ridotte dalla presenza dell'allele epsilon 4 del gene ApoE (correlazione: $p = 0.025$).

Questi dati forniscono un'ulteriore prova dell'efficacia della stimolazione cognitiva in soggetti non dementi, in particolar modo per gli NDFAM, mentre gli MCI non paiono beneficiare di interventi più prolungati ed intensivi. Il tono dell'umore, i fattori sociali e clinici non sembrano influenzare i risultati dell'intervento in questi soggetti, mentre ha un'influenza negativa la presenza dell'allele epsilon 4 del gene ApoE.

119

Dottore è Alzheimer? No è demenza cortico basale

A. Toschi¹, S. Moscardini¹, A. Spanò¹, M. Manfredini²

¹ Centro Esperto Disturbi Cognitivi Distretto di Pavullo, AUSL, Modena; ² Servizio di Psicologia AUSL, Modena

La Demenza Cortico-Basale è una taupatia poco frequente (1/20.000), colpisce maggiormente femmine tra i 60 e 80 anni (L.Tremolizzo, C. Ferrarese, 2008; Ananad KS, Biswas A., 2000; Esther Heerema, 2012) e può essere scambiata per un quadro di parkinsonismo, in quanto nelle fasi iniziali presenta aspetti prevalentemente di tipo esecutivo-frontale senza deficit cognitivi evidenti e alla neuroimaging appare un semplice quadro di atrofia, con degenerazione focale corticale e sottocorticale fronto-parietale e dei nuclei della base.

Il presente lavoro descrivendo un caso clinico si propone di evidenziare la complessità nel formulare la diagnosi differenziale e la necessità di un ingente impiego di risorse per una presa in carico complessiva.

Paziente femmina di 73 anni. Anamnesticamente intervento di isteroanestesia, quadrantectomia dx, problemi gastrici, dolori toracici inquadrati come toracoalgie aspecifiche, ipertensione arteriosa. Nel 2008 valutazione psico-geriatrica che evidenzia: assenza deficit cognitivi (MMSE: 27/30) e completa autonomia. Alla ri-valutazione (2011) presenta un deficit cognitivo lieve pertanto si programma la somministrazione di test di 2° livello. Alla Mental Deterioration Battery emergono 2 prove border e 3 prove patologiche (cut-off = 2 patol.). Si eseguono esami di routine/Tc e si inizia trattamento con rivastigmina. Qualche mese dopo ricovero per episodio di rettorragia. Al controllo post-ricovero sono evidenti: bradilalia, difficoltà "nel trovare le parole", ipertono plastico non sensibile alla L-Dopa, bradicinesia, atteggiamento camptocormico e distonico dell'arto sup. sn. Si richiede approfondimento neuropsicologico per il sospetto di SCB. La valutazione evidenzia un MMSE pari a 23,7c/30, un decadimento delle funzioni di linguaggio (26vn>46), memoria a BT (2vn>4) e anterograda (2.26vn>4), astrazione WAIS (6vn>8) e abilità attentive ed esecutive (31vn>31). Contemporaneamente alle visite rivolte alla paziente si sono eseguiti diversi colloqui psicologici per i familiari. Il quadro clinico presenta aspetti simil parkinsoniani, ma per la specificità dei sintomi cognitivi e neurologici si avvalorava l'ipotesi di una SCB (Aiba I., 2012)

Per definire la diagnosi ed impostare un trattamento terapeutico complessivo si sono resi necessari diversi interventi di natura multipla che hanno impegnato per lungo tempo sia le risorse del Centro Esperto Disturbi Cognitivi (Spoke) sia quelle della Clinica Neurologica (Hub). Vale la pena di riflettere come la DCB sia rara ma onerosa.

BIBLIOGRAFIA

- Tremolizzo L, Ferrarese C. *Clinica delle demenze*. Giornale di Gerontologia 2008;(suppl 1):34-9.
 Ananad KS, Biswas A. *Cortical-basal ganglionic de generation: a frequently undetected syndrome*. Neurol India 2000;48:405.
 Corticobasal degeneration. Esther Heerema Update February 03,2012
 Aiba I. *Cortical Basal syndrome: recent advances and future directions*. Brain Nerve 2012;64:462-73.

120

"Siamo sulla stessa barca". Esito di un intervento psicologico di gruppo per caregiver

S. Moscardini, A. Toschi, A. Spanò, A. Franca*, M. Manfredini*, C. Lora*, L. Peri*
 Centro Esperto Disturbi Cognitivi Distretto di Pavullo, *Servizio Psicologia AUSL di Modena

Introduzione. L'impatto che la cura può comportare, viene definito Burden (Zarit, 2008), e si riferisce al carico derivante da questa specifica relazione. La letteratura evidenzia come questa situazione di caregiving possa determinare un aumento significativo dello stress psico-fisico nel caregiver (De Beni, 2009). Per queste ragioni, all'interno dei servizi offerti dai Centri

Esperti Disturbi Cognitivi (RER), sono stati promossi diversi tipi di interventi psicologici per familiari (AIP, 2005).

Obiettivo. Il presente lavoro si propone di valutare l'esito di interventi psicologici di gruppo per caregiver. L'intervento è stato promosso, nel 2011-12, dai Centri Esperti Disturbi Cognitivi dei Distretti di Pavullo n/F e Vignola (MO). Strumenti di valutazione utilizzati: colloquio clinico, scala ZARIT al familiare (burden lieve-moderato) e MMSE (d. lieve-moderata). Suddivisione del campione (27 sog.): Gruppo Sperimentale (GS12), G. Controllo - lista attesa (GC8), G. Neutro - senza invio (GN7).

Risultati. Dall'analisi statistica emerge un peggioramento ai limiti della significatività ($p < .07$) nel punteggio globale della Zarit per il GC ed il GN che non si riscontra nel GS. Ciò significa che assistiamo ad una tenuta complessiva del GS (punteggio medio corrispondente ad uno stress lieve-moderato, 36-37), mentre il GN passa da stress assente a lieve-moderato (16-25) ed il GC da stress lieve-moderato a moderato-severo (33-41). Dunque l'intervento potrebbe essere conservativo. Ancora più interessante è il dato estrapolato dall'analisi delle due sottoscale della Zarit: la Zarit Personal, risulta, al post-test, significativamente migliore nel GS rispetto a GN e GC ($p < .03$). Al contempo, va considerato che la Zarit-Role al post-test risulta significativamente peggiore della media nel GN ($p < .01$) e peggiore della media nel GC. Questo ci permette di rilevare che, nonostante una condizione di carico oggettivo maggiore nel GS rispetto agli altri due gruppi, il vissuto soggettivo è significativamente migliorato.

Conclusioni. Il presente studio, anche se con campione numericamente contenuto, offre la possibilità di evidenziare i benefici di un intervento psicologico grupale, per caregiver di pazienti con una dem. di grado lieve-moderato. Confortati anche dai risultati, se pur ancora contrastanti presenti in letteratura (Chien et al., 2011; Pinquart et al., 2006), potremmo ipotizzare che un intervento di questo tipo possa favorire il mantenimento dello status quo, contenendo il peggioramento del burden altrimenti evidenziabile. È indiscutibile che in futuro si prevedono ulteriori analisi su percorsi affini al fine di identificare indicatori di esito specifici per gli interventi psicologici.

121

Tollerabilità del monitoraggio pressorio nelle 24 ore nell'anziano con decadimento cognitivo

N. Nesti¹, M. Pieracciolini¹, E. Mossello¹, C. Veronica², E. Tonon², C. Cantini², F. Bencini², S. Zanieri¹, M. Bulgaresi¹, F. Sgrilli¹, M.C. Cavallini¹, A.M. Mello¹, C. Baroncini¹, E. Ballini¹, C.A. Biagini², N. Marchionni¹, A. Ungar¹

¹ Unità funzionale di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze, Firenze; ² U.O. Geriatria, Azienda USL 3, Pistoia, Pistoia

Le recenti Linee Guida NICE per il trattamento dell'Ipertensione Arteriosa hanno ampliato notevolmente le indicazioni all'utilizzo del monitoraggio pressorio nelle 24 ore (ABPM), consigliandone l'esecuzione in ogni paziente che presenti una pressione arteriosa clinica pari o superiore a 140/90 mmHg. Non vengono menzionate specifiche raccomandazioni o eccezioni per popolazioni particolari come quella degli anziani con decadimento cognitivo.

Il presente studio si propone di valutare la tolleranza all'ABPM negli anziani con decadimento cognitivo e l'eventuale correlazione di questa con la performance cognitiva e l'entità dei disturbi comportamentali.

Sono stati arruolati pazienti di età > 65 anni, affetti da demenza o da Mild Cognitive Impairment, afferiti all'Unità Valutativa Alzheimer, con Mini Mental State Examination (MMSE) compreso fra 10 e 27. È stato considerato tollerante alla metodica chi ha indossato correttamente il bracciale per tutta la durata delle 24 ore, in linea con le indicazioni della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa che richiedono almeno due misurazioni valide

per ogni ora di veglia ed una misurazione valida ogni ora notturna. Di ciascun soggetto sono stati valutati i sintomi psicologici e comportamentali mediante la Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Dei 176 soggetti (età media 79 anni, MMSE 21,7, NPI 11,7), 147 (84%) hanno mantenuto il dispositivo in sede per tutto l'arco delle 24 ore, mentre 29 pazienti (16,5%) lo hanno rimosso in anticipo. La prevalenza di non tollerabilità dell'ABPM era il 29% nel terzile inferiore di MMSE (< 21/30), contro il 7% del terzile superiore (>25/30) ($p = 0,006$) e il 30% nel terzile superiore di NPI (> 16) contro l'8% del terzile inferiore (< 7) ($p = 0,024$).

L'ABPM è risultato applicabile nella maggioranza degli anziani con decadimento cognitivo. Circa il 30% dei soggetti con peggior minori performance cognitive e con disturbi comportamentali più marcati non tollera tuttavia l'esame. La scelta di sottoporre un paziente con demenza ad ABPM deve quindi essere valutata caso per caso, anche sulla base del profilo cognitivo-comportamentale.

122

"Cane che ti passa" progetto di anima-la-zione con l'aiuto di un cane presso il nucleo residenziale specializzato per demenze del centro polifunzionale Madre Teresa di Calcutta

G. Bedeschi, L. Erbosi, A. Ortolani, F. Lancellotti

ASP Poveri Vergognosi, Bologna

Le attività ricreative che si svolgono con animali hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita tramite la riduzione dell'ansia, dell'irritabilità, dei tratti depressivi ed allo stesso tempo di stimolare le funzioni cognitive residue (memoria autobiografica, linguaggio, attenzione, capacità prassiche). Sono stati arruolati 5 anziani (età compresa tra 70 e 90 anni) 2 con affaccendamento e agitazione psicomotoria, 3 con apatia e mutacici. Sono state pianificate, programmate ed attuate 12 sedute di "Anima-la-zione" (Animazione condotta da un'Operatrice di Zooantropologia Assistenziale con il suo cane) della durata di 1 ora, con frequenza settimanale negli spazi esterni ed interni del nucleo. Come strumento di monitoraggio è stata utilizzata una scheda per la rilevazione di dati quali il gradimento, la performance, l'interazione con il pet e con il gruppo.

Lo scopo di questo progetto è stato quello di verificare la fattibilità, i costi e l'impatto su anziani con demenza di grado moderato-severo e disturbi del comportamento residenti nel Nucleo demenze della Casa Residenza per Anziani Madre Teresa di Calcutta di Bologna di attività di animazione assistita da animali utilizzando la metodologia dell'approccio zooantropologico. Inoltre sono state realizzate riprese audio-video poi montate per la produzione di un filmato.

I dati di maggiore rilevanza sono quelli relativi al numero delle partecipazioni, alle medie del gradimento per l'attività e dell'interazione degli anziani coinvolti con il pet, come dimostrato nella tabella allegata: gli anziani hanno partecipato al 90% delle sedute proposte, la media del gradimento e quella di interazione col pet è risultata essere di 3,8/4,0. I costi sostenuti sono relativi a: costo della quota di partecipazione dell'animatore dipendente ASP al corso (2.400,00 €); ore in straordinario dell'animatore per la preparazione delle sedute (20 ore a 13,00 €/ora totale 260,00 €)

In conclusione l'Approccio Zooantropologico si è dimostrato applicabile alla realtà delle strutture protette, sostenibile economicamente e con un positivo impatto sugli anziani coinvolti. È oltretutto ipotizzabile che, riducendo i disturbi comportamentali, tale attività possa migliorare indirettamente la qualità di vita di tutti gli ospiti della struttura e contribuire a ridurre l'eventuale burn-out degli operatori. Sono necessari altri studi su più vasta scala per confermarne gli effetti soprattutto a medio termine.

Utenti arruolati	Numero partecipazioni effettuate	Numero partecipazioni previste	media gradimento	media performance	media interazione con il pet	media interazione con il gruppo
1	12	12	3,8	2,8	3,4	1,0
2	11	12	3,5	3,2	3,9	1,8
3	10	12	4,0	3,4	3,8	2,2
4	11	12	4,0	2,1	4,0	2,1
5	10	12	3,5	2,5	4,0	0,3
Totale	54	60	3,8	2,8	3,8	0,7

(legenda: nullo = 0, poco = 1, sufficiente = 2, abbastanza = 3, molto = 4)

123

Il Clock Drawing Test come predittore di eventi avversi non fatali in una popolazione anziana

M.V. Lega, E. Fabbri, F. Coraini, L. Montanari, B. Maltoni, G.L. Pirazzoli, P. Forti, M. Zoli

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, Bologna

L'aggiunta del Mini Mental State Examination (MMSE) migliora la capacità predittiva del fenotipo fisico di fragilità rispetto ad eventi avversi. Il Clock Drawing Test (CDT) è un test di screening cognitivo considerato complementare al MMSE, con maggiore capacità diagnostica per le funzioni visuo-spaziali ed esecutive. In anziani non affetti da demenza, il punteggio al CDT sembra associato al rischio di eventi avversi. Non è noto se l'informazione prognostica fornita dal CDT sia indipendente dal tipo di sistema di punteggio utilizzato, dal punteggio al MMSE e dalla presenza di fragilità.

Obiettivo dello studio è stato verificare, in una popolazione di anziani residenti a domicilio e non affetti da demenza, l'esistenza di associazioni tra CDT e rischio di eventi avversi non fatali a 4 anni (disabilità, istituzionalizzazione, ospedalizzazione, e demenza) e se tali associazioni fossero indipendenti dal MMSE e dalla condizione di fragilità.

I dati provengono da uno studio di popolazione prospettico italiano, il Conselice Study of Brain Ageing, che, nel 1999/2000, ha arruolato 1016 partecipanti di età = 65 anni. I partecipanti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale standardizzata, inclusa la somministrazione di MMSE e CDT valutato secondo tre sistemi di punteggio (CDIS, Sunderland, Shulman). La fragilità è stata misurata con un adattamento della versione a 3 item del fenotipo fisico elaborata nello Study of Osteoporotic Fractures (SOF Index). La coorte è stata rivalutata nel 2004 per gli eventi avversi di interesse (3.9 ± 1.9 anni). Per gli scopi del presente studio, sono stati esclusi i soggetti istituzionalizzati ($n = 33$), con demenza ($n = 34$) o stato cognitivo non classificabile ($n = 19$), dati mancanti per CDT ($n = 153$) e SOF Index ($n = 11$), deceduti prima della rivalutazione ($n = 75$), o persi al follow-up ($n = 90$). I fattori confondenti includevano: età, sesso, fumo, alcol, attività fisica, patologie croniche rilevanti, body mass index, proteina C-reattiva, disabilità alle ADL, e sintomi depressivi (Geriatric Depression Scale).

Lo studio ha incluso 601 soggetti di età media 73.0 ± 5.6 anni, 52.9% donne; 6.5% era fragile e 34.1% prefragile al SOF-Index. Solo 5.2% aveva MMSE < 24 mentre i punteggi patologici al CDT oscillavano fra 17.3% (Sunderland) e 31.8% (Shulman). Analisi di regressione logistica aggiustate per MMSE, fragilità ed altri fattori confondenti, non hanno mostrato associazioni del CDT con disabilità e ospedalizzazione. Sunderland-CDT è risultato associato con l'istituzionalizzazione (OR = 6,30, LC95% = 1.33-29.86). CDT (tutte le modalità) era associato al rischio di demenza (Shulman OR = 2.18, LC95% 1.23-3.86; Sunderland OR = 2.63, LC95% = 1.42-4.86; Shulman OR = 2.76, LC95% = 1.56-4.87). In questi modelli, anche MMSE < 24 e fragilità erano predittori indipendenti ($p < 0.05$).

In questa popolazione di anziani residenti a domicilio, il CDT non mostra capacità predittiva per il rischio di eventi avversi non fatali a 4 anni eccettuata la demenza.

124

Utilizzo di farmaci inappropriati in pazienti affetti da deterioramento cognitivo severo: risultati dello studio Shelter

G. Colloca, G. Onder, F. Landi, M. Tosato, D.L. Vetrano, R. Liperoti, R. Bernabei
Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Dati della letteratura indicano che gli ospiti di residenza sanitaria assistenziale (RSA) con deterioramento cognitivo ricevono una media quotidiana di sette/otto farmaci. I benefici di molti di questi sono discutibili, pertanto l'uso di farmaci inappropriati in questa popolazione è piuttosto comune. È stato utilizzato campione di 1449 residenti in RSA affetti da deterioramento cognitivo severo, partecipanti allo studio "Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER)" che ha raccolto dati di residenti in 57 RSA in Europa.

Determinare la prevalenza ed i fattori associati con l'utilizzo di farmaci inappropriati in pazienti anziani affetti da deterioramento cognitivo severo, residenti nelle RSA europee. L'utilizzo di farmaci inappropriati è stato definito come la somministrazione di farmaci classificati come raramente o mai appropriati in pazienti con deterioramento cognitivo severo secondo i criteri di Holmes del 2008.

L'età media dei partecipanti allo studio era di 84.2 ± 8.9 anni, 1087 (75.0%) erano donne. L'utilizzo di farmaci inappropriati è stato osservato in 643 (44.9%) residenti. I farmaci inappropriati maggiormente utilizzati risultavano le statine (9.9%), gli antiaggreganti (escludendo l'acido acetilsalicilico) (9.9%), gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (7.2%) e gli antispastici (6.9%). L'utilizzo di farmaci inappropriati è stato direttamente associato a patologie specifiche come: diabete (OR 1.64; 95% CI 1.21-2.24), scompenso cardiaco (OR 1.48; 95% CI 1.04-2.09), ictus (OR 1.43; 95% CI 1.06-1.93), e ospedalizzazioni recenti (OR 1.69; 95% CI 1.20-2.39). Una correlazione inversa è stata dimostrata tra la prescrizione di farmaci inappropriati e la presenza di un geriatra nella residenza (OR 0.55; 95% CI 0.39-0.77).

La prescrizione di farmaci inappropriati è comune negli anziani residenti in RSA. Determinanti di inappropriata prescrizione farmacologica sono le comorbidità ed una recente ospedalizzazione. La presenza di un geriatra nella residenza è associata con una ridotta percentuale di prescrizione di questi farmaci.

125

Arterial Stiffness e funzionalità cognitiva

A. Castagna, A. Toschi, S. Moscardini, A. Spanò

U.O. Cure Primarie - Centro Esperto per i Disturbi Cognitivi, Pavullo nel Frignano (MO)

Sempre più numerosi studi indicano che i fattori di rischio cardiovascolari sono coinvolti nella patogenesi dei disturbi cognitivi. È stato osservato che un'elevata Pulse Pressure è associata con un aumentato rischio di Malattia di Alzheimer. Considerando che la Pulse Pressure (differenza tra la pressione sistolica e diastolica) è un indicatore di Arterial Stiffness, è ipotizzabile che i cambiamenti funzionali del sistema arterioso siano coinvolti nella patogenesi della demenza, come suggerito dal paradigma "Vascular Impairment".

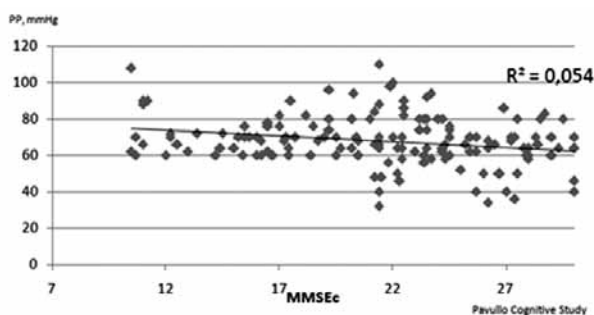


Fig. 1. Correlazione tra PP e MMSE.

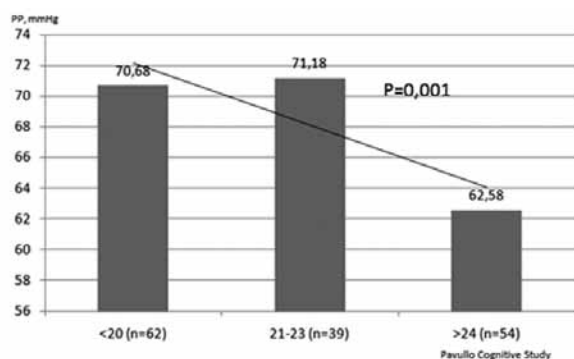


Fig. 2. Pulse Pressure in accordo con MMSE.

Lo scopo del nostro studio è stato di valutare la relazione tra Arterial Stiffness e Funzionalità Cognitiva in una popolazione di anziani afferenti al Centro Esperto per i Disturbi Cognitivi di Pavullo nel Frignano, nel periodo dal 21 dicembre 2011 al 21 giugno 2012.

Abbiamo arruolato 155 pazienti consecutivi (Femmine 65,8%), con età media di 82,21+6,04 anni; MMSEc 21,50+5,14; PP 67,97+13,90 mmHg. Al MMSE il 40% dei pazienti ha avuto valori < 20, il 25,2% tra 21 e 23, infine il 34,8% > 24. Nella popolazione generale si è riscontrata una correlazione inversa tra MMSE e PP (Fig. 1; $r = -0,233$; $P = 0,004$); il dato si confermava anche dopo analisi di regressione multipla ($\beta = -0,210$; $P = 0,008$). Abbiamo, quindi, diviso la popolazione per valori di MMSE in 3 gruppi ed effettuato ANCOVA per confrontare i valori di PP nei gruppi ($P = 0,001$), con età, sesso, terapia antiipertensiva, presenza di Diabete Mellito, presenza di malattie cardiovascolari come covariabili, evidenziando una correlazione inversa tra stato cognitivo e Pulse Pressure (Fig. 2).

I nostri dati evidenziano una correlazione inversa, indipendente, tra Arterial Stiffness e Funzionalità Cognitiva, suggerendo che il rimodellamento vascolare sia coinvolto nello sviluppo della demenza.

126

I gruppi di auto-mutuo aiuto nella riduzione del burden of care dei familiari di pazienti affetti da demenza

E. Rosa, S. Di Cesare, P. Carozza, O. Zanetti

¹IRCCS-Centro S.Giovanni di Dio Fatebenefratelli, U.O. Alzheimer, Brescia

Gli interventi di gruppo possono rappresentare uno strumento importante nella riduzione dello stress assistenziale sperimentato dai familiari di pazienti affetti da demenza (Chien L. et al. 2011).

Scopo del nostro lavoro è valutare l'efficacia di un percorso di auto mutuo aiuto rivolto a familiari di pazienti affetti da demenza nella riduzione del carico assistenziale. L'indagine ha coinvolto un campione di familiari ($n = 45$) di pa-

zienti affetti da demenza che hanno partecipato al percorso di auto mutuo aiuto e un secondo campione di controllo ($n = 45$). Entrambi i gruppi sono stati valutati alla baseline e ad un follow-up di 6 settimane tramite un questionario finalizzato ad indagare il carico oggettivo e soggettivo così strutturato: 1) dati socio demografici; 2) burden oggettivo espresso in numero di ore giornaliere di vigilanza e di assistenza al paziente; 3) sintomi depressivi (CES-D, Radloff 1977); 4) carico assistenziale (CBI, Novak and Guest 1989); 5) ansia (S.T.A.I forma Y1-Y2 Spielberger 1980); 6) strategie di coping (COPE, Sica 1997). Sono state in aggiunta rilevate le seguenti variabili riferite al paziente: 1) dati socio demografici; 2) funzioni cognitive (MMSE, Folstein 1975); 3) stato funzionale (ADL, Kats 1973; IADL, Lawton e Brody 1969); 4) disturbi comportamentali (NPI, Neuropsychiatric Inventory, Cummings 1994).

L'analisi della varianza mostra che nel gruppo che ha ricevuto il trattamento di AMA migliorano il carico sociale ($p < .008$), il carico evolutivo ($p < .008$) e il carico emotivo ($p < .036$).

Questi dati preliminari suggeriscono che la partecipazione a gruppi AMA può ridurre la percezione del burden assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

Chien L, et al. *Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis*. Int J Geriatr Psychiatry 2011;26:1089-98.

127

Progetto "Polo Assistenziale Alzheimer" 2006/2013 di Vicenza: un modello assistenziale ad alta integrazione sociosanitaria

P. Fortuna, M. Frison, L. Soattin, S. Bortolamei, P. Costa, R. Fabrello, A. Matteazzi
ULSS Vicenza, Vicenza

Relativamente alla demenza, nel territorio dell'ULSS di Vicenza, le stime ci riportano ad una popolazione di circa 3.400 persone coinvolte dalla malattia di cui 1.500 residenti nel Comune di Vicenza. Si ritiene che circa il 70-80% delle persone con Alzheimer siano curate in casa da un familiare che spende più di 10 ore al giorno, senza interruzioni, per l'assistenza al proprio caro, provocando uno stato di sofferenza diffuso. In questo senso l'Alzheimer è una malattia ad alto "rischio di contagio sociale" in quanto i familiari che assistono finiscono per manifestare sintomi diversi e disturbi vari.

Dal 2006 è stato possibile attivare, prima a Vicenza e poi su tutto il territorio dell'Azienda ULSS n "Vicenza", il Progetto "Polo Assistenziale Alzheimer" grazie alla collaborazione tra l'ULSS, il Comune, l'IPAB di Vicenza e la Fondazione Cariverona. Il progetto si richiama al concetto di integrazione su più livelli: si ritiene che per affrontare questa patologia, sia necessaria l'attivazione organica di tutti i soggetti di "supporto", a partire dagli operatori di tutti i servizi socio-sanitari per arrivare alle varie realtà associative e di volontariato. Esso è stato, fin dall'inizio, un "collante" tra le varie organizzazioni, gli operatori, le varie realtà territoriali. L'approccio di rete si è concretizzato attraverso la costituzione, in ogni territorio, di un Gruppo di Coordinamento, ossia di un tavolo di lavoro al quale sono seduti i referenti tecnici degli enti coinvolti e delle associazioni aderenti per valutare l'efficacia degli interventi, monitorare le azioni, presidiare i tempi, confrontarsi sulle criticità e le possibili piste di miglioramento.

Sono realizzate proposte formative indirizzate agli operatori professionali per favorire un processo di conoscenza interprofessionale, interistituzionale e l'acquisizione di linguaggi comuni. La metodologia adottata è stata quella dei seminari e della "formazione sul campo". È stata sperimentata la forma degli "stage minimi", come proposta esperienziale dove alcuni operatori hanno accolto altri colleghi provenienti da altri servizi. L'individuazione di un percorso condiviso, di diagnosi e cura, è stato un altro obiettivo importante del Progetto. Come sostegno alla famiglia, è stato attivato uno sportello telefonico. È stato realizzato altresì un supporto, "Il malato di Alzheimer - Una guida per chi se ne prende cura" che suggerisce alcune risposte per gestire al meglio l'attività di cura e di assistenza. È stata istituita la Scuola per i Familiari e favoriti la nascita e lo sviluppo di Gruppi di Auto Mutuo

Aiuto. È stata ultimata inoltre la prima edizione del corso "Prendiamoci cura dell'anziano fragile a casa sua" rivolto a familiari, assistenti familiari e volontari.

Il progetto è tuttora in corso e, con l'analisi dei risultati finali, si concluderà nel 2013.

128

Guida automobilistica e decadimento cognitivo: quale ruolo delle UVA

A.M. Cotroneo¹, P. Gareri², R. Lacava², A. Castagna², L.F. Malimpensa¹, E. Maina¹, S. Cabodi¹

¹ASL TO 2, Torino; ²ASP, Catanzaro

Oggi gli anziani over 65 enni rappresentano circa il 20% della popolazione generale italiana, mentre gli ultra 75 sono quelli in più rapida espansione. Da dati del 2008 circa il 13% degli interi "patentati" erano anziani (over 65enni) con un rapporto di 2 su 3 uomini. Se andiamo a vedere gli ultra 75, il numero di possessori di patente di guida erano circa 1.330.000 di cui l'82% uomini. È stata effettuata un'indagine conoscitiva sui possessori di patente di guida giunti in ambulatorio U.V.A. per disturbi cognitivi.

Lo studio è stato condotto su 198 pazienti over 65 enni, 115 donne e 83 uomini, età media 77,4 ± 4.5 anni, tutti giunti, per la prima volta all'U.V.A., per riferiti disturbi cognitivi. Oltre alla rituale visita medica, raccolta anamnestica, esami ematochimici + TC o RMN Encefalo, ecg, hanno effettuato il test neuropsicologico MODA; è stato chiesto se ancora praticavano la guida dell'autovettura.

Dei 198 soggetti dello studio, sono risultati 115 possessori ancora di patente di guida (93 uomini e 22 donne). Di questi 115, guidavano ancora 29 soggetti di cui 24 uomini e 5 donne. Sui 29 guidatori ancora in attività abbiamo effettuato una valutazione aggiuntiva ed il risultato è stato che 26 di essi avevano dei deficit visivi alcuni parzialmente correggibili con lenti; 19 presentavano ipoacusia. Il MMSE variava tra 20 e 25/30. Il Test neuropsicologico effettuato (MODA) risultava in 12 soggetti non normale, 13 soggetti borderline mentre soltanto in 4 soggetti era definito normale.

Tenendo ben presente che la guida di un'autovettura richiede una sinergia di azioni estremamente complesse che coinvolgono vari apparati: motorio, visivo, uditivo e cognitivo, ci siamo posti il problema di quale ruolo deve avere il medico specialista delle U.V.A. quando si trova davanti un soggetto cognitivamente non integro e esercita ancora la guida dell'autovettura; costituendo ciò un verosimile pericolo per se e/o per terzi. La legge in materia non ci è venuta particolarmente incontro sull'argomento. Si è deciso di: 1) avere un colloquio mirato all'informazione diretta al paziente, laddove lo stato cognitivo lo consenta, ed al caregiver (90% un familiare) sulla necessità di avvisare gli enti preposti alla concessione della patente di guida e sulla soluzione di non guidare più; il tutto a tutela principalmente dell'interessato. 2) scrivere una lettera al riguardo al MMG. 3) nel caso di "sospensione" della guida decisa d'accordo col pz o col caregiver, è stata programmata una visita ad 1 mese per valutare l'eventuale reattività umorale (stato depressivo reattivo) dovuta al cambiamento di stile di vita. È chiaro che al momento l'intervento dello specialista U.V.A. è forse limitato ma pur sempre efficace.

129

L'applicazione del metodo Validation® al piccolo gruppo a favore della riduzione dell'isolamento dell'anziano affetto da demenza

P. Rabino⁴, M. Sala¹, C. Siviero², S. Pellegrini⁵, R. D'Alfonso³, G. La Barbera³, A. Cerri², G. Riva¹

¹Mons. Biraghi, Milano; ²Fondazione Castellini Melegnano, Milano; ³Casa famiglia S. Giuseppe Vimercate, Milano; ⁴Cooperativa Sociale Vedogiovanestti, Asti; ⁵Istituto San Giuseppe Villa d'Adda, Bergamo

Riteniamo la riunione di gruppo Validation®^{1 2} una "buona pratica" a favore dei grandi anziani disorientati o affetti da demenza. Sono varie le finalità di questa terapia non farmacologica: tramite la stimolazione ad assumere ruoli sociali è possibile recuperare il senso di identità e la capacità di interazione, migliorare la comunicazione verbale, aumentare l'energia, il benessere fisico e il tono dell'umore, ridurre l'ansia e in qualche caso diminuire la necessità di contenzione chimica o fisica. Il macroobiettivo: la riduzione dell'isolamento. Inoltre tale metodo si è rivelato utile anche nella relazione tra i familiari coinvolti e il personale curante.

Quattro conduttrici di gruppo hanno esaminato, con l'ausilio della tecnica della videoregistrazione, una decina di riunioni di gruppo Validation con un numero di partecipanti che va da quattro a otto per gruppo. Ciascuna conduttrice ha utilizzato una scheda appositamente predisposta per la rilevazione dei correlati somatici, posturali, motori e fisiologici delle reazioni emotive dell'anziano prima e dopo il trattamento.

Questo lavoro ha come obiettivi: l'osservazione delle più frequenti manifestazioni emotive nelle fasi medio/gravi di demenza senile; la rilevazione dei cambiamenti degli stati emotivi da prima a dopo la riunione di gruppo. Sono state osservate nella maggior parte dei pazienti delle modificazioni significative, in particolare riguardo al tono dell'umore. Il clima, caratterizzato da apprezzamento e accoglienza emotiva³, ha permesso di lasciare emergere problemi e facilitato le possibili soluzioni, tanto da influenzare positivamente lo stato emotivo del singolo.

È nostra opinione che la riunione di gruppo Validation® attraverso la ritualità degli incontri in un setting rassicurante, soddisfi i bisogni comuni dei partecipanti, i quali possono esprimere le proprie emozioni e percepire il benessere della condivisione anche quando non è possibile il contenuto cognitivo. Dare valore alla manifestazione e alla espressione degli stati emotivi riduce l'ansia e ristabilisce la dignità della persona⁴.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Feil N. *Group Therapy in a Home for the Aged*. The Gerontologist 196;7:192-5.
- 2 Feil N. *Validation il Metodo Feil*. Minerva Edizioni 2008.
- 3 Rogers C. *I gruppi di incontro*. Astrolabio 1976.
- 4 Rogers C. *Terapia centrata sul cliente*. La Meridiana 2007.

Griglia di osservazione delle emozioni nelle riunioni di gruppo metodo Validation®
 Dott.ssa D'Alfonso Rita, Dott.ssa La Barbera Giuseppina

Nome Paziente Fase..... Operatore

Data riunione		
Riunione n.		
ESPRESSIONI EMOTIVE DEL VISO		
Osservazioni	Prima	dopo
Volto inespressivo		
Occhi chiusi		
Occhi aperti		
Sguardo focalizzato e contatto buono		
Sguardo non focalizzato		
Espressione distesa		
Espressione corrugata		
Espressione triste		
Naso arricciato		
Labbra serrate		
Mascella prominente		
Sorride		
Piange		
Grida		
Canta		
Sbuffa		
Sbadiglia		
PIANO POSTURALE-MOTORIO		
Osservazioni	Prima	Dopo
Movimenti rapidi		
Movimenti lenti e tranquilli		
Nessun movimento		
Irrequietezza con particolari gesti		
Tono voce aspro, accusatorio, stridulo		
Tono di voce basso		
Muscoli tesi		
Muscoli rilassati		
Postura chiusa		
Postura aperta		
Cammina avanti e indietro		
PIANO FISILOGICO		
Osservazioni	Prima	Dopo
Respiro profondo		
Respiro accelerato		

Annotazioni sui contenuti prevalenti:

Prima della riunione

.....

Durante la riunione

.....

Al termine della riunione

.....

130

Batteria ecologica italiana per la valutazione degli oldest old

M. Pigliautile¹, C. Primi², F. Chiesi², M. Ricci³, P. Mecocci¹

¹ Istituto di Gerontologia e Geriatria dell'Università di Perugia, Perugia; ² Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze; ³ Macquarie Centre for Cognitive Science, Macquarie University, Sydney, N.S.W.

Le previsioni demografiche della popolazione mondiale, configurano nel futuro prossimo, un aumento straordinario di soggetti ultraottantenni ma, da quanto emerge dalla letteratura, non esiste una batteria in lingua italiana per la valutazione delle funzioni cognitive del "grande vecchio" e due importanti problemi di ricerca sembrano spesso trascurati: il ruolo giocato dalla riserva cognitiva (Stern, 2002) e l'importanza della validità ecologica dei test intesa come relazione tra la prestazione alla prova neuropsicologica e il comportamento e le capacità del soggetto nella vita reale (Spooner e Pachana, 2006). Numerosi studi dimostrano infatti come i test classici penalizzino spesso il soggetto oldest-old, con punteggi che non riflettono le sue reali capacità.

Creare una batteria con prove ecologiche per la valutazione cognitiva del "grande vecchio" che permetta di discriminare soggetti cognitivamente integri da soggetti con demenza di tipo Alzheimer di grado lieve valutando, al contempo, la riserva cognitiva.

È stata assemblata una batteria cognitiva con prove ecologiche e/o considerate adeguate per questa popolazione con lo scopo di valutare diversi domini cognitivi effettuando traduzioni e adattamenti ove necessario. Inoltre sono state raccolte informazioni anamnestiche e relative ad alcuni fattori di riserva cognitiva. Ad oggi sono stati reclutati 30 soggetti (range: 80-92; età media 86 anni) cognitivamente normali (punteggio medio MMSE = 27) a cui sono state somministrate, in due giorni differenti, una batteria tradizionale (batteria del progetto Regal della SIGG) e la batteria ecologica (Tabella 1). Da una prima analisi statistica effettuata su 19 soggetti, è emersa una correlazione significativa tra prove delle due batterie nel dominio dell'attenzione ($0.47 < r < 0.78$), della memoria ($0.46 < r < 0.71$) e del linguaggio ($0.61 < r < 0.85$).

I primi risultati evidenziano una correlazione significativa tra alcune delle prove tradizionali e quelle ecologiche. È in corso uno studio per esaminare proprietà psicometriche, sensibilità e specificità dell'intera batteria nel discriminare tra soggetti con demenza lieve e soggetti cognitivamente integri di età superiore agli 80 anni tenendo conto delle differenze a livello della riserva cognitiva.

131

Musicoterapia e Alzheimer, un'esperienza domiciliare

G. Bernabucci, A. Fiandra, S. Ragni, L. Bartorelli

Centro Alzheimer Fondazione, Roma

All'interno del servizio di Assistenza Domiciliare del Centro Alzheimer della Fondazione Roma, si è scelto di sperimentare la musicoterapia tra gli interventi non farmacologici: la musica facilita la comunicazione e la relazione attraverso il linguaggio non verbale, creando un ponte tra paziente e terapeuta; la musica influenza i comportamenti, il corpo, i sensi, i sentimenti, i pensieri. Verificare l'efficacia di un intervento musicoterapico a domicilio.

In un anno sono (50 incontri) stati seguiti 8 pazienti con demenza degenerativa (4 D. e 4 U.), di età media 80 anni e scolarità media 12, con MMSE medio 3,8 e CDR medio 2,5. I criteri di eleggibilità per la presa in carico da parte dell'equipe sono: possibilità di utilizzare canali alternativi quando il linguaggio tradizionale è fortemente compromesso; sensibilità e predisposizione al linguaggio sonoro-musicale. Metodi utilizzati: musicoterapia recettiva, musicoterapia attivo-espressiva; musicoterapia creativa; terapia dell'improvvisazione sperimentale.

L'intervento è stato suddiviso in 3 fasi:

Fase di osservazione, dove si sono raccolte ed analizzate informazioni sul paziente, utilizzando la scheda d'ingresso di musicoterapia, compilata insieme ai familiari; i resoconti dell'equipe; l'osservazione effettuata all'interno dei tre incontri, presso il suo domicilio. Nella fase della sperimentazione, le sedute vengono progettate seguendo le esigenze e gli stati emotivi del paziente; le sue libere espressioni sonoro-musicali e corporee, vengono usate all'interno di uno spazio creativo, per comunicare e costruire una relazione e raggiungere gli obiettivi individuati. Nella valutazione, si confrontano i protocolli di musicoterapia compilati alla fine di ogni seduta, i feedback dei familiari e dell'equipe per verificare gli effetti determinati dall'intervento.

Dalla valutazione dei protocolli di musicoterapia somministrati, si evidenziano i seguenti dati: nel primo incontro 6 dei pazienti hanno avuto un atteggiamento corporeo chiuso e contratto, 1 aperto e 1 indifferente; nell'ultimo incontro 7 un atteggiamento aperto e tutti un atteggiamento rilassato. Nel primo incontro 6 un atteggiamento emotivo interessato, 3 indifferente; nell'ultimo incontro, invece, tutti un atteggiamento coinvolto. Nel primo incontro metà dei pazienti non ha usato gli strumenti, l'altra metà li ha utilizzati (2 come oggetto esplorativo). Nell'ultimo incontro tutti hanno usato gli strumenti, di cui 6 come oggetto intermedio, 2 come oggetto esplorativo. Nel primo incontro prevale l'espressione triste e una scarsa attenzione, mentre nell'ultimo tutti hanno prestato attenzione seppure in modo frammentato.

Alla luce dell'esperienza fatta, si evidenzia l'importanza della musicoterapia come terapia non farmacologica, in quanto può dare, combinata ad altri interventi e in casi selezionati, la possibilità di migliorare la qualità di vita del paziente e del suo nucleo familiare, per tutta la durata della malattia.

Tab. 1. Strumenti utilizzati nella valutazione dei soggetti reclutati.

BATTERIA TRADIZIONALE	BATTERIA ECOLOGICA	DOMINIO COGNITIVO
Mini Mental State Examination (MMSE) o Addenbrook's Cognitive Examination Revised (ACE-R)		funzionamento globale
Copia di disegni	Clock Drawing Test	funzione visuo-spaziale
Trail making test A e B (TMT/A e TMT/B)	Color Trails (CTT) 1 e 2	attenzione
Test delle matrici attenzionali		
Digit span avanti, Digit span indietro, Test dei cubi di Corsi, Test delle parole di Rey, Test di memoria di prosa	Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT-3)	memoria
Prova di orientamento del MMSE	Prova di ORIENTAMENTO tratta dalla RBMT-3	orientamento
Test dei giudizi verbali e Test delle matrici di Raven	Item tratti dal Communication Activity of Daily Living-2 (CADL-2); CTT 2, dimostrare di saper spedire una lettera	formazione di concetti e ragionamento; funzioni esecutive e prestazione motoria;
Token test e test delle fluenze verbali	CADL-2	linguaggio

132

Sindrome di Diogene (squallore senile): descrizione di quattro casi

C. Soavi¹, A. Dainese¹, P. Milani², F. Bonetti¹, M.L. Morieri¹, M. Gatti¹, G. Zuliani¹

¹ Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Nutrizione Clinica, Università di Ferrara, Ferrara, ² Unità di Neurologia, Università di Ferrara, Ferrara

La Sindrome di Diogene (SD) è un raro disturbo acquisito del comportamento che interessa più frequentemente i soggetti anziani. Descritta nel 1975, è caratterizzata da isolamento sociale, estrema trascuratezza della persona e della casa, tendenza all'accumulo di oggetti/rifiuti (silloomania) e rifiuto di aiuto esterno per assenza di consapevolezza di malattia. La SD può essere classificata in forma attiva (il soggetto raccoglie oggetti all'esterno e li porta nella propria abitazione), passiva (soggetto in vaso dalla sua stessa spazzatura), a due (condivisione della SD tra i membri della coppia), sotto-soglia (SD iniziale o "bloccata" dal precoce intervento sanitario).

Scopo del nostro studio è analizzare quattro casi di SD da noi osservati e individuarne fattori predisponenti e scatenanti sulla base delle ipotesi presenti in letteratura.

Le principali caratteristiche dei quattro casi sono riassunte in Tabella. Nel caso 1 (SD passiva), etilismo cronico e deterioramento cognitivo potrebbero aver scatenato la patologia, predisposta forse da un'"alterazione personalogica". Nel caso 2 (SD attiva-"a tre") una psicosi d'innesto potrebbe aver scatenato la SD a fronte della predisposizione indotta dal funzionamento intellettivo limite; tuttavia va considerata la condivisione della SD con i genitori che configura ne una forma di SD "a tre". Nel caso 3 (SD attiva) è presente una grave iperostosi frontale-parietale interna, condizione già associata a disturbo del comportamento e delle funzioni esecutive; è quindi supportata un'etiologia organica. Infine, nel caso 4 (SD attiva/sotto-soglia) i sintomi di SD sono comparsi solo con la progressione della demenza; questa patologia sembra essere pertanto il fattore scatenante, a fronte di predisponenti ignoti. Pur se eterogenei, i casi presentati supportano alcuni concetti: 1. la SD può colpire entrambi i sessi; 2. è di gran lunga prevalente in età geriatrica; 3. si associa spesso con un deterioramento cognitivo o con disturbi psichiatrici, che tuttavia non sono specifici, né sufficienti a giustificarne l'insorgenza.

133

Valenza dell'intervento multidisciplinare presso la casa di riposo "Villa Ebla"

P. Bruno, M. Pirozzi, R. Felaco, L. Strazzullo

ASL NA2 Nord, Napoli

Il quadro delle conseguenze psico-fisiche determinate dall'istituzionalizzazione è alla base del nostro intervento multidisciplinare, teso al miglioramento della qualità di vita della persona.

Il progetto effettuato a "Villa Ebla" – Giugliano in Campania – è articolato in quattro fasi della durata di tre mesi:

1. Valutazione del quadro psico-fisico degli ospiti presenti attraverso la somministrazione della batteria di test R-BANS e la GDS;
2. Interventi sulla persona per migliorarne il benessere, sviluppando le possibilità di espressione, la dimensione del desiderio, la creatività, la manifestazione di emozioni e di affetti;
3. Attività rivolte a stimolare le abilità manuali, favorire il rilassamento e migliorare il tono dell'umore, rallentare e prevenire il decadimento psico-fisico;
4. Valutazione dei risultati.

La valutazione multidimensionale eseguita con l'ausilio dei test neuropsicologici, ha riscontrato che la maggior parte degli ospiti sono sufficientemente autonomi e collaborativi. La scala R-Bans è stata inizialmente somministrata a tutti i pazienti; di questi solo sette hanno portato a termine la valutazione, per gli altri non è stato possibile completare il test per maggiori problemi cognitivi. I valori ottenuti sono tutti al di sotto del range di normalità: tre pazienti sono risultati essere con deficit cognitivo grave, gli altri quattro con valori di deficit medio. La somministrazione della scala GDS ha rilevato per tutti i pazienti valori al sopra della soglia, segno della presenza di sintomatologia depressiva. Dopo tre mesi di attività solo i quattro pazienti che risultavano affetti da interessamento cognitivo medio, hanno portato a termine la seconda valutazione R-Bans. I quattro pazienti valutati hanno mostrato lievi oscillazione nei punteggi indice; due in senso negativo e due in senso positivo. Il tono dell'umore è risultato migliorato alla GDS per quattro pazienti, stazionario per un paziente, peggiorati lievemente alla

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sesso, età	M, 74 anni	M, 43 anni	F, 78 anni	F, 67 anni
SD	Passiva	Attiva "a tre"	Attiva	Attiva "sottosoglia"
Scolarità	Elementare	Media inferiore	Laurea	Media superiore
Professione	Agricolatore	--	Insegnante	Insegnante
Comorbidità	Etilismo, ipertensione, diabete tipo 2, gastrectomia	Psicosi d'innesto	Grave iperostosi fronto-parietale interna, linfoma B-linfocitario	M. di Alzheimer probabile, vasculopatia cerebrale sottocorticale
Funzioni cognitive	Deterioramento cognitivo	Funzionamento cognitivo limite	Nella norma	Demenza
Test cognitivi	MMSE: 19/30	WAIS: Q.I. 75-80	MMSE: 26/30 SPMSQ: 7/10	MMSE: 17-24/30
Disturbi psichiatrici	Su base caratteriale	Psicosi d'innesto	Depressione con spunti psicotici	--

GDS con un solo punto per due pazienti; tre anziani non sono stati in grado di portare a termine il test.

Il tono dell'umore è migliorato nella maggior parte dei pazienti, ciò è stato verificato sia attraverso la valutazione numerica della GDS, sia attraverso l'osservazione clinica ha mostrato un miglioramento delle competenze relazionali, ed un miglioramento delle capacità di linguaggio e di memoria nella maggior parte dei pazienti valutati. Per la dimensione cognitiva non si riscontrano variazioni significative, solo due pazienti su 10 hanno mostrato un sensibile miglioramento del punteggio indice del test R-Bans. Il lavoro multidisciplinare svolto ci ha permesso tuttavia di osservare un miglioramento della qualità della vita dei residenti, che si traduce in una maggiore attivazione fisica ed emozionale, in una percezione di maggiore gradimento rispetto al loro tempo, passando da una condizione di apatia ad una maggiore attivazione fisica e psichica.

134

Correlati neuropsicologici della performance motoria in anziani con disturbi cognitivi

A.M. Mello, E. Mossello, D. Simoni, G. Rubbieri, E. Ballini, C. Baroncini, S. Fracchia, M. Pieracciolli¹, C. Giulietti, L. Pecorella, M.C. Cavallini, N. Marchionni, M. Di Bari

Unità Funzionale di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

La presenza di disturbi del cammino è stata recentemente dimostrata fin dalle fasi iniziali della Malattia di Alzheimer (AD), cui peraltro si associano spesso in età avanzata alterazioni della sostanza bianca, e nel Mild Cognitive Impairment (MCI). Sono ancora controversi i correlati neuropsicologici della ridotta prestazione motoria in questi pazienti.

Questo studio ha lo scopo di valutare l'associazione indipendente tra caratteristiche neuropsicologiche e performance degli arti inferiori in un campione di anziani con disturbi cognitivi lievi-moderati.

Ciascuno soggetto, riferito all'Unità Valutativa Alzheimer, è stato sottoposto ad un esame neuropsicologico, che comprendeva Mini Mental State Examination (MMSE), Test delle 15 parole di Rey, Test di Babcock, Digit Span Avanti (DSA) e Indietro, Trail Making Test (TMT) A e B, Fluenza Verbale su stimolo Fonemico (FVF) e Semantico, Test delle Matrici Attenzionali (MA), Matrici Progressive di Raven, Test di Arrigoni-De Renzi. Ciascun soggetto è stato inoltre sottoposto a valutazione della performance motoria (Short Physical Performance Battery - SPPB) e ad un esame di neuroimaging.

Sono stati inclusi 62 soggetti (età media 78 anni; 58% femmine, MMSE medio 25,7), il 39% dei quali affetti da demenza lieve (nel 92% dei casi AD), il 53% da MCI, e l'8% da deficit cognitivo soggettivo. Nel 25% del campione erano presenti alterazioni almeno moderate della sostanza bianca sottocorticale. Un peggior punteggio totale alla SPPB è risultato associato a peggiori punteggi di DSA (Rho = 0,37, p = 0,005), FVF (Rho = 0,35, p = 0,008), MA (Rho = 0,30, p = 0,023) e TMTA (Rho = 0,34, p = 0,009), oltre che al sesso femminile, ad una polipatologia più grave ed ad alterazioni almeno moderate della sostanza bianca. In una serie di modelli di regressione lineare multipla, ciascuno contenente i singoli test neuropsicologici, una peggior performance motoria globale è risultata indipendentemente associata al sesso femminile ed alla presenza di alterazioni della sostanza bianca, al punteggio di FVF (p = 0,02) e MA (p = 0,011).

In questo campione di soggetti anziani con disturbi cognitivi lievi-moderati si è osservata un'associazione tra funzioni cognitive "frontali" e ridotta performance degli arti inferiori. Tale associazione risulta in parte, ma non del tutto, spiegata da una maggior entità di alterazioni della sostanza bianca.

135

Associazione tra nutrizione e performance cognitiva in pazienti anziani

A.M. Abbatecola¹, M. Russo², C. Bettuzzi², B. Morganti³, C. Romaniello³, T. Micheli², L. Di Cioccio⁴, F. Lattanzio¹

¹INRCA, Ancona; ²ASL, Frosinone; ³Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) "Citta Bianca - INI", Veroli; ⁴Ospedale "Santa Scolastica", Cassino

Pazienti affetti da demenza hanno un elevato rischio di sviluppare disabilità funzionale e nutrizionale ed inoltre è ben noto che la demenza di Alzheimer associata ad uno stato di malnutrizione si associa ad un rapido peggioramento delle funzioni cognitive. Al contrario non vi sono dati consistenti sull'associazione tra demenza di tipo vascolare o di tipo misto e lo stato nutrizionale in persone anziane. Inoltre, non è noto se esiste un rischio di sviluppare una demenza da mild cognitive impairment (MCI) in base allo stato nutrizionale cronico.

Valutare le variazioni delle funzione cognitive, del grado di funzionalità fisica e nutrizionale in persone con normale funzione cognitiva, mild cognitive impairment e demenza di varie eziologie dei pazienti nell'Assistenza Domiciliare-ASL di Frosinone e RSA "Citta Bianca - INI" di Veroli. Sono stati studiati 180 pazienti anziani: 98 in RSA e 82 in assistenza domiciliare. Lo studio è durato 1 anno. Sono stati valutati i seguenti parametri: activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) e la mini nutritional assessment (MNA), le comorbidità secondo la scale di Charlson (CCI), parametri antropometrici, esami di laboratorio ed una valutazione della performance fisica. Lo stato cognitivo è stato valutato con il Mini Mental State Examination (MMSE). Lo stato nutrizionale è stato valutato con il Mini Nutritional Assessment (MNA). Il nostro è uno studio di tipo longitudinale con valutazioni effettuate a baseline, dopo un mese e dopo 12 mesi di follow-up.

Abbiamo studiato 180 persone anziane: 82 in assistenza domiciliare (età media di 82 ± 8 anni), 98 in RSA (età media di 80 ± 7). Abbiamo osservato: 18 (10%) con una normale funzione cognitiva, 77 (42,8%) con MCI e 85 (48,3%) con demenza (malattia di Alzheimer (n = 18), demenza di tipo misto (n = 19), demenza di tipo vascolare (n = 48). A baseline pazienti anziani con normale funzione cognitiva o MCI avevano livelli simili di CCS. Gli score delle ADL e delle IADL correlavano con la performance cognitiva, indipendentemente dal tipo di ambiente. Uno stato nutrizionale di basso livello correlava con un declino nella performance cognitiva in pazienti con demenza dopo 12 mesi di follow-up. Inoltre coloro i quali avevano una demenza di tipo vascolare dimostravano uno stato nutrizionale peggiore a 12 mesi rispetto ad altri con demenza di tipo Alzheimer o di tipo misto, indipendentemente dalla dieta standardizzata e altri fattori confondenti. Uno cattivo stato nutrizionale correlava con lo sviluppo della demenza in pazienti con MCI, mentre non tale correlazione non era significativa nei soggetti con normale funzione cognitiva a baseline. Non sono state osservate differenze tra lo stato nutrizionale in base al ambiente di vita.

Lo stato nutrizionale rappresenta un marcatore del declino della performance cognitiva in pazienti con demenza, in particolare nella demenza di tipo vascolare.

136

Determinanti della prescrizione di AChE-inibitori e memantina in dosi massime in pazienti con demenza di Alzheimer di grado lieve

C. Cornali¹, S. Amico², A. Bianchetti¹, M. Trabucchi²¹ U.O. Medicina e Unità di Valutazione Alzheimer, Istituto Clinico S. Anna, Brescia; ² Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Definire le variabili associate alla prescrizione di dosi massime di inibitori dell'Acetilcolinesterasi (AChE-i) e Memantina in pazienti affetti da Demenza di Alzheimer (AD) di grado lieve.

Metodi. L'analisi è stata effettuata su dati raccolti in Unità di Valutazione Alzheimer da uno studio osservazionale multicentrico. Sono stati osservati per 9 mesi 396 persone con AD (età 79.5+5.9 anni, 63.3% F), che al momento dell'inclusione presentavano un MMSE compreso tra 18 e 24/30 e disabilità funzionale lieve-moderata.

Risultati. Alla baseline 125 pazienti (31.6%) assumevano donepezil (di questi il 21.1% già alla dose di 10mg), 219 (55.3%) rivastigmina (4.1% in compresse da 6-9mg, 4.6% in cerotto da 9mg), 12 (3%) galantamina (50% alla dose di 16-24mg), e 26 (6.6%) memantina (37% alla dose di 20mg). Dopo 9 mesi, nel 67.7% dei casi la terapia con AChE-i/Memantina è stata modificata: 122 pazienti (30.5%) assumono donepezil (il 75.4% alla dose di 10mg), 194 (49%) rivastigmina (8.8% in compresse da 6-9mg, 59.9% in cerotto da 9mg), 17 (4.4%) galantamina (82.4% alla dose di 16-24mg), e 44 (11.1%) memantina (68.2% alla dose di 20mg). Complessivamente, 257 soggetti (64.9%) raggiungono la dose massima di AChE-i/Memantina.

I fattori che correlano con il raggiungimento delle dosi massime sono: un minor MMSE al follow-up (p.006), un minor numero di malattie somatiche (p.053), maggior dipendenza nelle BADL (p.035), maggior assistenza per le BADL alla baseline in numero di ore/sett (p.005), confermata al follow-up (p.000), un maggior numero di ore/sett di assistenza anche nelle IADL (p.011) e di sorveglianza al follow-up (p.001). Tra i disturbi comportamentali riferiti al follow-up, quelli che si associano significativamente con la prescrizione di dosi max sono: maggior apatia (p.033) e distress del caregiver in merito all'apatia (p.056). Viceversa, il mantenimento di basse dosi si correla a maggiori disturbi dell'alimentazione (p.037) e distress del caregiver in merito ad anoressia (p.002).

In un'analisi di Regressione logistica multivariata, risultano indipendentemente associati alla prescrizione di dosi massime di AChE-i/Memantina un maggior numero di ore di assistenza per le BADL (OR 1.04, 95%CI 1.02-1.07, p.000), maggior apatia (OR 1.09, 95%CI 1.01-1.19, p.023), un più basso numero di comorbidità somatiche (OR 0.87, 95%CI 0.77-0.99, p.028), e minor preoccupazione del caregiver in merito ai disturbi dell'alimentazione (OR 0.64, 95%CI 0.49-0.85, p.002).

In poco più della metà di un campione di pazienti affetti da AD di grado lieve vengono prescritte le dosi di AChE-i/Memantina maggiormente efficaci secondo gli studi clinici. Ciò che induce gli specialisti delle Unità di Valutazione Alzheimer a incrementare la posologia è favorire un maggior impatto sullo stato funzionale e sull'iniziativa del paziente, mentre rappresentano una limitazione i possibili effetti collaterali sulle comorbidità e sull'apporto alimentare.

137

La memantina nel trattamento della demenza di Alzheimer in comorbidità cardiologica

C. De Falco¹, A. Di Palma², D. Manzella², G. Castellano³, M. Majello², F. Caserta², M. Scognamiglio²¹ Università di Napoli "Federico II", Napoli; ² Dipartimento delle Fragilità, ASL NAI Centro, Napoli; ³ Ospedale Santa Maria delle Croci, Ravenna, Ravenna

La bradicardia, secondaria all'utilizzo degli inibitori dell'AChE, è confermata dalla letteratura (Hernandez RK, J Am Geriatr Soc, 2009).

Risultano controversi gli effetti cardiovascolari secondari all'utilizzo di memantina: da un lato viene suggerito che potrebbe determinare bradicardia (Gallini A, Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2008); dall'altro, potrebbe essere considerato un farmaco cardioprotettore, diminuendo la richiesta miocardica di ossigeno (Monassier L, Eur J Pharmacol, 1996).

Ricerchare l'insorgenza di eventuali anomalie cardiologiche coinvolgenti la frequenza, il ritmo o la conduzione, secondarie all'utilizzo di memantina, nei pazienti affetti da AD.

Sono stati valutati all'inclusione (T0) 104 soggetti, dal 2009 al 2012, affetti da AD di grado moderato-severo (MMSE < 20), in trattamento con memantina 20 mg/die. Di questi, 50 presentavano, fra l'altro, patologie cardiache (20 bradicardia, 8 fibrillazione atriale, 4 BESV/BEV, 18 blocchi (atrioventricolare, di branca, emblocco anteriore sinistro)). 88 sono stati rivalutati a tre mesi (T3) e 68 a sei mesi (T6) dall'inclusione. A T3, 6 e a T6, 2 pazienti hanno abbandonato lo studio. Tutti i pazienti, sia a T0 che a T3 che a T6 sono stati sottoposti a: somministrazione del MMSE, misurazione dei parametri della pressione arteriosa sistolica (PAS) e diastolica (PAD) e della frequenza cardiaca (FC) e alla registrazione dell'ECG.

I soggetti di età media di 79,96 + 6,99, in buon compenso emodinamico, affetti da demenza di grado moderato-severo (MMSE < 20), non hanno mostrato differenze statisticamente significative tra le medie di MMSE, PAS, PAD, FC, PQ, QRS, QT nel tempo, da T0 a T3 e a T6.

I punteggi ottenuti al MMSE, anche se non in maniera statisticamente significativa, presentano un miglioramento nel tempo, fino a sei mesi dall'inclusione (efficacia del trattamento). Non vi sono state modifiche di FC, PQ, QRS, QT, con una stabilità anche del tratto ST. Le aritmie registrate all'inclusione sono rimaste stabili nel tempo e comunque, non se ne sono verificate delle nuove (sicurezza del trattamento).

138

Malattia di Alzheimer e turbe comportamentali: quale terapia

G. Battaglia, R. Battaglia, S. Fiorillo

U.O. Lungodegenza Serra San Bruno, Serra San Bruno

La malattia di Alzheimer aumenta con l'età: di solito insorge con turbe della memoria a breve termine e dell'attenzione. In alcuni casi si manifesta o peggiora con turbe comportamentali, che peggiorano la qualità della vita del paziente e del caregiver.

Caso clinico: donna di 80 anni, ipertesa, senza familiarità per demenza, con pregressa tiroideotomia per gozzo, in terapia sostitutiva, si presenta al Centro UVA, lamentando da alcuni mesi deflessione del tono dell'umore, con stato ansioso, abbandono di ogni attività, disorientamento temporo-spaziale, tremore del capo e della voce, instabilità posturale. Viene sottosta a test psicometrici che danno i seguenti risultati: MMSE 21.24/30 (corretto per età e scolarità), ADL 5/6 (funzioni mantenute), IADL 5/8 (funzioni perse), CDR 1. Interessati l'orientamento temporale e, a volte, spaziale, attenzione e calcolo, memoria e rievocazione (1/3), aprassie. La TAC Encefalica rileva atrofia corticale, la SPECT ipoperfusione del lobulo parietale inferiore sx e della giunzione temporo-parietale dx. Prescritta una terapia con Donepezil 5 mg per un mese, portata poi a 10 mg, la paziente sta bene per un anno, poi comincia a peggiorare. Rivista al centro presenta MMSE: 18.24/30, ADL: 3/6; IADL: 7/8, CDR 2. Compagno turbe comportamentali, soprattutto negli items che riguardano l'ansia, la depressione e l'irritabilità, con risultati al NPI: FR.9 Gr. 9 Tot.14. È aggiunta in terapia la Memantina a dosi scalari fino alla dose di 20 mg/die. Dopo 12 mesi il MMSE è invariato, la paziente guadagna 1 punto sia nelle ADL che nelle IADL, mentre si normalizza il punteggio nel NPI.

Il caso dimostra come la terapia con inibitori dell'acetilcolinesterasi di solito agisce per circa un anno; poi il paziente tende a peggiorare. Il fatto che l'aggiunta di Memantina non fa recuperare al MMSE non deve essere considerato un insuccesso, in considerazione che solitamente il paziente con l'Alzheimer perde 3-4 punti l'anno. La cosa che più deve essere presa in considerazione è che l'aggiunta di memantina, oltre a mantenere invariato

il MMSE e aver fatto recuperare un punto nelle ADL e IADL, ha determinato la scomparsa delle turbe comportamentali.

139

Depressione e mortalità in una popolazione di anziani residenti al domicilio: associazione con item specifici della GDS

L. Falanga¹, E. Spazzini¹, S. Tironi¹, S. Manfredini¹, V. Burni¹, R. Rozzini¹, M. Trabucchi²

¹ Ospedale Poliambulanza e GRG, Brescia; ² GRG-Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Nell'anziano le manifestazioni connesse alla riduzione del tono dell'umore possono esordire in modo "mascherato" (turbe del sonno, perdita di appetito, stipsi), simili a quelle che abitualmente si rilevano nell'invecchiamento normale o nelle situazioni di danno intellettivo. La sintomatologia depressiva nell'anziano è un indicatore prognostico sfavorevole.

Valutare l'associazione tra mortalità e item della GDS in un gruppo di anziani residenti al domicilio (Ospitaletto).

Materiali e metodi. I dati sono stati raccolti al domicilio; 549 i questionari compilati. Oltre alle caratteristiche demografiche è stato valutato il tono dell'umore mediante la GDS a 15 item. Le performance cognitive sono state indagate attraverso il MMSE. I soggetti con MMSE = 14 sono stati esclusi (reclutati in totale 524 anziani). È stata valutata la comorbilità e la disabilità. Il follow-up è stato di 5 anni.

L'età media dei soggetti (351 donne) era di 76.6 ± 5.1 anni, la scolarità di 4.6 ± 1.9 ; il 24.4% degli anziani vivevano soli. Il numero di malattie croniche era pari a 3.8 ± 2.0 ; il numero medio di farmaci assunti di 3.8 ± 2.0 .¹³⁴ A distanza di 60 mesi 129 (24.65%) soggetti erano deceduti.

L'associazione indipendente con la mortalità a 5 anni è risultata già evidente con un cut-off alla GDS = 3.

Studiando la predittività degli item della GDS e la mortalità separatamente nella popolazione maschile e femminile è emerso che per gli uomini un unico item ("è soddisfatto della sua vita?" n = 21 hanno risposto "no") è associato in modo indipendente ad un aumentato rischio di mortalità a 5 anni (13 deceduti; RR: 1.9 95% CI 1.0-3.6). Per il genere femminile, invece, 2 item sono indipendentemente associati ad una aumentato rischio di mortalità a 5 anni ("ha interrotto numerose attività e interessi?" n = 152 hanno risposto "sì", 52 decedute; RR: 8 95% CI 1.6-4.6) ("pensa che la sua vita sia vuota?" n = 111 risposte affermative, 35 donne decedute; RR: 1.6 95% CI 1.1-2.7).

I dati ottenuti supportano l'utilità della valutazione della sintomatologia depressiva nella formulazione della prognosi di un paziente anziano. La differenza dell'associazione dei diversi item della GDS negli uomini e nelle donne con la mortalità a 5 anni mostra come negli uomini una condizione pervasiva quale l'insoddisfazione per la vita abbia un effetto negativo sulla sopravvivenza; nelle donne invece è l'interpretazione negativa della vita, la perdita di interessi e di sentimenti, nel qui ed ora, ad esporre ad un maggior rischio di mortalità maggiore.

Dal punto di vista patogenetico la depressione nei maschi e nelle femmine può avere meccanismi biologici ed effetti sulla sopravvivenza diversi. Inoltre, poiché il discomfort in età avanzata è dovuto non solo ad eventi recenti, ma anche a condizioni precedenti l'approccio terapeutico può essere diverso.

140

Attività assistite con animali (AAA): l'esperienza del nucleo Alzheimer RSA dell'Istituto Geriatrico e Riabilitativo Frisia di Merate. Risultati preliminari

M. Perego¹, M. Colombo³, I. Pajoro³, A. Adduci¹, I. Riva¹, P. Fedeli², C. Quaranta⁴, M. Mattioli⁴, I. Santi¹

¹ Equipe Nucleo Alzheimer R.S.A. Istituto Geriatrico e Riabilitativo G. e C. Frisia, MERATE; ² Operatrice Cinofila dell'Associazione Animali Sociali ONLUS, Merate; ³ Servizio Animazione Sociale Istituto Geriatrico e Riabilitativo G. e C. Frisia, Merate (LC); ⁴ Equipe R.S.A. Istituto Geriatrico e Riabilitativo G. e C. Frisia, Merate (LC)

La Pet therapy (PT) nasce nel 1964 grazie allo psichiatra infantile Boris M. Levinson. Da allora molte esperienze applicate ad anziani con disagio psico-sociale per demenza, abbandono, ecc., ne hanno dimostrato la validità. Nel 2003 l'utilizzo di animali da compagnia è stato riconosciuto come terapia ufficiale. Oggi, secondo le normative ministeriali, i programmi di PT comprendono Terapie Assistite con Animali (TAA), un intervento terapeutico e riabilitativo rivolto a soggetti con patologie neuromotorie, cognitive e psichiatriche e Attività Assistite con Animali (AAA), attività di tipo ludico, ricreativo ed educativo, finalizzate a migliorare la qualità di vita dei soggetti coinvolti. Presso il nostro Istituto abbiamo intrapreso un progetto di AAA rivolto a Ospiti del NA RSA.

Scopo del lavoro è quello di offrire una nuova attività animativa in un'ottica di sostegno terapeutico, volto al miglioramento dei disturbi psico-comportamentali, arginare il senso di solitudine, utilizzando l'animale come facilitatore sociale, stimolazione mentale e motoria. Si vuole offrire poi all'equipe una nuova metodologia di intervento propedeutico ad un futuro programma di TAA.

Soggetti e Metodi: sono stati selezionati 6 ospiti del NA RSA, 4 donne e 2 uomini, età media 86.3 anni ± 4.84 DS. In condizioni basali e al termine delle sedute è prevista una Valutazione Multidimensionale. Al basale i disturbi comportamentali più frequenti erano wandering, vocalizzi, agitazione e depressione. Sono previste 12 sedute (1 ora/settimana da maggio a settembre), con un'interruzione nei mesi estivi. Ad oggi sono state effettuate 8 sedute. Sono coinvolti 1 Operatore cinofilo, Ginger, un cane femmina pastore scozzese, il Neurologo del NA, l'IP, il Coordinatore, O.S.S., il Direttore Medico e 2 Animatori Sociali. Ad ogni seduta viene stilato un report dal medico. L'IP e gli animatori compilano una griglia di osservazione sul comportamento dei singoli ospiti. Le sedute sono filmate dagli animatori, per ulteriori valutazioni. Al termine è prevista un'intervista all'equipe del NA per valutare le ricadute sul reparto. I Risultati preliminari relativi alle prime 8 sedute, hanno evidenziato che gli ospiti hanno gradito gli incontri, hanno tenuto un comportamento attivo ed interagito positivamente con l'animale, l'operatore cinofilo ed i componenti dell'Equipe presenti. Si mostravano tranquilli e sorridenti durante la seduta e nelle ore successive. Un soggetto che emetteva solo vocalizzi, ha formulato brevi frasi di senso compiuto.

Conclusioni. I risultati, se pur preliminari, sono decisamente positivi per tutti. L'AAA ha migliorato il controllo dei disturbi psico-comportamentali e favorito un nuovo approccio, stimolando e coinvolgendo l'Equipe, l'intervento Equipe/ospite ed ha offerto un'occasione agli ospiti di stimolazione mentale e motoria. L'esperienza positiva sarà quindi seguita da un programma di TAA.

141

Iperensione arteriosa, declino cognitivo e frequenza del danno d'organo a livello renale: nostra esperienza

G. Antista, W. Guccione, M.G. Arcuri, S. Lo Sciuto, A. Monteverde, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, Università di Palermo, Palermo

La prevalenza della Malattia di Alzheimer raddoppia ogni 5 anni dopo i 65 anni d'età. Una strategia di prevenzione che ritardi l'esordio della malattia di 5 anni potrebbe ridurre il numero dei casi del 50% in una generazione. L'identificazione dei fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza di declino cognitivo (DC) è utile al fine di definire l'approccio migliore per la prevenzione precoce. I risultati di diversi studi longitudinali hanno mostrato l'esistenza di una correlazione positiva tra la presenza di ipertensione arteriosa (IA), in soggetti nella quinta e sesta decade di vita e l'insorgenza di DC 15-20 anni più tardi. Anche la malattia renale cronica sembra essere un fattore di rischio per il DC anche se i dati presenti in letteratura sono ancora limitati. Abbiamo voluto valutare l'associazione tra IA, DC e danno renale in un campione di pazienti ricoverati presso il nostro Day Hospital Geriatrico dal 2007 al 2010. Di questi pazienti sono stati registrati al momento del ricovero i valori di pressione arteriosa, misurazioni antropometriche, abitudini voluttuarie, patologie remote e prossime ed il numero totale dei farmaci assunti in terapia. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale (MMSE, ADL ed IADL) e hanno eseguito un prelievo ematico per l'esecuzione di esami ematochimici e il calcolo della clearance della creatinina (ClCr) tramite la formula di Cockcroft Gault.

I 370 pazienti esaminati presentavano un'età media di $74,9 \pm 7,6$ anni (137 M e 233 F); tra questi 102 (27,2%) presentavano una diagnosi di demenza e 86 (23,2%) di Mild Cognitive Impairment (MCI). L'IA è stata la patologia più prevalente (73,2%) e la sua prevalenza era maggiore nei soggetti con funzione renale compromessa raggiungendo il 76% tra i soggetti con ClCr < 59 ml/min. La valutazione della ClCr ci ha inoltre permesso di evidenziare uno stato di insufficienza renale cronica (IRC) frequentemente sottodiagnosticata; abbiamo rilevato che a fronte di un'anamnesi positiva di IRC presente solo nel 7,5% dei soggetti esaminati ben il 75% presentava una ClCr < 90 ml/min, ed il 38,3% sotto 60 ml/min.

Nel nostro studio abbiamo rilevato una associazione importante tra deterioramento cognitivo sia in caso di MCI sia nella demenza, IA e danno renale. Nei soggetti con funzione renale compromessa (ClCr < 59 ml/min) la prevalenza di demenza e di MCI è tre volte superiore rispetto a quelli con ClCr normale. Anche confrontando i diversi tipi di demenza (Vascolare, Alzheimer, Mista) è emersa una maggiore prevalenza nei soggetti che presentavano una compromissione renale. La ClCr nel nostro studio sembra rappresentare un buon indice di fragilità; il suo aggravamento si accosta ad un peggioramento delle ADL e delle IADL. Questi dati sembrano dimostrare come il danno vascolare di patologie come IA e il diabete rappresenti un substrato comune che espone sia alla malattia renale sia al deterioramento cognitivo.

142

Stato di salute in soggetti anziani che vivono soli

S. Tironi¹, E. Spazzini¹, L. Falanga¹, L. Piovani¹, S. Manfredini¹, R. Rozzini¹, M. Trabucchi²

¹Ospedale Poliambulanza (Brescia) e GRG, Brescia; ²Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Molti autori sostengono che la solitudine nei soggetti anziani sia un predittore del declino funzionale e di mortalità e ritengono che la solitudine non sia adeguatamente considerata come una misura quantitativa dell'isolamento sociale. La finalità dello studio è stata quella di confrontare le caratteristiche di salute e la mortalità in 701 pazienti (età media $78,9 \pm 7,4$; donne 69,8%) ricoverati nell'Unità di Cure Post-Acute (Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria dell'Ospedale Poliambulanza, Brescia) in un periodo di 14 mesi, stratificati in base alla condizione del vivere soli o con altre persone).

Oltre all'analisi delle caratteristiche demografiche, i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale (lo stato cognitivo, stato di salute, abilità funzionali, numero di farmaci assunti quotidianamente). È stato ingata la sopravvivenza a 12 mesi dalla dimissione.

A dodici mesi la mortalità riscontrata era del 20%. I pazienti che vivono soli (n = 241; 34,4%) sono più anziani ($79,8 \pm 6,7$ anni vs $78,5 \pm 7,7$ anni, p = 0.004), più frequentemente donne (83,4 vs 62,6% di maschi, p < 0.0001), hanno uno stato cognitivo migliore (MMSE: $20,5 \pm 8,8$ vs $18,1 \pm 10,2$, p = 0.002) ed una minore comorbilità (Charlson Index $1,8 \pm 1,6$ vs $2,2 \pm 1,8$, p = 0.035). Non sono state rilevate differenze significative nel numero di farmaci assunti ($4,8 \pm 1,9$ vs $4,7 \pm 1,9$, p = 0.790).

L'associazione di tali condizioni con la mortalità a dodici mesi è stata studiata con il modello di regressione bivariata di Cox, mentre l'indipendente associazione dei predittori è stata valutata con il modello di Cox multivariato. Dopo correzione per sesso, età, stato funzionale e cognitivo e comorbilità, è stato osservato che il vivere soli è indipendentemente associato con la mortalità a dodici mesi.

I dati ottenuti hanno evidenziato che tra gli anziani coloro che vivono soli godono di una migliore condizione di salute ed hanno un minor tasso di mortalità rispetto ai coetanei che vivono con altri; dal punto di vista medico possono essere considerati come una popolazione selezionata, autosufficiente e con un'indipendenza funzionale. In altre parole essi a rischio di essere uno socialmente isolati ma non necessariamente in condizione di solitudine. In sintesi, i dati permettono di evidenziare l'ambivalenza del problema dato che la sofferenza della solitudine è differente dall'essere soli. In tale prospettiva sarebbe importante trovare strumenti di valutazione utili per determinare le diverse condizioni aventi conseguenze così opposte sulla qualità di vita dei soggetti anziani.

143

Studio V.I.T.A.: studio osservazionale per la valutazione dell'efficacia della citicolina in soggetti anziani in stato stuporoso da sindrome geriatrica complessa

P. Gareri¹, A. Castagna¹, G. Cerqua², P. Cervera², A.M. Cotroneo³, F. Fiorillo², A. Giacommo³, R. Grella², R. Lacava¹, A. Maddonni², S. Marino², A. Pluderi³, D. Putignano², F. Rocca¹, S. Putignano²

¹AGE, Catanzaro; ²AGE, Napoli; ³AGE, Torino

La CDP-colina, composto endogeno prodotto dall'organismo, come farmaco, è chiamato citicolina(ct) e inibisce l'apoptosi associata ad ischemia cerebrale e diversi modelli di neurodegenerazione e migliora la neuroplasticità. Valutare la sicurezza, la tollerabilità e l'efficacia della ct per via parenterale nella sindrome geriatrica complessa (SGC) con quadro clinico di stato confusionale.

Sono stati individuati dieci centri che hanno arruolato soggetti > 65aa con deficit neurologici moderati/gravi da ischemia cerebrale (NIHSS): 8-14/>15; Scala Rankin: 4-5; B. index: 40-20/ < 20). I soggetti selezionati hanno presentato peggioramento delle condizioni generali con stato confusionale e/o stato stuporoso. Lo studio è stato articolato in tre fasi per una durata di 6 mesi. Con la prima fase (T1) è avvenuto, per 4 mesi, l'arruolamento con la valutazione clinica e terapia con 2 gr di ct in 500cc di soluzione fisiologica per 5 giorni da ripetere per altri 5 giorni in caso di non responders. Con la seconda fase (T2) è iniziato ciclo (Step A) di terapia con 1 gr di ct i.m. per 21 giorni, ripetuto (Step B) dopo sospensione di sette giorni. La terza fase (T3) chiudeva lo studio. Le informazioni sono state raccolte con la compilazione di schede nei tre tempi suddetti e convogliate a un unico database centrale. L'elaborazione statistica dei dati è stata effettuata attraverso il programma SPSS.

I pazienti sono stati 272; 197 (72%, 85M e 112F) hanno completato lo studio e 55 (20%) hanno effettuato anche la terapia prevista dallo step B della 1^ fase. 75 pazienti (27%) sono usciti dallo studio, di cui 5 (1,8%) per rifiuto e 70 (25%) per abbandono non dovuto a effetti collaterali. 2g di ct in 500cc

di fisiologica per 5 o 10 giorni sono stati efficaci nel migliorare le performance funzionali e nel ridurre il carico assistenziale. Dopo 5 giorni (80%) o 10 giorni (20%) e 2 mesi sono migliorati i parametri di valutazione delle performance, più evidente nelle età più giovani e con ripercussioni favorevoli sul caregiving nelle fasce di età più avanzate. Non ci sono stati effetti collaterali di rilievo. I risultati sono stati paragonati ad un gruppo controllo con età media era di 86.7 anni (8 uomini (54%) e 7 donne (46%). Il gruppo controllo è stato trattato con somministrazione endovenosa di soluzione salina (500 cc) e glucosata al 5% (500 cc). Il trattamento non ha portato ad alcun miglioramento clinico

L'associazione ipertensione-NIDDM-Demenza-CAD è più connessa allo sviluppo della SGC con stato confusionale;

La presenza di demenza risulta fortemente associata a fattori di rischio cardio-cerebrovascolari e questo fa riconsiderare l'epidemiologia delle demenze; La SGC è significativamente correlata ad uno stato di "fragilità" che risulta, a sua volta, correlata all'età.

I risultati conseguiti devono tenere conto della scarsa numerosità del campione, della brevità del follow-up e delle caratteristiche dello studio, che è stato di tipo osservazionale e retrospettivo.

144

Fattori clinici associati alla durata della permanenza in carico presso l'ambulatorio UVA di geriatria in una popolazione di anziani affetti da demenza

P. Mazzola¹, V. Vertemati², G. Bellelli¹, F. Teruzzi³, G. Annoni¹

¹ Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università degli Studi di Milano-Bicocca e Clinica Geriatrica, A.O. San Gerardo, Monza; ² Università di Milano-Bicocca, Monza; ³ Clinica Geriatrica, A.O. San Gerardo, Monza

La demenza è una patologia molto frequente in ambito geriatrico, che richiede un sistema organizzativo e di supporto in grado di garantire un'adeguata continuità delle cure in ambito intra- ed extra-ospedaliero. UVA (Unità Valutativa Alzheimer) è da anni un punto di riferimento importante per pazienti affetti da demenza e per i loro familiari. In questo contesto, valutare quali fattori siano in grado di predire la permanenza in carico potrebbe essere utile non solo per personalizzare gli interventi di supporto a familiari e pazienti, ma anche per valutare indirettamente l'efficienza del sistema.

Analizzare i fattori associati alla durata della permanenza in carico presso l'UVA, in relazione alle caratteristiche cliniche ed all'autonomia funzionale dei pazienti.

È stata analizzata retrospettivamente una coorte di 120 pazienti, afferiti all'UVA della Clinica Geriatrica dell'A.O. San Gerardo di Monza nel periodo 2007-2009 per deficit cognitivo. Per ciascun soggetto sono stati raccolti dati

anagrafici ed anamnestici, e sono stati valutati il tipo di caregiver (familiare, badante, nessun caregiver), nonché lo stato cognitivo (MMSE) e funzionale (ADL e IADL). Sono state quindi confrontate le caratteristiche dei pazienti, suddivisi in base a 3 differenti outcomes: mortalità, istituzionalizzazione e durata della frequentazione dell'ambulatorio (numero di visite).

La popolazione aveva un'età media 80 anni, prevalentemente femminile (66.7%), con un deterioramento cognitivo di grado moderato (punteggio medio MMSE = 16.6 ± 5.8), una discreta autonomia nelle ADL (48.3%, = 5/6) e nelle IADL (52.2%, < 2). Solo una minima parte faceva uso di farmaci psicoattivi.

Confrontando i soggetti sulla base dell'outcome mortalità (83 vivi vs 36 deceduti) è emerso che i fattori associati al rischio di decesso sono: sesso maschile (24.1% maschi vivi vs 52.8% maschi deceduti, p < 0.05), dipendenza funzionale (ADL: 4.4 ± 1.5 vs 3.7 ± 1.8, p < 0.05; IADL: 3.2 ± 2.5 vs 1.8 ± 1.9, p < 0.05). È emersa un'associazione tra l'istituzionalizzazione e l'uso di neurolettici (2.4% dei soggetti al domicilio vs 11.8% di quelli in RSA, p < 0.05), verosimilmente proxy della presenza di disturbi comportamentali. Infine, dal confronto tra le caratteristiche dei pazienti seguiti per 33 visite (nell'arco temporale di circa 1 anno) con quelli seguiti per breve tempo (< 3 visite), è emerso come i fattori associati ad una breve permanenza in carico sono un'età avanzata, la mancanza di un familiare come caregiver, la maggior compromissione cognitiva e funzionale (ADL e IADL). La brevità della presa in carico è inoltre associata a un eccesso di mortalità ed istituzionalizzazione.

Una valutazione multidimensionale accurata fin dalla prima visita è fondamentale per identificare i soggetti a maggior rischio di ridotta permanenza in carico presso l'UVA. I soggetti con età avanzata, assenza di caregiver e grave dipendenza nelle ADL/IADL dovrebbero essere supportati dall'ambulatorio con piani di intervento domiciliare.

145

Modificazioni del quadro cognitivo, comportamentale e funzionale nei pazienti con Mild Cognitive Impairment in trattamento con omotaurina

L. Semeraro, E. Liberatore, N. Dell'Elce, N. Guadagnoli, R. Striuli, G. Desideri
Università dell'Aquila, L'Aquila

È noto che i processi patofisiologici del Mild Cognitive Impairment (MCI) dovuto a Malattia di Alzheimer (AD), sono rappresentati dal danno neuronale dovuto al deposito di beta amiloide. L'omotaurina, un integratore alimentare derivato da alcune specie di alghe marine, è un composto solfonato di basso peso molecolare in grado di legarsi al peptide beta amiloide

Tab. Confronto tra pazienti con lunga (≥ 3 visite) e breve (< 3 visite) permanenza in carico presso l'ambulatorio UVA.

VARIABILE	Breve permanenza in carico	Lunga permanenza in carico	P
	(n = 48) media ± DS o n(%)	(n = 72) media ± DS o n(%)	
Età media alla presa in carico	81.9 ± 6.1	78.8 ± 6.6	.012
Caregiver, n (%)			
Vive solo	4 (8.3)	9 (12.5)	.073
Vive con familiare	33 (68.8)	55 (76.4)	
Vive con badante	7 (14.6)	8 (11.1)	
Non noto	4 (8.3)	-	
Punteggio MMSE	14.8 ± 5.3	18.0 ± 5.4	.002
Punteggio ADL	3.6 ± 1.8	4.7 ± 1.4	.001
Punteggio IADL	2.1 ± 2.2	3.2 ± 2.4	.015
Istituzionalizzazione, n (%)	18 (38.3)	16 (22.2)	.058
Mortalità, n (%)	20 (42.6)	16 (22.2)	.018

MMSE = Mini-Mental State Examination (test di Folstein)

ADL = Activities of Daily Living (scala di Katz)

IADL = Instrumental Activities of Daily Living (scala di Lawton)

P = significatività al t-test o chi quadro, si considerano statisticamente significativi valori di p < .05

(Ab) nella sua forma solubile favorendone l'eliminazione e prevenendone, quindi, l'accumulo.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare le modificazioni del quadro cognitivo, comportamentale e funzionale nei pazienti con MCI in trattamento con Omotaurina.

Sono stati studiati 57 soggetti (n. 30 maschi) di età media pari a 79 anni con età media di insorgenza del deficit mnesico pari a 78 anni. Il 12.5% presentava familiarità per malattia di Alzheimer o altra demenza; il 93% dei pazienti era comorbido per almeno una patologia (l'ipertensione arteriosa è risultata la comorbosità più frequente); il 17% dei pazienti risultava in trattamento con farmaci attivi sul sistema nervoso centrale, con esclusione degli inibitori delle colinesterasi. I pazienti trattati con Omotaurina 100 mg/die per 4 mesi hanno mostrato performance cognitive. In particolare, lo score del MMSE corretto per età e scolarità è risultato pari a 26.08 ± 3.9 alla prima visita e 26.8 ± 3.1 al follow-up ($p < 0.05$). Analogamente il quadro funzionale, valutato mediante ADL e IADL, è risultato migliorato in modo significativo. Nello specifico, il punteggio delle ADL è risultato pari a 4.6 ± 1.1 alla prima visita e 4.8 ± 1.05 al follow-up ($p < 0.05$), e lo score delle IADL pari a 4.6 ± 2.4 alla prima visita e 4.8 ± 1.06 al follow-up ($p < 0.05$). Il quadro comportamentale, valutato mediante NPI ha mostrato un miglioramento significativo. Ovvero: lo score di NPI axb è risultato pari a 5.2 ± 6.8 alla prima visita e 4.1 ± 5.7 al follow-up ($p < 0.05$) mentre quello del NPI distress 1.3 ± 1.4 alla prima visita e 1.07 ± 1.3 al follow-up ($p < 0.05$).

I risultati del nostro studio, seppur preliminari, dimostrano che il trattamento con omotaurina in soggetti affetti da MCI è associato ad un significativo miglioramento delle performance cognitive, funzionali e comportamentali, già a 4 mesi dall'inizio del trattamento.

146

Integrazione della animazione motoria nel programma di terapia occupazionale in centri diurni per demenza

R. D'Agata¹, C. Caliri², C. Lo Balbo³, F. D'Amico⁴, P. Napoli⁵

¹ Ambulatorio di Geriatria Distretto Sanitario Patti, Patti, Messina; ² Casa della Vita, Patti; ³ Continuità Assistenziale Distretto Sanitario Sant'Agata di Militello, Sant'Agata di Militello; ⁴ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti, Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti, Messina; ⁵ Coordinamento Sanitario Territoriale, Messina

La terapia occupazionale si determina attraverso attività realizzate con un progetto intorno alla persona anziana con demenza, al fine di mantenere, recuperare e, dove è possibile, potenziare le capacità residue (fisiche e psichiche).

Nel Progetto Obiettivo della ASP di Messina per l'attivazione di Centri di Assistenza Semiresidenziale per demenza, assegnato alla Unità Operativa Complessa di Geriatria del PO di Patti, è stato proposto un programma di terapia occupazionale, a cui partecipano il geriatra, il terapeuta occupazionale e il fisioterapista. Per l'inserimento nei Centri Diurni è stata proposta la selezione di anziani che presentano declino cognitivo lieve-moderato con punteggio tra 11 e 23 al Mini Mental State Examination (MMSE). Dal programma di terapia occupazionale sono derivate proposte didattiche di animazione motoria. Il protocollo di programma prevede due metodologie di animazione: di gruppo ed individuale. Nell'animazione di gruppo si intraprendono attività di lettura attiva e passiva di quotidiani, seguito da discussione, lettura di racconti, giochi finalizzati allo stimolo al ragionamento e della memoria. Nell'animazione individuale si attivano attività di relazione. La funzione di animatore motorio è stata assegnata a Dottori in Scienze Motorie.

Giocare è l'espressione di un bisogno primordiale di movimento e di svago, l'espressione motoria spontanea, la manifestazione dei caratteri propri di ogni soggetto. Si può quindi comprendere come l'animazione motoria rappresenti un fattore preventivo nei confronti del declino delle funzioni psichiche con l'età. L'approccio è caratterizzato da: 1) individuare situazioni facilitanti; 2) trasformare attività praticate; 3) regolarizzare le attività motorie. Per promuovere una migliore aderenza degli anziani al progetto di animazione motoria, il programma può essere: 1) nella fase iniziale (10-15

"allenamenti") privilegiare ritmi lenti (Scala di Borg) tra "leggero (11)" e "abbastanza intenso (13)" oppure frequenza cardiaca tra 50% e 65% della HR max riserva o tra il 60% e 70% della HR max oppure riuscire a parlare senza affanno e allungare il tempo di lavoro fino ad almeno 30 minuti.; 2) nella seconda fase sperimentare ritmi diversi per distanze inversamente proporzionali all'intensità: percezione di sforzo "abbastanza intenso (13-14)" frequenza cardiaca tra 65% e 75% della HR max riserva o tra il 70% e 80% della HR max oppure riuscire a parlare con qualche difficoltà; mantenere il tempo di lavoro complessivo oltre 30 minuti; sperimentare percorsi diversi anche con brevi salite; 3) a regime mantenere tempi di cammino di almeno 40 minuti, inserire tratti sempre più lunghi ad intensità elevata con recupero a ritmi più lenti, prevedere percorsi con salite e discese.

Dal programma di terapia occupazione in Centri di Assistenza Semiresidenziale per demenza possono derivare proposte didattiche di animazione motoria nell'assessment dell'anziano con demenza.

147

La valutazione dello stato mentale dell'anziano in D.E.A.: risultati di una indagine nell'A.O.U. Careggi

N. Zaffarana¹, M.C. Cavallini¹, G. Bazueva², S. Vanni³, E. Mossello¹, R. Pini⁴, S. Grifoni⁵, N. Marchionni¹, M. Di Bari¹

¹ Unità Funzionale di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze, A.O.U. Careggi, Firenze; ² Corso di Laurea Infermieristica, Università di Firenze, Firenze; ³ S.O.D. Pronto Soccorso, Osservazione Breve, D.A.I. DEA e Medicina e Chirurgia Generale e d'Urgenza, A.O.U. Careggi, Firenze, Firenze; ⁴ S.O.D. Inquadramento Clinico Integrato e Percorsi Intraospedalieri delle Urgenze, Osservazione Breve Intensiva, A.O.U. Careggi, Firenze, Firenze

Pochi studi retrospettivi hanno indagato la valutazione dello stato mentale (VSM) dell'anziano nel Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) ed i pochi studi prospettici sono basati su piccole casistiche con risultati disomogenei.

È stata esaminata retrospettivamente la VSM in un campione di soggetti (SG) anziani afferiti al DEA AOU Careggi nel 2010 per stimare prevalenza (P) di delirium (DEL) e demenza (DEM) e valutarne le correlazioni con i percorsi diagnostico-assistenziali (PDA). Dei 13.837 SG = 75 aa giunti in DEA dal 1/1 al 31/12/2010, ne è stato estratto dal database elettronico FirstAid© un campione random di 1000. Sono stati esaminati i dati demografici, clinici e PDA, esclusi SG con: codice triage azzurro o bianco, Glasgow Coma Scale < 8, afasici, cartelle cliniche (CC) incomplete. La diagnosi (dg) di DEL è stata rilevata in caso di registrazione (REG) in CC di dg di DEL (o sinonimi) e/o esplicita REG di elementi valutativi a supporto della dg secondo i criteri DSM-IV. La dg di DEM è stata rilevata in presenza di almeno uno fra: precedente dg riportata da proxy, REG dg in CC, terapia (tp) specifica in atto. Gli 839 SG eleggibili avevano età media $83,2 \pm 5,4$ aa (75-98; 51,8% donne), Disease Count $4,1 \pm 2,2$ (0-11), $5,1 \pm 3$ farmaci in tp (33,4% tp psicotropia). Il codice triage era verde nel 35,4%, giallo nel 60,2%, rosso nel 4,4% dei casi. Le principali cause di ricovero: dispnea, gastrointestinale, neurologica, cardiovascolare. La permanenza in DEA è stata $9,96 \pm 10,71$ h, ciascuno ha ricevuto $3 \pm 1,9$ indagini strumentali, il 53,9% è stato ricoverato. Nell'82,7% mancava REG di dati su stato funzionale (SF) e autonomia nel cammino. Si rileva REG di dg di DEL nel 3,7% e di DEM nel 15,9% (31 e 133 SG). La dg di DEL si associa a tp domiciliare con SSRI ($p = 0,003$), depressione ($p = 0,007$), contenzione farmacologica (CF) in DEA ($p = 0,006$). Esclusi i 133 SG con dg di DEM, la concordanza fra dg di DEL riportate e dg presuntive, formulate in base alla presenza di segni tipici (esordio acuto e decorso fluttuante più almeno uno fra: deficit di attenzione, percezione, confusione, alterata vigilanza, scarsa lucidità, agitazione) era mediocre: 35 SG presentavano dg e/o segni di DEL, ma solo in 9 casi erano documentati sia la dg che i segni (statistica kappa 0.39). La dg di DEM si associa a provenienza da RSA ($p < 0,001$), depressione ($p = 0,001$), tp psicotropia domiciliare ($p < 0,001$), catetere vescicale ($p = 0,004$), CF in DEA ($p = 0,003$).

La P di DEL rilevata è inferiore rispetto alla letteratura su SG >65 anni e la concordanza tra dg formale e REG dei segni tipici è scarsa. Il DEL è quindi sottostimato in DEA, verosimilmente per mancato utilizzo sistematico di strumenti validati e/o per inadeguata REG in CC dei dati necessari. La P di dg di DEM appare sovrapponibile ai dati disponibili in tale setting in SG >70 anni. Emerge inoltre scarsa sensibilità alla REG dello SF, malgrado l'importante ruolo prognostico e dirimente ai fini del corretto approccio terapeutico-assistenziale.

148

Prevalenza e coesistenza di sintomi neuropsichiatrici in anziani con diagnosi di depressione, decadimento cognitivo lieve o malattia di Alzheimer nel Progetto ReGAI

S. Ercolani¹, A. Marengoni², V. Prenni¹, R. Radicchi¹, L. Gaggi¹, F. Di Felice¹, P. Mecocci¹

¹ Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia, Perugia; ² Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche- Università di Brescia, Brescia

L'importanza dell'impatto dei sintomi neuropsichiatrici nella gestione dei soggetti con demenza è ampiamente dimostrato, come è già presente in letteratura il dato della presenza di sub-sindromi neuropsichiatriche nei medesimi soggetti. Meno noto invece è l'impatto dei sintomi neuropsichiatrici nei soggetti affetti da decadimento cognitivo iniziale e depressione.

Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la prevalenza e l'aggregazione dei sintomi neuropsichiatrici in pazienti anziani ambulatoriali affetti da depressione, malattia di Alzheimer (AD) e decadimento cognitivo lieve (MCI).

Dei soggetti partecipanti al progetto italiano multicentrico ReGAI tra il 2000 e il 2011 (Rete Geriatrica Alzheimer), 3.322 pazienti con una diagnosi di depressione, MCI o AD sono stati inclusi nel presente studio. È stata effettuata una valutazione multidimensionale comprensiva dello stato di salute, funzionale e neuropsicologico. Frequenza e gravità dei sintomi neuropsichiatrici sono stati valutati con la scala Neuropsychiatric Inventory. L'aggregazione dei sintomi neuropsichiatrici è stata analizzata utilizzando il coefficiente di cluster (rapporto tra la co-prevalenza di coppie di sintomi osservata rispetto a quella attesa). La co-prevalenza attesa è stata calcolata come la prevalenza del sintomo A moltiplicata per la prevalenza del sintomo B.

Dei 3.322 soggetti inclusi nello studio, 471 sono stati diagnosticati come MCI, 510 come depressi e 2341 come affetti da AD. I pazienti con una diagnosi di depressione o di AD presentavano una più alta frequenza e gravità media dei sintomi neuropsichiatrici rispetto a quelli affetti da MCI. I sintomi più frequenti erano la depressione, l'ansia, l'apatia, l'irritabilità, l'agitazione e i disturbi del sonno in tutti i tre gruppi di pazienti (Tabella). Il sintomo più frequente nei pazienti con MCI era la depressione; in pazienti depressi, oltre ai sintomi depressivi stessi (presenti nel 90% dei casi), era l'ansia; nei

pazienti con Alzheimer era ugualmente la depressione. Diverse coppie di sintomi sono risultati associati più di quanto previsto solo dal caso: i coefficienti di cluster per coppie di sintomi neuropsichiatrici nei pazienti con MCI variava tra 2.3 e 7, nei pazienti depressi da 1.9 a 5.3 e in pazienti con AD da 1.3 a 4.0. La coppia di sintomi più correlati oltre il caso nei pazienti con MCI erano allucinazioni ed euforia, mentre sia in pazienti depressi che in quelli affetti da AD erano euforia e disinibizione.

Nella nostra popolazione ambulatoriale i sintomi neuropsichiatrici sono di frequente riscontro anche in soggetti con depressione e deterioramento cognitivo iniziale; l'individuazione di cluster prevalenti di sintomi anche in questi soggetti potrebbe indirizzare meglio il target terapeutico e rappresentare un potenziale marker di progressione della malattia.

149

Percorso mirato alla prevenzione del "Burden"

M. Gandelli, M. Gianotto, I. Cilesi, M. Bentivegna, M. Scarangella, V. Guercio, M. Monti

Istituto Pio Albergo Trivulzio, Milano

Il caregiver formale degli ospiti affetti da demenza sperimenta le difficoltà legate alla gestione dei disturbi comportamentali, alla relazione con i familiari (1); le problematiche possono diventare così complesse da essere percepite come "burden", con senso di impotenza e di frustrazione. Negli anni è cresciuta l'attenzione verso la prevenzione del burn-out anche in RSA. L'equipe dei Nuclei RSA Alzheimer ha delineato da 2 anni un percorso mirato all'ascolto, alla crescita professionale e allo sviluppo di competenza relazionale del team.

Creare un iter di supporto professionale partendo dai bisogni espressi dal personale di assistenza in particolare per il contenimento dei disturbi comportamentali. Il percorso ha previsto 3 fasi. Una fase di Ascolto, con incontri mensili, per 6 mesi, con un consulente di strategie non farmacologiche, atto a delineare le difficoltà maggiori nella gestione degli ospiti; una fase di Formazione sul campo, con incontri mensili, per altri 6 mesi, con osservazione condivisa della gestione dei disturbi comportamentali con strategie relazionali ed una fase di Rielaborazione, con la somministrazione di un questionario, elaborato dai geriatri, per ridefinire il percorso educativo e di supporto del team. Il questionario, anonimo, prevedeva una introduzione sullo scopo dell'intervista, una parte relativa ai dati anagrafici (età, sesso, scolarità, anni di esperienza in nuclei RSA Alzheimer), una serie di domande chiuse indaganti la percezione e lo stress derivante dai disturbi comportamentali indicati nell'NPI, infine un'area dedicata a suggerimenti al miglioramento della qualità di vita per gli ospiti ed i care giver.

Risultati: Il 50% dei membri dell'equipe ha risposto. L'età dei rispondenti (74% di sesso femminile) era così distribuita: il 46% dei soggetti aveva età compresa tra i 30 e 50 anni ed il 26% oltre i 50 anni. Emergeva che il 60% aveva oltre 5 anni di esperienza con ospiti dementi, con una scolarità

Tab. Prevalenza di sintomi neuropsichiatrici in pazienti affetti da MCI, depressione e AD (i valori esprimono la percentuale di ciascuna sintomo).

sintomi neuropsichiatrici	depressi	MCI	AD
deliri	7.3	8.9	25.7
allucinazioni	5.1	6.1	20.1
agitazione	25.2	28.3	44.5
depressione	94.2	60.8	59.5
ansia	70.2	56.3	56.9
euforia	3.1	3.1	8.3
apatia	39.5	40.6	52.7
disinibizione	2.7	9.2	13.9
irritabilità	31	37.5	49.1
attività motoria anomala	3.9	8.9	26.1
disturbi del sonno	32.2	26.6	31.9
disturbi dell'appetito	10.2	10.6	19.3

superiore ai 13 anni nel 22 % dei casi. L'82% dei soggetti ritiene di avere una conoscenza adeguata dei disturbi comportamentali; l'aggressività e il wandering rappresentano i disturbi che creano maggior stress nello staff; la necessità di formazione continua è ritenuta fondamentale nel 96 % dei rispondenti, che ritiene la relazione importante per il benessere dell'ospite e dell'equipe. I suggerimenti nel 90 % dei casi indicano il proseguimento del percorso.

Il feedback del personale di assistenza al percorso in atto è risultato positivo, con miglioramento del microclima lavorativo.

150

Leggi della costanza percettiva e malattia di Alzheimer

S. Pollice, L. Colucci, O. Musella, O. Di Maggio, A.M. Fasanaro

Napoli

Il processo visivo comprende meccanismi di selezione noti come "leggi della costanza": essi intervengono nel risolvere le ambiguità e semplificano quindi l'identificazione. Le immagini di arte visiva possono essere: ambigue a livello formale, ambigue a livello situazionale o non ambigue.

Il piacere estetico è associato soprattutto ad opere caratterizzate da ambiguità situazionale, ovvero ben riconoscibili, ma in cui sono plausibili numerose diverse interpretazioni.

Il piacere estetico è associato ad ambiguità situazionale anche nei soggetti con malattia di Alzheimer(AD)? Oppure in essi la minore capacità cognitiva orienta le preferenze verso immagini non ambigue e dunque "mono-interpretabili"?

30 pazienti Alzheimer di grado lieve moderato (16 f) hanno osservato 10 opere d'arte con ambiguità narrativa, 10 non-ambigue e 10 con ambiguità formale in un arco complessivo di 2 mesi e mezzo. Ogni volta erano presentate opere di ognuna delle categorie. È stato misurato per ognuna:

a) il tempo speso nell'osservazione e nel commento; b) il grado di apprezzamento estetico.

Le immagini caratterizzate da ambiguità della forma sono risultate le meno apprezzate, mentre le immagini con ambiguità situazionale sono in assoluto preferite; esse sono state osservate e commentate più a lungo ed hanno suscitato ricordi ed emozioni che i pazienti hanno spontaneamente espresso. Questi dati incoraggiano l'attuazione di programmi basati sull'arte visiva per la stimolazione cognitiva dei pazienti con AD, e possono contribuire a definirne il metodo e gli strumenti.

151

Approccio capacitante, conversazionalismo e nuovi indicatori di qualità di vita in RSA Alzheimer. La rivoluzione "gentile" degli approcci psico-sociali nella demenza

E. De Lorenzi², A. Migone¹, M. Perrozzini², L. Sampietro²

¹ASL 3 Genovese, Genova; ²ASL 3 Genovese, Genova

È nota la complessità concettuale e metodologica della misurazione della QoL in RSA NA^{1,2} e il rischio di confondere un modello di efficienza con i bisogni di soddisfazione e confort degli anziani in RSA^{3,4}. La "culture change revolution in long term care"⁵, la "new culture of dementia"⁶ e la proposta italiana dell'Approccio Capacitante^{7,8} sono modelli psico-sociali orientati al benessere psicologico dell'anziano a cui corrispondono nuovi indicatori di QoL.

L'ACC e programmi basati sulle scelte dei pazienti¹² sono stati applicati su 20 persone con differenti gradi di MMSE,CDR,NPI e ADL osservando nuovi indicatori di benessere "relativo", consensualmente ad un miglioramento della qualità della cura¹⁵. Gli indicatori sono stati generati sul modello del DCM⁹,del DS-DAT¹⁰ e dalla CBS¹¹ dall'osservazione diretta del paziente(staff e proxy) e riportati in una tabella (Tabella 1).

I risultati, evidenti nella vita di relazione e nelle aree del benessere psicologico risultano indipendenti, come atteso, dagli ambiti della salute fisica. La riduzione dell'apatia, considerato un "goal" per l'ACC, è stato raggiunto nel 90% dei casi, nei soggetti afasici (25%) la correzione della excess disability ha ridotto l'isolamento sociale.

L'applicazione dei modelli psico-sociali (dalla Person-Centred Care all'ACC) unitamente ad una cura medica attenta, può realmente avvicinarci agli obiettivi del paziente (e non solo ai nostri) contribuendo a migliorarne la qualità di vita anche negli stadi più avanzati di malattia.

BIBLIOGRAFIA

- Bianchetti A, Margiotta A. *La qualità della vita del demente*. Dementia update 2003;15:31-41.
- Kane R, et al. *Quality of life measures for nursing home residents*. J of Gerontol 2003.
- Guaita A. *Linee guida della SIGG per le RSA*.
- Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham Open Un. Press 1997.
- Foy, White- Chu. *Beyond the medical model: The culture change revolution in long term care*. J Am Med Dir As 2009.
- Kitwood T, Bredin K. *Person to Person: A guide*. Gale Centre Publications 1992.
- Vigorelli P. *L'approccio capacitante, come prendersi cura degli anziani fragili delle persone malate di Alzheimer*. Franco Angeli Editore 2010.
- Vigorelli P. *Comunicare con il demente: dalla comunicazione inefficace alla conversazione felice*. G Ger 2005;53:483-7.
- Brooker D, Surr C. *Dementia Care Mapping - DCM 8: Principles and Practice*. Bradford Dementia Group 2005.
- Hurley AC, Volicer BJ, et al. *Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients*. L Res Nurs Health 1992;15:369-77.
- Cornell-Brown. *Scale for Quality of Life in Dementia*. CBS:Ready 2002.
- Nolan MR, Davies S, et al. *Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing*. J Clin Nurs. 2004;13:45-53.
- Gomiero T, De Vreese LP. *Il caregiver - diagnosi e terapia. Le caratteristiche e le inferenze implicite delle persone che assistono soggetti non-autosufficienti*. Spazi Modelli 2007;3:25-38.

Tab. 1. Approccio Capacitante: qualità della vita in Rsa Alzheimer.

	-1	-2	-3	0	+1	+2	+3
Parla volentieri							
Parla per più tempo rispetto a prima							
Comunica verbalmente prontamente							
Se afasico, cerca comunque di comunicare							
Segue con lo sguardo, cerca la compagnia							
Dimostra curiosità							
Rimane isolato							
Segue le attività senza alzarsi e andare via							
Ha delle attività significative che svolge con interesse							
Ha stabilito dei contatti con altri ospiti							
Cerca di aiutare gli altri							
Reagisce in modo appropriato agli stimoli							
Le espressioni corporee manifestano benessere (DS-DAT)							
Può decidere il suo tempo, quando alzarsi e quando andare a letto							
Può decidere come vestirsi e cosa mangiare							
Quante ore passa fuori dalla sua camera							
Frequenza disturbi comportamentali							
Prova piacere verso il cibo							
Non manifesta insonnia							
È peggiorato nelle ADL							
È migliorato nelle ADL							
È migliorato nella salute fisica							
È peggiorato nella salute fisica							

152

La fisioterapia di gruppo nello "spazio di curabilità"

D. Lisanti, R. Simoni, M. Gandelli, M. Gianotto, P. Rossi, M. Monti

Pio Albergo Trivulzio, Milano

La fisioterapia è un intervento riabilitativo non farmacologico che necessita percorsi nuovi con radici nell'esperienza psicomotoria e di terapia occupazionale, basandosi sulla conoscenza del profilo cognitivo, comportamentale e del vissuto. La stimolazione motoria ha anche l'obiettivo di "riorientare" sul sé la persona stimolando la sfera cognitiva ed affettivo-sensoriale, attraverso il recupero di esperienze di vissuto corporeo nello spazio e facilitando emergere le capacità affettive. La fisioterapia in gruppo favorisce un processo di relazione avendo come fulcro una relazione empatica con il fisioterapista. In letteratura vi sono studi in cui è emersa una forte relazione tra attività fisica e i disturbi cognitivo-comportamentali.

Creare un percorso riabilitativo definito mirato alla relazione tra gli ospiti ed al contenimento dei disturbi comportamentali. Il programma riabilitativo si basa su presupposti basilari: Attività fisica con il coinvolgimento di diversi segmenti corporei; uso di Stimoli uditivi, visivi e tattili e Tecniche di richiamo della memoria, infine Lavoro di gruppo con la condivisione del vissuto esperienziale. Le sedute vengono svolte con cadenza trisettimanale, con durata di 45 minuti, nella palestra di sezione. I gruppi comprendono 5-8 ospiti con quadro cognitivo e motorio sovrapponibile, selezionati in riunione PAI, valutando il profilo cognitivo (MMSE severo), funzionale (Barthel) e comportamentale (NPI UCLA) di base e dopo 6 mesi. Ogni seduta prevede 5 fasi: una FASE di ACCOGLIENZA; la FASE di STIMOLAZIONE VERBALE per orientare il paziente al percorso ed al gruppo. La FASE APPLICATIVA con l'esecuzione di semplici esercizi da assisi, iniziando dal distretto corporeo superiore, poi inferiore e infine globale. Il terapeuta utilizza rinforzi positivi, gratificando regolarmente i singoli componenti ed il gruppo. Nella FASE di CONDIVISIONE gli elementi di contatto sono rappresentati da oggetti (anche di uso quotidiano) che i soggetti manipolano e poi condividono, (in modo spontaneo e guidato) dal canto, dal contatto fisico indotto dalla musica viene utilizzata per l'attenzione del gruppo e alleviare conflitti. L'ultima FASE è il CONGEDO con un SALUTO rituale. Il percorso viene condiviso semestralmente con l'equipe di cura con l'utilizzo di filmati.

Dalla rivalutazione dell'NPI a 6 mesi, il punteggio è ridotto (in media di 2 punti) per l'irritabilità, apatia e ansia, inoltre l'equipe riconosce un miglioramento della relazione tra ospiti e care giver.

Il percorso sperimentale in atto ha implementato il numero di soggetti inseriti nel piano riabilitativo ha potenziato le strategie non farmacologiche adottate, facilitando l'inserimento e la socializzazione, inoltre sostiene la motivazione dei care giver formali.

153

Effetti di trattamenti Shiatsu su dolore percepito e disturbi del comportamento in anziani affetti da demenza

B. Brignoli, R. Crespolini

Servire COOP Sociale, Treviolo (BG)

La tecnica dello Shiatsu (dal giapponese shi = dito e atsu = pressione), è parte della medicina complementare e, analogamente all'agopuntura, prevede l'utilizzo della pressione delle dita, delle mani e l'estensione dei muscoli, lungo i punti della medicina tradizionale cinese. Una recente review evidenzia l'efficacia dello Shiatsu nel diminuire il dolore e la nausea post-operatoria e, in misura minore, nel ridurre dello stress, nel mitigare gli stati ansiosi e alleviare disturbi respiratori¹. Nell'ambito della demenza inoltre, recenti studi hanno sottolineato l'efficacia di interventi di Shiatsu nel diminuire comportamenti agitati ed aggressivi e nel migliorare il sonno^{2,3}. Scopo del presente studio è stato quello di valutare gli effetti dello Shiatsu sul dolore percepito e sui disturbi del comportamento (BPSD) in tre anziani

affetti da Malattia di Alzheimer, che frequentano quotidianamente il Centro Diurno Alzheimer.

Il trattamento ha avuto una durata di tre mesi, durante i quali i soggetti sono stati sottoposti a sedute di Shiatsu una volta alla settimana per la durata di circa un'ora.

Sono state effettuate misure di pre-test (t-0), a un mese (t-1), due mesi (t-2) dall'avvio del trattamento, un post-test al termine (t-3) e un follow-up a due mesi dalla conclusione. I disturbi del comportamento sono stati rilevati tramite la scala Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Il dolore è invece stato misurato con la scala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

I soggetti partecipanti sono tre anziani (due donne e un uomo con un'età media di 80 anni), tutti affetti da Malattia di Alzheimer di grado severo (MMSE < 10), con lievi sintomi dolorosi (media PAINAD = 4) e disturbi del comportamento (media CMAI = 0.47).

I risultati complessivamente mostrano una significativa riduzione dei sintomi dolorosi da t-0 a t-3 e una diminuzione dei disturbi del comportamento sempre da t-0 a t-3. I benefici sono stati mantenuti al follow-up per quanto riguarda il dolore percepito, mentre i disturbi del comportamento non mostrano una differenza significativa rispetto al pre-test.

Questo studio pilota evidenzia l'efficacia degli interventi di Shiatsu nel diminuire i sintomi dolorosi e, almeno a breve termine, nel ridurre i disturbi del comportamento, in particolare agitazione, irrequietezza ed aggressività. Gli studi futuri prevederanno un campione di soggetti più ampio e la presenza di un gruppo di controllo.

BIBLIOGRAFIA

1. Robinson N, et al. *The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupuncture*. BMC Complement Altern Med 2011;11:88.
2. Lin LC, et al. *Using acupuncture and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial*. J Am Geriatr Soc 2009;57:1022-9.
3. Yang MH, et al. *The efficacy of acupuncture for decreasing agitated behaviour in dementia: a pilot study*. J Clin Nurs 2007;16:308-15.

154

Il "mercato protetto": esperienza di un'attività di animazione in RSA Alzheimer

L. Turri, M. Mirella, M. Bentivegna, M. Scarangella, A. Fasolino, M. Gianotto, M. Gandelli, M. Monti

Azienda di Servizi alla Persona Istituto Pio Albergo Trivulzio, RSA Alzheimer, Milano

La vita in RSA presenta restrizioni all'iniziativa individuale, uno dei compiti dell'animazione è promuovere spazi di libera espressione.

Il Servizio di Animazione Sociale, per i Nuclei RSA Alzheimer promuove il progetto "Mercato protetto", ideato per gli ospiti affetti da demenza.

All'interno dell'area polifunzionale della struttura, ogni 2 mesi, si ricrea una realtà che ricorda il mercato rionale, dove l'ospite, veicolato da educatori, operatori geriatrici, volontari e familiari accede alle "bancarelle" ove è stata esposta la mercanzia. L'ospite ha la possibilità di osservare la merce, toccarla, confrontare e scegliere i prodotti, esprimendo il proprio sé. Per gli acquisti sono utilizzati fac simili di banconote.

Il progetto propone all'ospite affetto da demenza, una situazione familiare in grado di fornire un vissuto di quotidiana normalità che incoraggi all'autonomia. Inoltre la possibilità di scegliere e acquistare migliora l'autostima, promuove l'espressione di sé, l'orientamento verso gli oggetti (associare, confrontare e valutare i prodotti) e attiva la sensorialità. Infine il coinvolgimento dei caregiver, formali ed informali, parte integrante del progetto, è stato attentamente studiato per migliorare il microclima lavorativo e facilitare la relazione tra care giver. Per il progetto sono stati selezionati, in base alla gravità del deficit cognitivo (CDR 1-3) e dei disturbi comportamentali, 25 ospiti (nel 90 % di sesso femminile) residenti nei Nuclei Alzheimer RSA.

Si è riscontrato, dal confronto con l'equipe di sezione, che ha osservato nei momenti successivi al mercato gli ospiti e dal confronto con i familiari, un impatto positivo: anche soggetti refrattari ad altre proposte di socializzazione hanno risposto mostrando entusiasmo.

Il rientro in sezione, con la borsa degli acquisti, ha permesso una condivisione piacevole dell'esperienza tra ospiti e equipe di assistenza. Gli oggetti scelti e comprati sono stati riconosciuti come propri dal malato e utilizzati in modo adeguato anche nelle settimane seguenti. L'equipe ha partecipato in modo collettivo al progetto e ha mostrato una piena disponibilità. I familiari hanno aderito con una presenza costante mostrando cooperazione e sottolineando la bellezza di interagire con il proprio caro e lo staff.

Il progetto "mercato protetto" ha dimostrato di aver stimolato anche soggetti apatici e coinvolto anche ospiti con wandering; inoltre motiva e crea benessere anche ai care giver, che divengono co-protagonisti di una realtà differente dalla routine. Il prossimo obiettivo dell'equipe sarà strutturare un percorso per valutare il gradimento dell'ospite e dei care giver (formali ed informali) con questionari ad hoc e una griglia di osservazione specifica.

155

Prevalenza dell'uso dei mezzi di protezione individuale: confronto tra un nucleo RSA ed un nucleo RSA Alzheimer

M. Gianotto¹, M. Gandelli¹, A. Conti¹, A. Fasolino¹, M. Scarangella¹, I. Castellano¹, V. Guercio², M. Monti¹

¹Azienda di Servizi alla Persona Pio Albergo Trivulzio, RSA, Milano; ²Dipartimento di Chirurgia, Università di Siena, Siena

In Italia i dati di letteratura disponibili sottolineano una eterogenea prevalenza dell'uso dei mezzi di protezione individuale (MDPI) in RSA, in assenza di chiare linee guida condivise. Scopo: confrontare la prevalenza ed il tipo di (MDPI) in una RSA e in un nucleo Alzheimer RSA del Pio Albergo Trivulzio. Sono stati confrontati i dati di 40 ospiti di una sezione RSA e di 40 ospiti di un nucleo Alzheimer. Sono stati considerati: età, sesso, Barthel, MMSE grezzo, punteggio Conley. Inoltre è stato valutato il numero di pazienti con MDPI, il tipo di MDPI utilizzato, il motivo della prescrizione.

L'età media ed il sesso dei pazienti, senza e con MDPI, sono sovrapponibili nei due Nuclei RSA (85.2 anni, 90% di sesso femminile). L'indice di Barthel medio dei pazienti senza MDPI è significativamente più alto rispetto ai soggetti con MDPI (in media di 40 punti). Il punteggio di MMSE grezzo in RSA è maggiore nei soggetti senza MDPI (valore medio 26,7 verso 11,4 nel secondo gruppo), nel nucleo Alzheimer risulta un MMSE non valutabile nel 95.6 % dei soggetti con MDPI ed un MMSE grezzo medio di 10.7 nei soggetti senza MDPI. Il punteggio Conley medio è maggiore nei soggetti con MDPI

(mediamente superiore di 4 punti), mentre nel nucleo Alzheimer non vi sono differenze (valore medio superiore di 1 punto tra i due gruppi). In RSA il 90 % degli ospiti ha un MDPI (nel 90% doppie spondine, nel 42 % cintura in carrozzina, nel 42% dei soggetti entrambi), nel nucleo Alzheimer il 60% ha un MDPI (nel 60% doppie spondine, nel 22.5 % cintura in carrozzina, nel 7.5 % cintura a letto, il 30 % ha due MDPI, il 15% tre MDPI). In entrambi i nuclei RSA il motivo principale specificato per l'uso di MDPI è il rischio di caduta, nel nucleo Alzheimer è riportata anche il controllo di affaccendamento.

Le doppie spondine sono il MDPI più rappresentato in entrambi i nuclei con analogo motivazione. L'adozione di altri MDPI risulta minore nel nucleo Alzheimer nonostante i dati relativi al rischio caduta valutati dalla scala Conley. Nel nucleo Alzheimer risulta presente un percorso di monitoraggio sull'applicazione dei MDPI, in particolare nella fase iniziale, coinvolgente l'intera equipe. La rilevazione della prevalenza dei MDPI ha lo scopo di fornire una fotografia sull'uso attuale dei MDPI al fine di migliorarne l'appropriatezza prescrittiva, è infatti in corso anche l'analisi dei dati relativi alle cadute e alla terapia farmacologica.

156

Il trattamento neurochirurgico dell'ematoma subdurale cronico in grande anziano affetto da demenza grave: case-report

F. Guerriero¹, C. Sgarlata², M. Rollone¹, E. Rolfo¹, L. Venturini², F. Sardi², S. Del Duca², A. Schicchi², G. Cuzzoni¹, A. Rossi², G. Ricevuti¹

¹Azienda dei Servizi alla Persona, IDR S. Margherita, Pavia, Pavia; ²Università di Pavia, Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Geriatria, Pavia

Valutare l'opportunità e l'outcome del trattamento neurochirurgico di ematoma subdurale cronico (ESDC) in un paziente affetto da demenza in fase avanzata (CDR 4). L'ESDC è una raccolta di sangue nello spazio tra la dura madre e l'aracnoide che si forma solitamente per la rottura delle vene a ponte che decorrono dalla superficie corticale alla dura. Gli anziani hanno un rischio maggiore di sviluppare un ESDC. I principali sintomi e segni dell'ematoma sottodurale sono aspecifici e sono rappresentati da alterazioni dello stato mentale e da deficit neurologici focali. Molte altre patologie e disordini comuni nell'anziano possono manifestarsi con un quadro clinico simile all'ESDC e talora coesistere con esso generando importanti difficoltà nella diagnosi.

Descriviamo un caso di un uomo di 87 anni affetto da Morbo di Alzheimer in fase avanzata con malattia cerebrovascolare associata, che viveva al proprio domicilio assistito dalla moglie e che frequentava il Centro Diurno del nostro Istituto.

Il paziente giungeva alla nostra attenzione per comparsa da circa un mese di sfumata emisinidrome piramidale sinistra, ingravescente peggioramento delle performances motorie e perdita completa dell'autonomia funzionale con conseguente allettamento (ADL 0/6, Barthel Index 2/100, Severe MMSE n.s.). A circa 5 settimane dall'esordio dei sintomi, il paziente è stato sottoposto a TC encefalo basale, che documentava la presenza di ematoma subdurale fronto-parietale bilaterale prevalente a destra in fase subacuta tardiva. Dopo discussione collegiale con i Neurochirurghi, considerato lo stato pre-morboso, il rischio anestesilogico e l'assenza di gravi comorbidità, ed in accordo con i familiari, si decideva di sottoporre il paziente ad evacuazione dell'ematoma subdurale.

Il paziente è stato pertanto sottoposto ad intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma fronto-parietale bilaterale. Il decorso post-operatorio non ha presentato complicanze. Ad una settimana dall'intervento il paziente veniva nuovamente trasferito presso il nostro reparto; quivi si assisteva al recupero graduale della deambulazione e dell'autonomia funzionale.

Alla dimissione il paziente deambulava autonomamente, presentando un quadro funzionale sovrapponibile a quello della condizione pre-morbosa, con dipendenza moderato-severa nelle ADL, conseguente al quadro di avanzato deterioramento cognitivo (ADL 1/6; Barthel Index 42/100, Severe MMSE n.s.). A fronte di quanto emerge dalla letteratura, che individua nello stato neurologico al momento della diagnosi e nell'età i principali fattori prognostici per l'outcome, il trattamento neurochirurgico dell'ematoma subdurale cronico in paziente 87enne affetto da demenza in stato avanzato con grave limitazione funzionale da compromissione neurologica, si è dimostrato efficace nel determinare un recupero delle performances motorie sovrapponibile al quadro pre-morboso.

157

Progetto sperimentale "Assistenza Domiciliare Integrata - ADI per pazienti con demenza e loro caregiver"

L. Pelucchi, I. Engaddi, A. Casè, F. Scapellato, C. Negri Chinaglia

III U.O.C. Riabilitazione Alzheimer Nucleo Alzheimer IDR San Carlo e Centro U.V.A. ASP IMMES e Pio Albergo Trivulzio, Milano

In Italia la maggior parte dei pazienti affetti da demenza (80%) vive al proprio domicilio assistita dal supporto informale rappresentato dalla

famiglia, spesso coadiuvata dalle “badanti”; meno dell’1% dei pz. sono seguiti a domicilio contro il 7% in Europa (ISTAT (2004). L’indagine CENSIS (2007) ha confermato come le richieste dei caregiver si indirizzano verso forme di supporto che consentano di assistere il malato al proprio domicilio. Il modello assistenziale auspicabile risulta essere quello fondato sulla domiciliarità con l’attivazione di una rete integrata di servizi a garanzia della continuità assistenziale il PAT offre da anni una pluralità di interventi all’interno di una rete diversificata di servizi dedicati alla specifica patologia in ambito residenziale (Nucleo Alzheimer –NA- IDR, NA –RSA), DH e ambulatoriale con UVA. Inoltre il PAT è inserito nel contesto del Distretto 5 ASL-MI caratterizzato dalla maggiore % di popolazione > 65 anni e dal più alto indice di vecchiaia (265,0% vs. media ASL 190,5%). Per altro, rapportando i dati epidemiologici nazionali e internazionali al territorio di competenza del Distretto 5 è possibile stimare che più di 5.300 soggetti potrebbero essere affetti da demenza e – fra questi – circa 3.700 da malattia di Alzheimer.

Il “Progetto sperimentale di Assistenza Domiciliare per soggetti affetti da demenza” si inserisce all’interno della progettualità a sostegno della domiciliarità e della continuità delle cure rivolte alle persone fragili e con bisogni complessi previste dal Decreto n. 7211 del 2/8/2011 (Regione Lombardia-Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale) e si inserisce nel contesto organizzativo ed operativo della attività ADI che il PAT eroga da tempo.

Premessa. Presenza familiare caregiver affiancato o meno da “badante” Presenza MdF con cui condividere programma. Tipologia pz arruolabili: Pz. con demenza (Alzheimer ed altre demenze) per lo più in fase avanzata di malattia (CDR 3-4-5) con compromissione severa delle capacità motorie e/o cognitive e con un importante impegno assistenziale. In particolare: 1) Pazienti con demenza (CDR 3-4) seguiti in UVA e non più in grado di accedervi. 2) Pz. con demenza seguiti in UVA che presentano al domicilio disturbi psico-comportamentali (BPSD) persistenti ed in rapido peggioramento. 3) Pz con stati confusionali acuti (Delirium) da patologia organica scompensata. 4) Pz. segnalati dal MdF per problematiche analoghe. I pz. assistibili in regime “ADI per demenze” potranno usufruire della rete di Servizi che il PAT garantisce alla specifica patologia (Nucleo Alzheimer Riabilitativo, DH, UVA, Nucleo Alzheimer RSA) creando una circolarità tra livello residenziale e territoriale a garanzia di un “continuum assistenziale” considerato critico per questa tipologia di pazienti. Viene garantita inoltre la possibilità di ricoveri di sollievo e di dimissioni/ammissioni protette tra le diverse unità di offerta sanitaria e socio sanitaria a garanzia anch’essa della continuità di cure.

Profili di intervento previsti. Tutte le professionalità coinvolte sono caratterizzate da specifica competenza maturata nelle criticità legate alla gestione clinica, assistenziale e riabilitativa della patologia in oggetto oltre che dalla complessità nella presa in carico del caregiver: Geriatra o Neurologo UVA, IP e OSS; Fisiatra, Terapista Occupazionale, Fisioterapista, Logopedista, Psicologo, Dietista. È prevista un servizio di “reperibilità telefonica” attivo anche il sabato e la domenica che garantisce i caregiver dei pazienti seguiti in ADI di una disponibilità in tempo reale per problematiche di natura assistenziale, clinica, gestione delle terapie e counseling telefonico.

DIABETE TIPO 2 E DISTURBI METABOLICI NELL’ANZIANO

158

Uso dello strumento-algoritmo GesTIO (Gestione della Terapia Insulinica in Ospedale) in clinica geriatrica: l’esperienza di medici ed infermieri

M.L. Corradin, A. Franchin, V. Giantin, F. Rossi, F. Zanatta, E.D. Toffanello, M. Simonato, G. Grosso, V. Pengo, E. Manzato

Clinica Geriatrica Università di Padova, Padova

Le Linee Guida (LG SID-AMD 2010) impongono sempre più l’uso di algoritmi per una gestione standardizzata e sicura della terapia insulinica in ospedale. Scopo del nostro studio è stato verificare in una Geriatria, quale fosse la percezione dei sanitari sull’uso dello strumento-algoritmo GesTIO per la gestione integrata medico-infermiere della terapia insulinica sottocutanea. Il GesTIO in Clinica Geriatrica è usato da 3 anni. Un team multidisciplinare (diabetologi, internisti e geriatri) l’ha elaborato per i pz in terapia insulinica Basal-Bolus (BB) con lo scopo di standardizzare: il calcolo del fabbisogno di insulina quotidiana; la sua ripartizione in dosi programmate di insulina basale e pre-prandiali; la correzione dell’insulina pre-prandiale con dosi aggiuntive somministrate in autonomia, secondo algoritmo, dall’infermiere in base allo stick glicemico. I questionari erano diversi per medici (M) e infermieri (IP). Entrambi prevedevano domande nei quattro ambiti di cui sotto (A, B, C, D)

I partecipanti erano 23 M e 12 IP. A) Frequenza uso GesTIO tra i pz in terapia insulinica: il 73% dei M e l’83% IP dicono che GesTIO viene utilizzato in più del 90% dei pz in insulina. B) Organizzazione e autonomia professionale: Per l’83% dei M vi è una riduzione del carico di lavoro da quando si è adottato GesTIO; 100% dei M riporta più sicurezza ed autonomia nella gestione dell’insulina: maggior sicurezza nella prescrizione dello schema insulinico BB, nel trattamento delle iperglicemie e ipoglicemie ed una riduzione del n° di consulenze richieste al diabetologo. Più del 90% degli IP dichiara che con GesTIO si sono ridotte le chiamate ai M al momento della somministrazione dell’insulina, che è aumentata la loro autonomia professionale, senza tuttavia avvertire un aggravio di responsabilità (il 75% afferma che sono rimaste uguali o diminuite). C) difficoltà/criticità nell’applicazione dell’algoritmo. Vedi Fig. 1 e 2. D) Efficacia e sicurezza dell’algoritmo: 100% M rispondono che con GesTIO si ottiene un buon controllo glicemico in più del 50% dei casi e che la terapia insulinica è più sicura (si riducono ipoglicemie e iperglicemie gravi). Quasi tutti (91%) ritengono che sia uno strumento più efficace per il controllo glicemico in ospedale, rispetto agli schemi precedenti. Per gli IP (100%) con il GesTIO il n° di ipoglicemie e iperglicemie si è ridotto o non è aumentato: 25% lo ritiene efficace, 25% sicuro, il 50% sicuro ed efficace.

Tutto il personale di una Geriatria Acuti preferisce una gestione della terapia insulinica attraverso uno strumento-algoritmo standardizzato, come indicato da LG. Il GesTIO secondo M e IP è stato molto usato ed è utile, per: migliore organizzazione ed autonomia professionale con riduzione dei carichi di lavoro; maggiore sicurezza nella prescrizione e somministrazione dell’insulina; efficacia (buon controllo glicemico) e sicurezza (riduzione n° IPO e IPER-glicemie) anche nei nostri pz. ultraottantenni.

159

Effetti cognitivi a lungo termine del rosiglitazone in pazienti affetti da diabete mellito tipo 2: risultati del follow-up a distanza di un trial randomizzato controllato

E. Ballini¹, D. Simoni¹, A.M. Mello¹, M. Gullo¹, C. Baroncini¹, M. Paoli¹, M. Pieraccioni¹, M.C. Cavallini¹, C. Lamanna², M. Monami¹, S. Fracchia¹, G. Rubbieri¹, N. Marchionni¹, E. Mannucci¹, E. Mossello¹

¹ Unità Funzionale di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze, Firenze; ² Agenzia Diabetologica, AOU Careggi, Firenze, Firenze

I soggetti affetti da diabete mellito tipo 2 (DMT2) hanno una prestazione cognitiva mediamente inferiore ed un maggior rischio di sviluppare demenza rispetto a soggetti di pari età. Esistono evidenze contrastanti rispetto al possibile effetto neuroprotettivo degli inibitori del PPAR-gamma in corso di Malattia di Alzheimer. Nei soggetti con DMT2, arruolati presso l'Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria di Firenze nello studio randomizzato in doppio cieco TRESOR (Tuscany Regional Study on Rosiglitazone) su rosiglitazone (Ros) vs. placebo (pbo), è stata effettuata una valutazione neuropsicologica semestrale. Al termine dello studio non si sono osservate differenze significative tra Ros e pbo, con una tendenza al miglioramento delle prestazioni cognitive in entrambi i gruppi.

Valutare i possibili effetti neuroprotettivi sulle funzioni cognitive di Ros in soggetti affetti da DMT2 ad un follow-up neuropsicologico a distanza di circa 4 anni dall'arruolamento nello studio TRESOR.

La batteria neuropsicologica comprende il Mini Mental State Examination (MMSE), il test della rievocazione immediata e differita delle 15 parole di Rey (RAVLT), il Trail Making Test A e B (TMTA, TMTB), il Test delle Matrici Attenzionali (MA).

Sono stati inclusi nell'analisi 85 pazienti (71% maschi, età media di 61 anni e MMSE 28,1 all'arruolamento, autonomi nelle IADL); 22 di questi riferivano un deficit soggettivo di memoria. Non si sono osservate verificate differenze significative tra Ros e pbo tra i due gruppi nella variazione della performance neuropsicologica al follow-up rispetto al basale. In entrambi i gruppi non si sono osservate variazioni significative di MMSE, TMTA e MA, mentre si è osservato un miglioramento della prestazione per il RAVLT ($p = 0.003$ per l'immediata, $p < 0.001$ per la differita) e, tendenzialmente, per il TMTB ($p = 0.06$) dal basale al follow-up.

I presenti dati non supportano l'esistenza di un effetto neuroprotettivo a lungo termine di Ros sulle funzioni cognitive di soggetti con DMT2.

160

Riduzione dello stress ossidativo e dell'infiammazione in relazione alle fluttuazioni glicemiche acute giornaliere in pazienti con diabete di tipo 2: ruolo degli inibitori della dipeptidil peptidasi-4

M. Ambrosino¹, R. Prestano¹, V. Boccardi¹, A. Esposito¹, M. Barbieri¹, R. Marfella¹, M.R. Rizzo¹

¹Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'invecchiamento, SUN, Napoli

È stato dimostrato che le fluttuazioni glicemiche, rispetto all'iperglicemia cronica sostenuta, influiscono maggiormente sull'attivazione dello stress ossidativo e sull'infiammazione. Da studi recenti è emerso che l'aumento del GLP-1, provocato dagli inibitori della dipeptidil peptidasi IV (DPP-4), migliorando la secrezione insulinica indotta dal glucosio e riducendo la secrezione del glucagone, non solo controlla l'HbA1c e la glicemia a digiuno, ma migliora anche le oscillazioni glicemiche giornaliere. Ad oggi, però, non esistono studi che prendano in considerazione gli effetti della riduzione delle fluttuazioni glicemiche, ottenuta con la somministrazione di inibitori della DPP-4, sullo stress ossidativo e sull'infiammazione.

Valutare e confrontare gli effetti della somministrazione di sitagliptin e vildagliptin, inibitori della dipeptidil-peptidasi-IV (DPP-4 inibitori), sullo stress ossidativo e sui parametri infiammatori attraverso uno studio prospettico, randomizzato, in aperto, a gruppi paralleli con endpoint valutato in cieco (PROBE design). Tali farmaci sono noti avere efficacia diversa sul controllo delle oscillazioni glicemiche giornaliere. Dei 90 pazienti arruolati, affetti da DMT2 non adeguatamente controllato con la sola metformina, 45 sono stati trattati con sitagliptin 100 mg una volta al giorno (gruppo sitagliptin) e 45 con vildagliptin 50 mg due volte al giorno (gruppo vildagliptin), per 12 settimane. La nitrotirosina (indice di stress ossidativo), le interleuchine 6 e 18 (markers di infiammazione sistemica), e il MAGE, indicatore delle oscillazioni glicemiche (calcolato attraverso il monitoraggio continuo del glucosio per via sottocutanea per 48 ore), sono stati valutati al tempo zero e dopo 12 settimane dall'inizio del trattamento.

Al tempo zero, i gruppi non differivano sostanzialmente per HbA1c, glicemia a digiuno e post-prandiale, MAGE, markers di stress ossidativo e infiammatori. Dopo 12 settimane di trattamento, si è ottenuto un controllo dei valori di HbA1c e di glicemia post-prandiale sovrapponibile nei 2 gruppi ($P = NS$). Una riduzione significativa del MAGE, invece, si è verificata solo nel gruppo vildagliptin rispetto al gruppo sitagliptin ($P < 0.01$). In entrambi i gruppi si è osservata, inoltre, una riduzione significativa dei livelli di nitrotirosina, IL6, IL18. Tale riduzione è risultata maggiore nel gruppo vildagliptin rispetto al gruppo sitagliptin ($P < 0.05$ per tutte le variabili analizzate).

La riduzione delle oscillazioni glicemiche giornaliere si associa ad una riduzione dello stress ossidativo e dei markers dell'infiammazione nei soggetti con DMT2. Tale effetto è risultato maggiore nel gruppo di pazienti trattati con vildagliptin rispetto al sitagliptin.

161

Effetti a breve termine della TOS sulle fluttuazioni glicemiche giornaliere in donne in postmenopausa con sindrome metabolica

I. Fava, F. Cinone, I. Ambrosino, M. Capoluongo, M. Barbieri, R. Marfella, M. Rizzo

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'invecchiamento, SUN, Napoli

È noto che la menopausa rappresenta di per sé un fattore predisponente all'obesità, insulino-resistenza, ipertensione, dislipidemia, diabete mellito (DM) e, quindi, alla cosiddetta sindrome metabolica (SM). DM e SM sono a loro volta importanti fattori di rischio cardiovascolari. Studi recenti pertanto, sottolineano l'importanza della prescrizione della terapia ormonale sostitutiva (TOS) in menopausa al fine di ridurre l'obesità addominale, l'insulino-resistenza, i livelli plasmatici di lipidi (anche nelle donne senza diabete) e i nuovi casi di DM e consigliano un più adeguato monitoraggio glicemico nelle donne diabetiche per prevenire o, almeno, rallentare la comparsa di complicanze legate al dismetabolismo glucidico.

Scopo del nostro studio è stato quello di confrontare gli effetti di basse dosi di Emidrato-estradiol/Drospirenone (E2/DRSP) vs basse dosi di Emidrato-estradiolo/Dydrogesterone (E2/DG) sulle fluttuazioni glicemiche giornaliere (MAGE) in donne in postmenopausa con SM tramite il monitoraggio continuo del glucosio (CSGM) per 48 h. Pertanto, sono state arruolate 160 pz in postmenopausa e divise in 2 gruppi. Sono state poi sottoposte rispettivamente a trattamento orale con E2/DRSP (1mg/2mg, GRUPPO 1) o E2/Dydrogesterone (1mg/5mg, GRUPPO 2) per 6 mesi. All'arruolamento e dopo sei mesi di terapia sono stati valutati i parametri antropometrici, metabolici e infiammatori. Tutte le pz sono state sottoposte a CSGM per 48 h per la valutazione del MAGE al tempo 0 e dopo 6 mesi di terapia.

In entrambi i gruppi, dopo 6 mesi di terapia, è stata osservata una riduzione significativa della glicemia plasmatica a digiuno (FPG) ($p < 0.05$), ma solo nel gruppo E2/DRSP è stata ottenuta una significativa riduzione della glicemia post-prandiale, del MAGE e della pressione arteriosa sistolica ($p < 0.05$). Inoltre, in entrambi i gruppi, è stata osservata una riduzione di tutti i parametri infiammatori, ma tale riduzione è risultata statisticamente

significativa solo nel gruppo E2/DRSP. La riduzione di TNFa correlava con la riduzione della glicemia a digiuno ($r = 0.172$, $p = 0.030$) in entrambi i gruppi. La riduzione della glicemia a digiuno ($r = 0.152$, $p < 0.05$), del PAI-1 ($r = 0.323$, $p < 0.001$), dell'"inflammation score" ($r = 0.216$, $p < 0.006$) correlava, inoltre, con la riduzione del MAGE. Dall'analisi multivariata avente come variabile dipendente il MAGE e come variabili indipendenti l'età, il ? dell'IMC, della circonferenza vita, della glicemia a digiuno e post-prandiale, dell'HOMA index, dei lipidi, dei parametri infiammatori è risultato che solo il PAI-1 ($? = 0.281$, $p < 0.001$) e il ? della circonferenza vita ($? = 0.220$, $p = 0.006$) erano indipendentemente associati al MAGE. Tale modello spiegava il 20% della variabilità del MAGE.

Il trattamento con DRSP ha effetti positivi sul metabolismo glucidico (escursioni della glicemia e sulla sensibilità all'insulina), e il miglioramento del profilo lipidico e degli indici infiammatori nelle donne in postmenopausa con SM.

162

Mortalità a lungo termine in soggetti anziani con diabete: ruolo della fragilità clinica

M. Schiavone¹, G. Ferro¹, I. D'Antonio¹, M.T. Del Genio¹, M. Teano¹, S. Meola¹, R. Untila¹, F. Cacciatore², F. Rengo¹, P. Abete¹

¹ Università di Napoli Federico II, Cattedra di Geriatria, Napoli; ² Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Campoli/Telese, Benevento

Il paziente anziano è caratterizzato da una elevata prevalenza di diabete e da fragilità. In particolare, la fragilità si distingue in fragilità "preclinica" o vulnerabilità (secondo Fried) e fragilità "clinica" (secondo Rokwood), caratterizzata soprattutto da comorbidità e disabilità. Recentemente è stata verificata la relazione prognostica tra fragilità "preclinica" e diabete mentre, allo stato attuale, non esistono studi di relazione prognostica tra fragilità "clinica" e diabete.

Lo studio ha avuto lo scopo di esaminare il ruolo predittivo della fragilità "clinica" sulla mortalità a lungo termine in soggetti anziani con e senza diabete, arruolati nel "Osservatorio Geriatrico Campano" nel 1992. Lo studio ha valutato la mortalità dopo 12 anni di follow-up in 188 soggetti con diabete e 1100 soggetti senza diabete. La fragilità "clinica" è stata valutata in base al "Frailty Staging System" (disabilità, mobilità, funzione cognitiva, funzione visiva, funzione uditiva, continenza urinaria e supporto sociale) e stratificato in terzi.

Dopo 12 anni di follow-up, la mortalità è del 50.5% nei soggetti senza e 66.5% nei soggetti con diabete ($p < 0.001$). All'aumentare del grado di fragilità la mortalità si incrementa dal 57.9% al 79.0% (p per trend < 0.01) nei soggetti senza e dal 75.9% al 87.0% nei soggetti con diabete (p per trend < 0.001). L'analisi multivariata mostra che sia il diabete (Hazard Ratio = 1.38, intervallo di confidenza 95% = 1.12-1.95, $p = 0.02$) che la fragilità (Hazard Ratio = 1.58 per unità di incremento; intervallo di confidenza 95% = 1.41-2.35, $p = 0.04$) sono predittivi di mortalità a lungo termine. Quando l'analisi multivariata è stata eseguita stratificando per il sesso, la fragilità aumenta il rischio di mortalità a lungo termine per ogni unità di aumento del 14% (Hazard Ratio = 1.14, intervallo di confidenza 95% = 1.10-1.18, $p < 0.01$) nelle donne e del 60% negli uomini (Hazard Ratio = 1.60, intervallo di confidenza 95% = 1.21-2.12, $p < 0.001$) in assenza di diabete; in presenza di diabete, invece, la fragilità aumenta il rischio di mortalità a lungo termine per ogni unità di aumento del 31% (Hazard Ratio = 1.31, intervallo di confidenza 95% = 1.03-1.85, $p = 0.03$) nelle donne e del 99% negli uomini (Hazard Ratio = 1.99, intervallo di confidenza 95% = 1.75-3.05, $p < 0.001$).

Si conclude che il diabete predice la mortalità a lungo termine nei soggetti anziani. La fragilità "clinica", inoltre, predice in modo significativo la mortalità nei soggetti senza, e ancor di più, in quelli con diabete. Questo fenomeno è particolarmente evidente nel sesso maschile. La fragilità "clinica", pertanto, può essere considerata un nuovo importante fattore prognostico per identificare soggetti anziani con diabete ad elevato rischio di mortalità.

163

La fragilità del paziente diabetico anziano ambulatoriale: Multidimensional Prognostic Index (MPI) un nuovo metodo di valutazione

R. Menga, C. Custodero, F. Prigigallo, G.M. Lenato, M. Giannini, L. D'Aprile, C. Sabbà

Geriatrics, Bari

Recentemente è stato descritto e validato nell'anziano ospedalizzato un nuovo strumento di valutazione della fragilità: l'MPI (Multidimensional Prognostic Index: un indice prognostico multidimensionale il cui razionale è l'individuazione del rischio di mortalità a un anno in pazienti di età > 65 anni.

La finalità del nostro studio è stata quella di applicare per la prima volta, l'MPI (Multidimensional Prognostic Index), ad una popolazione ambulatoriale di pazienti diabetici anziani. Altro scopo del nostro lavoro è stato quello di verificare se il punteggio dell'MPI fosse correlabile con i valori di HbA1c e GFR.

Lo studio ha previsto il reclutamento di 118 pazienti di età = 65 aa (età media $74,2 \pm 6,0$ aa) afferiti presso l'ambulatorio di diabetologia, con diagnosi di diabete mellito di tipo 2. I pazienti sono stati sottoposti a raccolta anamnestica, esame obiettivo, valutazione degli indici antropometrici, esami ematochimici, somministrati i test dell'MPI. La popolazione esaminata è stata stratificata secondo 2 gradi di gravità del rischio: a basso rischio (MPI valore = 0,33), rischio moderato/grave (MPI valore tra 0,34 e 1). Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software IBM SPSS Statistics 19. Effettuando una regressione lineare tra MPI (variabile dipendente) ed età (variabile indipendente) risulta che all'aumentare dell'età aumenta il valore di MPI ($p = 0,0018$). In accordo con le evidenze emerse dalla letteratura⁵, i valori medi MPI sono significativamente più bassi e quindi sono a minor rischio di mortalità, gli uomini rispetto alle donne ($0,32 \pm 0,14$ vs $0,42 \pm 0,21$, con test parametrico $p = 0,003$, con test non parametrico $p = 0,009$). Considerando il parametro dell'emoglobina glicata, indice del valore medio glicemico nei 90 giorni precedenti alla determinazione, abbiamo riscontrato una correlazione significativa con l'MPI (con test parametrico $p = 0,022$, con test non parametrico $p = 0,046$), infatti il gruppo di pazienti a rischio lieve ha un valore medio di HbA1c di $7,14 \pm 1,31$, mentre quello a rischio moderato/grave di $8,13 \pm 2,12$. L'analisi bivariata tra GFR ed MPI ha evidenziato la presenza di una correlazione significativa tra i due parametri ($p < 0,0001$), come riscontrato anche dai dati presenti in letteratura. Mentre quella tra GFR e HbA1c non ha rilevato alcuna associazione (test parametrico $p = 0,56$, test non parametrico $p = 0,29$). Anche la presenza di un'alterazione del tono dell'umore è risultata significativamente correlata con valori peggiori di MPI ($p < 0,0001$) non però con i valori di glicata ($p = 0,26$).

Pertanto in conclusione l'MPI ci consente di stratificare i pazienti diabetici anziani in base al loro rischio di mortalità espresso in un singolo dato numerico, che però è lo specchio di una visione multidimensionale del paziente.

164

Determinanti principali e valore predittivo a 9 anni delle LDL ossidate plasmatiche in una popolazione anziana. Lo studio InCHIANTI

M.L. Morieri³, S. Volpato³, S. Bandinelli¹, L. Ferrucci², G. Zuliani³

¹ Unità Geriatrica, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze; ² Clinical Research Branch, Longitudinal Studies Section, National Institute on Aging, NIH, Baltimore, Maryland, Maryland; ³ Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Nutrizione Clinica, Università di Ferrara, Ferrara

Il ruolo centrale delle LDL ossidate (ox.LDL) nella formazione della placca aterosclerotica è stato confermato in diversi studi e il dosaggio dei livelli plasmatici di ox.LDL è stato proposto da diversi autori come nuovo fattore

di rischio cardiovascolare (CV). Tuttavia, nonostante l'invecchiamento sia associato a stress ossidativo e malattie CV, gli studi sulle ox.LDL nella popolazione anziana sono scarsi. In questo studio abbiamo indagato, in una popolazione anziana free-living, i principali determinanti delle ox.LDL plasmatiche e la loro correlazione con la mortalità CV e totale a 9 anni.

Abbiamo analizzato 1025 anziani arruolati nello studio InChianti (età media: 75.6 ± 7.2 anni; femmine: 56%). Per il dosaggio delle ox.LDL è stato utilizzato un metodo ELISA (Kit Mercodia, Uppsala, Sweden). Abbiamo utilizzato il rapporto ox.LDL/LDL-C per analizzare il grado di ossidazione delle LDL. Come misura indiretta della presenza di LDL piccole e dense abbiamo utilizzato il rapporto TG/HDL. Per l'analisi della mortalità CV e totale a 9 anni è stato utilizzato il modello di Cox; gli Hazard Ratio (HR) sono stati calcolati per ogni terzile di ox.LDL e di ox.LDL/LDL-C.

I valori di ox.LDL erano distribuiti in modo normale (media 42.1 ± 11.7 U/L). All'analisi multivariata i livelli di ox.LDL erano correlati ai valori di LDL-C ($r^2: 0.36$; $p: 0.001$) oltre che ai valori di TG e HDL-C (modello corretto: $r^2: 0.42$; $p: 0.001$), indipendentemente dai fattori confondenti. Il rischio di avere elevati valori di ox.LDL (maggiori della media) era associato alla presenza di un rapporto TG/HDL > 2 (marcatore di LDL piccole e dense) (OR: 3.06; I.C.95%: 2.36-3.97). Mediante analisi multivariata abbiamo dimostrato che il rapporto ox.LDL/LDL-C era correlato in maniera indipendente con HDL-C ($\beta: -0.032$; SE: 0.008; $p: 0.001$), TG ($\beta: 0.014$; SE: 0.002; $p: 0.001$), e beta-carotene ($\beta: -1.14$; SE: 0.43; $p: 0.008$) (r^2 corretto: 0.15; $p: 0.001$).

Dopo 9 anni di follow-up, 392 soggetti erano deceduti, di cui 166 per cause CV. Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative della mortalità totale e CV confrontando i terzili di ox.LDL e di ox.LDL/LDL-C, né nella popolazione generale, né tra i soggetti affetti da CV al baseline.

1) In questa popolazione anziana, la presenza di ox.LDL dipende principalmente non solo dalla concentrazione del substrato (livelli di LDL-C), ma anche dalla presenza di LDL piccole e dense (rapporto TG/HDL > 2). 2) Sebbene fortemente correlate tra di loro, i valori di TG e HDL rimangono predittori indipendenti sia dei valori assoluti di ox.LDL che del tasso di ossidazione delle LDL. 3) Il beta-carotene sembrerebbe migliorare lo stato ossidativo delle LDL plasmatiche. 4) Le ox.LDL non sembrano avere potere predittivo in questa popolazione, non correlando né con la mortalità totale, né con la mortalità CV a 9 anni.

165

Enatide e gli inibitori di DPP-4 sono efficaci nel trattamento della neuropatia sensitiva associata a diabete mellito tipo II in pazienti anziani

A.D. Romano, G. Vendemiale, C. Capurso, F. Bellanti, G. Iannelli, P. Piscitelli, G. Serviddio

Cattedra di Geriatria, Università di Foggia, Foggia

Il GLP-1 e gli inibitori del suo enzima di degradazione, il DPP-4, migliorano l'omeostasi di glucosio in pazienti con diabete mellito tipo II, stimolando la secrezione endogena di insulina. Exenatide (Exendin-4) è un analogo di GLP-1 più stabile che si lega al recettore di GLP-1 con maggiore affinità ed è più efficace nel mantenere i livelli plasmatici di insulina. Tali sostanze hanno azioni neuroprotettive sulla proliferazione e differenziazione neuronale e sul metabolismo di due proteine neuronali presenti nella linea cellulare del feocromocitoma dei ratti (PC12).

Lo scopo del presente studio è verificare se la somministrazione di Incretinomimetici o inibitori della DPP-4 in pazienti anziani affetti da diabete mellito tipo II complicato da neuropatia diabetica, determini il miglioramento della neuropatia sensitiva. Materiali e metodi: sono stati esaminati 30 pazienti anziani con diabete mellito tipo II, afferenti all'ambulatorio diabetologico, nei quali era indicata l'introduzione della terapia incretinica. Il gruppo controllo è stato costituito da 30 pazienti volontari, diabetici, in terapia antidiabetica ipoglicemizzante. I pazienti inclusi nello studio sono stati seguiti per un periodo di 2 anni, in follow up successivi ogni 6 mesi, nel corso dei quali sono stati sottoposti ad una serie di indagini cliniche, per escludere al-

tre cause internistiche di neuropatia sensitiva. La valutazione della presenza di neuropatia sensitiva è stata effettuata mediante biotesiometria degli arti inferiori (valore soglia per polineuropatia = 25 V). La terapia antidiabetica è stata regolata in maniera tale che i livelli di emoglobina glicata non siano superiori al 8%.

La soglia di percezione vibratoria (VPT) non presentava differenze significative tra i due gruppi di studio (CTRL = 27,8; INCR = 26,6; $p = n.s.$), a sei mesi il gruppo Incretina presentava un miglioramento rispetto al tempo 0 (CTRL = 28,3; INCR = 25,4; $p = n.s.$) e tale trend acquisiva significatività statistica dopo 12 mesi di trattamento (CTRL = 27,4, $p = n.s.$ vs T0; INCR = 21,9, $p < 0,01$ vs T0). In entrambi i gruppi di studio è stato raggiunto il controllo glicometabolico prefissato (T0 vs T12 $p < 0,05$).

I dati ottenuti su un campione di 30 soggetti hanno evidenziato un miglioramento della neuropatia sensitiva nei pazienti in terapia incretinica. Tali risultati confermerebbero la possibile efficacia della terapia incretinica nel trattamento della neuropatia sensitiva associata a diabete mellito tipo 2 in pazienti anziani; l'effetto neuroprotettivo è indipendente dal raggiungimento del target glicemico e sembra correlato alla diversa terapia effettuata.

166

L'assessment della qualità della vita nei soggetti anziani affetti da diabete mellito di tipo 2

A.M. Abbatecola, L. Spazzafumo, C. Sirolla, R. Rabini, R. Testa, F. Lattanzio
INRCA, Ancona

Strumenti efficaci per valutare la qualità della vita nei pazienti anziani diabetici sono sempre più necessari.

Validare il questionario sulla valutazione della Qualità della Vita "Audit of Diabetes Dependent QoL" (ADDQoL-19) in un campione di anziani italiani affetti da diabete mellito di tipo 2.

558 pazienti provenienti dal ambulatorio del UO di diabetico dell'Ospedale INRCA di Ancona sono stati arruolati nello studio. Tutti hanno compilato i questionari sulla qualità della vita e lo stato di salute rispettivamente, l'ADDQoL-19 e il Short form-12 (SF-12) e sono stati sottoposti a test clinici e biochimici. L'ADDQoL-19 si compone di 19 domande dalle quali si calcola, utilizzando il peso di ciascuna risposta, lo score medio totale (AWI) dell'impatto del diabete sulla qualità della vita. La validazione del questionario nella versione italiana è stata effettuata attraverso l'analisi fattoriale con rotazione Oblimin, al fine di esaminare la struttura spontanea del dominio-specifico dei elementi dell'ADDQoL e l'estrazione dello score totale come somma dei singoli items pesati. La consistenza interna dello score totale medio (AWI) è stata valutata con il coefficiente alpha di Cronbach e la validità discriminante della stessa con l'ANOVA confrontando gruppi di trattamento e presenza / assenza di complicanze. Il punteggio per i singoli domini ed il punteggio totale del AWI variava dal +9 (massimo impatto positivo della malattia diabetica) a -9 (massimo impatto negativo della malattia diabetica).

I partecipanti avevano un'età media di ($67,7 \pm 9,2$ anni), il 51,8% erano di sesso maschile. Il peso medio dell'impatto del diabete (AWI) era di: -1.78 ± 1.51 . L'analisi fattoriale ed il coefficiente di alpha di Cronbach (0,938) hanno confermato che gli items dominio-specifici dell'ADDQoL-19 nella versione italiana possiedono le caratteristiche psicometriche per essere combinate in una singola scala. Dal confronto tra i gruppi con presenza / assenza di complicazioni diabetiche ed i gruppi di trattamento (solo dieta, terapia orale, insulina e insulina+terapia orale) sono state trovate differenze nella medie di AWI statisticamente significative (rispettivamente $t = 3.13$, $p = 0.002$ e $F\text{-test} = 13.89$; $p < 0.001$), mostrando che i pazienti con complicanze maggiori e trattati con insulina riportavano un impatto negativo del diabete sulla loro qualità di vita.

Questo studio ha evidenziato che ADDQoL-19 è uno strumento valido per misurare l'impatto del diabete sulla qualità di vita degli anziani Italiani con diabete. AWI è adatto per l'analisi primaria di ADDQoL-19 risultati.

167

Terapia con ipoglicemizzanti orali secretagoghi in pazienti anziani diabetici ricoverati in acuto

A. Otteveggio, L. Falletta, L. Plances, R. Scalisi, P. Damiani, C. Palminteri, M. Belvedere, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, Università di Palermo

Il paziente anziano fragile diabetico con comorbidità è particolarmente soggetto agli episodi ipoglicemici. Le cause di ipoglicemie includono: inadeguato introito alimentare, somministrazione erronea della terapia insulinica, insufficienza surrenalica, epatopatie, rapido svuotamento gastrico, assunzione di antidiabetici orali che stimolino la secrezione dell'insulina indipendentemente dalla glicemia.

È stato esaminato un gruppo di diabetici anziani ricoverati, in terapia domiciliare con antidiabetici orali secretagoghi, ed è stata valutata la possibile relazione tra tale terapia e il motivo del ricovero; sono stati identificati 20 pazienti tra i ricoverati presso il reparto per acuti di Geriatria del Policlinico di Palermo da 07/2010 a 07/2012. Le cause di ricovero più comuni erano scompenso glicometabolico, crisi lipotimiche e/o sincope. In ogni paziente sono stati valutati: anamnesi farmacologica, comorbidità, parametri ematochimici e la terapia antidiabetica prescritta dopo il ricovero.

Il campione comprendeva 7 donne e 13 uomini (70-97 anni; età media: $80,6 \pm 6,7$ anni). La valutazione anamnestica ha evidenziato un'elevata comorbidità per la presenza di ipertensione arteriosa (85% dei pazienti), malattia cerebrovascolare cronica (70%), aterosclerosi carotidea (40%), insufficienza renale cronica (25%), dislipidemia, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale cronica e scompenso cardiaco congestizio (20%). La terapia domiciliare era costituita in 11 pazienti da repaglinide (a dosaggio variabile), in 6 pazienti da gliclazide, in 2 pazienti da glimepiride e in un paziente dall'associazione glibenclamide+metformina. L'HbA1c all'ingresso era $< 7\%$ in 9 pazienti (45%) con una media di $7,3 \pm 2,6\%$; l'Hb era di $11,6 \pm 1,6$ g/dL e creatinemia di $0,98 \pm 0,26$ mg/dL. In dimissione è stata modificata la terapia nell'80% dei pazienti e nel 20% dei casi è stata sospesa del tutto la terapia antidiabetica orale ed è stato sufficiente limitare la terapia al solo trattamento dietetico.

Il diabetico anziano ha spesso un'elevata comorbidità, una polifarmacoterapia complessa e non è autosufficiente o è a elevato rischio di sviluppare disabilità, per cui è importante adottare una terapia "individualizzata" senza mirare al raggiungimento di valori glicemici troppo bassi. I nostri dati confermano che è consigliabile un target di HbA1c meno rigido, in quanto per valori inferiori a 7% aumenta il rischio di complicanze, in relazione anche a episodi ripetuti di ipoglicemia talvolta subclinici. Gli antidiabetici secretagoghi stimolano la secrezione di insulina e proprio l'ipoglicemia è una delle complicanze più temibili specie negli anziani in cui è frequente una irregolare assunzione di cibo. Sono da preferire i farmaci con un miglior profilo di sicurezza e con minore possibilità di causare ipoglicemia.

BIBLIOGRAFIA

Dominguez LJ, Paolisso G, Barbagallo M. *Glucose control in the older patient: from intensive to effective and safe*. Aging Clin Exp Res 2010;22:274-80.

168

Terapia anti-ipertensiva e diabete mellito incidente. Meta-analisi sugli effetti metabolici dei farmaci nel paziente iperteso in diverse classi di età

F. Sgrilli, M. Monami, M. Bulgaresi, N. Nesti, M.C. Pieraccioni, F. Tesi, G. Manarino, B. Nreu, A. Ungar, M. Di Bari, N. Marchionni

Unità Funzionale di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Negli ultimi anni sono stati pubblicati trial clinici e meta-analisi che hanno messo in evidenza come le diverse classi di antipertensivi potrebbero confe-

rire vantaggi o svantaggi metabolici nei pazienti ipertesi. Tali evidenze non sono tuttavia univoche e presentano limitazioni metodologiche che rendono non chiari e incompleti i risultati.

Scopo della presente meta-analisi di trial randomizzati è stato quello di valutare l'impatto "metabolico" delle singole classi di farmaci antipertensivi. Sono stati inclusi soltanto studi di almeno 52 settimane, in soggetti non diabetici ipertesi. Gli outcome studiati sono stati il rischio di diabete incidente e le differenze nei valori finali di colesterolo totale, HDL e trigliceridi.

Nei 54 trial inclusi, si è osservato un aumento del rischio di diabete incidente per Diuretici (soprattutto i tiazidici) e Beta-bloccanti (OR: 1.37[1.15;1.63], $p < 0.001$ e 1.27[1.13;1.42], $p < 0.001$, rispettivamente), mentre ACE-inibitori e Sartani hanno mostrato, un effetto protettivo (OR: 0.78[0.70;0.87], $p < 0.001$ e 0.82[0.75;0.90], $p < 0.001$, rispettivamente). I Calcio antagonisti sono risultati essere neutri (OR: 0.95[0.81;1.12], $p = 0.53$). Da analisi per sottogruppo, si è visto che l'effetto diabetogeno di diuretici e beta-bloccanti aumenta maggiormente nei trial che includono le classi di età più avanzate. Per quanto riguarda l'assetto lipidico, i beta-bloccanti hanno ridotto significativamente i livelli di colesterolo HDL e trigliceridi, mentre i calcio-antagonisti si sono associati con valori di trigliceridi più bassi. Anche all'interno delle diverse classi, nelle sotto-analisi per principio attivo, si rileva come dal punto di vista metabolico i farmaci anti-ipertensivi non sono tutti uguali. La presente meta-analisi mostra come dal punto di vista metabolico i farmaci antipertensivi non sono tutti uguali sia per quanto riguarda il rischio di diabete incidente, che per l'impatto sull'assetto lipidico.

169

La valutazione dell'ipercortisolismo nell'anziano e nelle patologie ad esso correlate

A. Martocchia¹, M. Stefanelli¹, L. Toussan¹, S. Raja¹, G.M. Falaschi¹, C. Ferri²

¹Azienda Ospedaliera S.Andrea, Sapienza Università di Roma, Roma; ²Università di L'Aquila, L'Aquila

Numerose evidenze della letteratura mostrano l'associazione dell'ipercortisolismo dell'anziano con la sindrome metabolica e la patologie correlate (aterosclerosi, demenza di tipo vascolare e di Alzheimer).

Nel 2011 è stato approvato uno studio multicentrico osservazionale spontaneo e prospettico (Studio sulla correlazione tra cortisolo, sindrome metabolica, funzioni cognitive e cardiovascolari nell'invecchiamento, AGIng and COrtisol, Studio AGICO) ad estensione nazionale.

Lo scopo dello studio AGICO è quello di valutare le correlazioni tra il cortisolo e la sindrome metabolica, le funzioni cognitive e cardiovascolari nell'invecchiamento.

L'arruolamento è iniziato nel 2012 ed attualmente la dimensione del campione è di 72 soggetti anziani. Per ogni soggetto è stata compilata una cartella clinica per una valutazione multidimensionale (VMD) (scale ADL, IADL), con studio di base delle funzioni cognitive (scale MMSE, GDS, Cornell), valutazione della secrezione del cortisolo (cortisolo urinario), ricerca della sindrome metabolica (con misurazione circonferenza vita, glicemia, HDL-colesterolo, trigliceridi, pressione arteriosa) e della compromissione cardiovascolare (ECG, ecocardiogramma, ecocolor Doppler vasi epiaortici), presenza di polipatologia (scala CIRS modificata), esami neuroradiologici per studio della demenza (TC e/o RMN cerebrale).

Dati parziali indicano una età media di 76+8 anni (media+deviazione standard, m+DS), rapporto uomini/donne pari a 1.2.

La valutazione multidimensionale ha mostrato: ADL pari a 4.0 ± 1.5 , MMSE = 22.7 ± 3.9 , GDS = 6.7 ± 4.1 , CIRS-CI = 4.6 ± 1.3 , CIRS-SI = 1.8 ± 0.6 , codice argento = 4.4 ± 4.3 .

La polifarmacoterapia è risultata pari a 6.0 ± 3.1 tipi di principi farmaceutici assunti per soggetto.

Il body mass index (BMI) nella media è di 27.8 ± 3.3 , la circonferenza vita di 99.0 ± 7.4 cm, con un punteggio di sindrome metabolica pari a 2.8 ± 0.9 . Il cortisolo urinario diurno e notturno sono risultati pari a 87.4 ± 58.6 e 50.9 ± 31.2 mcg/12 h.

Per quanto riguarda l'apparato cardiovascolare, le placche aterosclerotiche carotidiche sono 1.4+1.2 per paziente e la frazione di eiezione del ventricolo sinistro è di 62.2+1.2%.

Il punteggio di atrofia cerebrale è di 0.8+0.9 e le lacune vascolari sono 1.3+0.9.

I dati parziali e preliminari indicano una elevata secrezione di cortisolo notturno nei soggetti anziani, in presenza di polipatologia, deficit cognitivo e patologia aterosclerotica significativa.

170

Creazione di un percorso assistenziale predefinito per la rivascularizzazione percutanea dell'anziano con piede diabetico. Risultati di uno studio longitudinale e differenza tra pazienti diabetici e non diabetici

G.M. Mannarino, M. Monami, S. Zannoni, F. Sgrilli, A. Giordano, E. Marrani, A. Ungar, N. Marchionni, M. Di Bari, G.J. Baldereschi

Firenze

Il diabete mellito tipo 2 è una condizione cronica molto frequente nella popolazione generale, soprattutto negli anziani. Tra le complicanze più frequenti nei pazienti diabetici l'arteriopatia obliterante degli arti inferiori è una delle più importanti. Tuttavia, diversamente da condizioni come cardiopatia ischemica o malattie cerebrovascolari non esistono percorsi assistenziali definiti all'interno degli ospedali per il piede diabetico ischemico. In tale studio ci siamo proposti 2 obiettivi. Il primo è stato valutare, all'interno di un percorso assistenziale per il paziente diabetico, gli esiti della rivascularizzazione mediante Angioplastica Percutanea Transluminale (PTA) sulla ischemia critica degli arti inferiori. Abbiamo considerato come controllo un gruppo di pazienti non diabetici con Arteriopatia Obliterante Periferica (AOP) egualmente trattati con PTA. Il secondo scopo è stato identificare fattori predittivi di guarigione delle lesioni ulcerative agli arti inferiori nei pazienti diabetici.

Tra gennaio 2010 e settembre 2011, abbiamo arruolato una serie consecutiva di 270 soggetti diabetici ultrasessantacinquenni con AOP ed Indice di Winsor (IW) < 0.8 (N = 150) o lesioni ulcerative agli arti inferiori (N = 120). Tali pazienti sono stati sottoposti a valutazione ecodoppler vascolare a livello degli arti inferiori: di questi 160 presentavano stenosi emodinamiche. In tale gruppo 62 pazienti hanno potenziato la terapia medica, in 20 l'intervento non è stato ritenuto praticabile, 12 hanno rifiutato la procedura. Infine 66 pazienti sono stati sottoposti a PTA dopo un ciclo di iloprost nei 5 giorni precedenti l'intervento.

Ad analisi multivariata aggiustata per età, i fattori predittivi di successo alla PTA sono stati la terapia con clopidogrel (p < 0.05) e iloprost (p < 0.05), mentre predittore significativo di mancato successo è stato un elevato grado di comorbidità, valutato tramite Charlson Comorbidity Index (p < 0.05).

Riguardo la seconda parte dello studio abbiamo considerato 45 pazienti con ulcere agli arti inferiori, le cui caratteristiche principali erano un'età avanzata, una prolungata durata della condizione diabetica ed uno scarso controllo glicometabolico. Durante il periodo di osservazione la percentuale dei pazienti che è andata incontro a guarigione è variata dal 4,6% all'87,5% ad uno e dodici mesi dalla PTA. Sono risultati predittori di guarigione dell'ulcera la terapia con Metformina (p < 0.05), una maggiore sensibilità agli antibiotici (p < 0.05) intesa come numero di antibiotici sensibili diviso numero di antibiotici totali ed un elevato valore dell'IW (p < 0.05).

Il protocollo proposto è risultato compatibile con la routinaria attività clinica e con una buona accettazione da parte del paziente. I risultati ottenuti, sia dal punto di vista emodinamico che clinico, sulla vasculopatia periferica in pazienti diabetici anziani sono stati buoni. Tali risultati sono un incentivo ad implementare e ampliare il progetto assistenziale sul piede diabetico ischemico.

DISTURBI UROLOGICI DELL'ANZIANO

171

Studio osservazionale sull'utilizzo del catetere urinario a permanenza in un campione di pazienti degenti in RSA

A. Biasco¹, P. Briganti², L. Stendardo¹, L.M. Addante², M.L. Musarò¹, L. Ferraro¹

¹ Alessano (Le); ² Modugno (Ba)

La gestione del catetere vescicale a dimora e l'associazione tra il suo utilizzo e l'infezione delle vie urinarie è stata largamente studiata con eterogeneità dei criteri utilizzati e dei risultati. Inoltre, nella maggior parte degli studi non si distingue tra infezione preesistente al posizionamento del catetere ed infezione correlata al catetere.

Questo studio osservazionale valuta l'appropriatezza al posizionamento del catetere vescicale nel paziente anziano in RSA e stima la prevalenza delle infezioni delle vie urinarie preesistenti al catetere e catetere-correlate. È stata, inoltre, studiata la possibile associazione tra l'appropriatezza all'utilizzo del presidio, l'infezione delle vie urinarie e le caratteristiche cognitive del campione.

Materiali e metodi. Per 7 mesi sono stati studiati 27 pazienti anziani cui è stato posizionato il catetere vescicale in RSA; per l'appropriatezza al posizionamento del presidio e la diagnosi di infezione delle vie urinarie sono state utilizzate le Linee Guida del CDC/NHSN. (Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections) È stato, inoltre, somministrato il MMSE e calcolato l'indice di comorbidità.

Il 26,6% del nostro campione ha ricevuto il catetere vescicale con un tasso di conformità del 58,6% e le indicazioni più frequenti sono state la ritenzione acuta urinaria, l'ostruzione allo svuotamento vescicale, il monitoraggio della diuresi in corso di idratazione e il trattamento delle piaghe da decubito. Il catheter utilization ratio è 82% e correla con il rischio di infezione e l'infezione correlata a catetere. La diagnosi di infezione delle vie urinarie è stata posta nel 25,3% della popolazione con catetere, nel 14,7% dei casi l'infezione si è verificata a causa dell'utilizzo del presidio e nel 40,9% l'indicazione al suo utilizzo è stata inappropriata. Il CAUTI rate è risultato essere 9,39 al di sopra dei valori di riferimento indicati dal sistema di sorveglianza CDC/NHSN. Il punteggio medio del test di valutazione dello stato cognitivo è stato MMSE: 12.6 ± 6,2; non correlante con l'appropriatezza al posizionamento del catetere. Il valore di CIRS morbilità, 2,9 ± 0,4 è, invece, significativamente più alto nei pazienti con infezione.

L'utilizzo del catetere vescicale a permanenza, soprattutto per motivi inappropriati, espone all'insorgenza di infezione delle vie urinarie e determina un aumento delle complicanze.

INFEZIONI, ULCERE DA PRESSIONE E FERITE CUTANEE COMPLESSE

172

Controllo della colite da clostridium difficile in un reparto riabilitativo geriatrico: l'esperienza dell'Ospedale Regionale di Aosta

M.P. Antonietti¹, A. Ferrante¹, P. Bonino¹, R. Novati²¹ *Struttura Complessa di Geriatria Ospedale Regionale, Aosta;* ² *Direzione sanitaria ospedaliera, Ospedale regionale di Aosta, Aosta*

La colite da Clostridium difficile (CAD) contratta in una struttura sanitaria è altamente diffusiva oltre che gravata da elevata morbosità, letalità e impatto gestionale, in primis sulla degenza media. La Geriatria Riabilitativa e di Lungodegenza (GRL) dell'Ospedale di Aosta (29 posti letto) concentra i principali fattori di rischio della CAD, intrinseci e clinici (età dei pazienti, lungodegenza, comorbidità e deficit cognitivi, malnutrizione e altri deficit immunitari, uso di antibiotici e inibitori di pompa protonica) e strutturali: camere a 4 letti senza bagno in camera, spazi comuni di socializzazione e svago, elevato traffico di visitatori

A seguito del manifestarsi di alcuni clusters epidemici nel corso del 2011 abbiamo avviato da gennaio 2012 un'iniziativa multidisciplinare per il controllo della CAD in GRL, coinvolgendo operatori di reparto, direzione sanitaria ospedaliera, impresa di pulizie appaltante. Da gennaio 2012 è stata introdotta in azienda USL la sorveglianza di tutti i casi di CAD, ciò che consente il monitoraggio di incidenza dell'infezione.

Azioni intraprese: 1- ricerca del Clostridium in tutti i pazienti diarroici, anche al ricovero 2-comunicazione immediata e supporto logistico gestionale della direzione sanitaria (DS) per i nuovi casi 3- massima attenzione alle misure di isolamento e al lavaggio delle mani. A monte di quanto sopra: 4- formazione agli operatori e da questi a visitatori e impresa di pulizia, produzione e diffusione di materiale informativo per i visitatori 5- recepimento delle linee guida nazionali della società scientifica di riferimento 5- standardizzazione dei protocolli di pulizia ambientale con particolare riguardo alle concentrazioni di cloro. La tabella mostra il numero di casi osservati da gennaio a giugno, la percentuale sul totale dei casi aziendali (ospedale + territorio), e la percentuale di casi a cluster (entro 5 giorni dal precedente). Casi in GRL gennaio 4 (50% asl 75% cluster); febbraio 4 (100% asl 75% cluster); marzo 3 (25% asl 100% cluster); aprile 3 (27,3% asl 100% cluster, maggio 2 (16,6% asl 100% cluster); giugno 0

L'azione intrapresa sembra efficace nel controllo dei casi secondari, come dimostrato anche dal minor peso relativo nel contesto aziendale; il fatto che la CAD tenda sempre a manifestarsi in piccoli cluster impone attenta sorveglianza e messa in atto tempestiva e complete delle misure di contenimento, la più onerosa delle quali sembra essere l'educazione sanitaria dei visitatori. La GRL è diventata leader in ospedale nel controllo della CAD e sta diffondendo in Ospedale cultura e sensibilità sull'argomento; restano per ora insoluti i fattori di rischio strutturali e l'uso il più possibile appropriato degli antibiotici

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
casi in LDG	4	4	3	3	2	0
% sul totale ASL	50	100	25	27,3	16,6	0
% a cluster	75%	75%	100%	100%	100%	0%

173

Il problema "clostridium difficile" in un reparto di geriatria per acuti

M. Boni, E. Marangoni, L. Pergher, A. Tezzele, R. Girardello

Unità Operativa Geriatria, Rovereto

L'infezione da Clostridium Difficile (ICD) è un problema emergente nei reparti geriatrici per acuti, costituisce una delle principali infezioni nosocomiali e si manifesta con discreta frequenza anche con carattere epidemico. L'ICD sia come caso isolato che come cluster ed epidemia non è un problema solo ospedaliero ma riguarda anche le strutture sanitarie quali centri riabilitativi, lungodegenze, RSA. Dal 2010 il Dipartimento di Medicina di Laboratorio della nostra Azienda Sanitaria ha acquisito un nuovo sistema informatico denominato "Mercurio" per la gestione dell'epidemiologia e della sorveglianza delle infezioni ospedaliere. Tale sistema permette una sorveglianza attiva, in tempo reale, degli eventi infettivi, dei microrganismi responsabili e degli eventi "alert".

Con questo studio abbiamo voluto valutare l'incidenza delle ICD/CDAD (malattia da Clostridium Difficile) negli anni 2010 e 2011 nei pazienti ricoverati in Geriatria, la provenienza dei pazienti, gli antibiotici utilizzati durante la degenza, il tempo di insorgenza dell'infezione rispetto alla data di ricovero, la mortalità.

Nel 2010 e nel 2011 nella nostra Unità Operativa i ricoveri sono stati rispettivamente 1313 e 1280. Nel 2010 abbiamo contato 83 Infezioni Ospedaliere (I.O.) di cui 26 da C.D. (31,3%) con una incidenza dell'1,98%; nel 2011 le I.O. sono state 106, di cui 17 da C.D. (16,03%) con una incidenza dell'1,32%. Nel 2010 abbiamo rilevato 26 ICD (in 1 paziente si è assistito, durante lo stesso ricovero a 2 episodi di ICD): 7 pazienti provenivano da RSA, 4 da altri reparti ospedalieri e 15 dal domicilio. Nel 2011 sono state riscontrate 17 ICD: 3 pazienti provenivano da RSA, uno dalla Rianimazione e 13 dal domicilio. Il tempo di insorgenza dell'ICD rispetto alla data di ricovero è stato variabile tra 3 e 35 giorni nel 2010 e tra 4 e 49 giorni nel 2011 con una media di 13,2 e 19,5 giorni rispettivamente. Gli antibiotici utilizzati sono stati, in prevalenza: Beta-lattamici, Cefalosporine di terza generazione e Fluorochinoloni singolarmente, in sequenza o in associazione. Non abbiamo osservato cluster epidemici né decessi per CDAD. Nella Tabella presentiamo i risultati globali di incidenza.

L'attenta osservanza delle strategie di controllo delle ICD ci hanno permesso di diagnosticare, in molti casi, l'infezione in stadi iniziali e di evitare quindi la comparsa di CDAD con quadri clinici gravi. Nel 2010 il 40% dei pazienti che hanno contratto ICD proveniva da RSA o altri reparti ospedalieri, mentre nel 2011 questi sono stati il 23%. Si conferma che la durata del ricovero incide sul rischio di contrarre ICD: il 60% dei pazienti nel 2010 ed il 76% nel 2011 hanno contratto l'ICD dopo oltre 10 giorni di ricovero. Le classi di antibiotici più utilizzate nei pazienti che hanno contratto l'ICD sono stati i Beta-lattamici, le Cefalosporine di terza generazione ed i Chinolonici come ben documentato dalla letteratura.

	2010	2011
Ricoveri	1313	1280
Infezioni ospedaliere	83	106
Infezioni da Clostridium Difficile	26 (31,3%)	17 (16,03%)
Incidenza infezioni ospedaliere	6,32	8,28
Incidenza infezioni Cl. difficile	1,98	1,32

174

Le infezioni ospedaliere in geriatria

M. Formoso, F. Mastroianni, S. Montanaro, M. Martucci, M. Errico, A. Nitti
Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti (Ba)

Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA) sono tutte quelle infezioni che insorgono durante il ricovero in ospedale, o in alcuni casi anche dopo la dimissione, e che non erano manifeste clinicamente e non risultavano in incubazione al momento dell'ammissione. Le infezioni comunitarie, invece sono quelle infezioni già presenti, o in incubazione al momento del ricovero, quindi acquisite al di fuori dell'ospedale. Per convenzione le infezioni che si manifestano dopo 48 ore dal ricovero sono considerate ospedaliere quelle che si evidenziano entro le 48 ore sono classificate come infezioni comunitarie. La prevalenza delle ICPA in Italia è compresa tra il 7% ed il 9% e l'incidenza è del 5%, con differenze nei cari reparti. Il tasso di mortalità è dell'1% Questa epidemia rappresenta una spesa di circa 800 milioni di euro e solo la metà degli ospedali si è dotata di un Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO). L'ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti fin dal 2004 ha predisposto un sistema di rilevamento e di sorveglianza delle ICPA gestito dal CIO.

Abbiamo voluto studiare, in modo puntuale, la prevalenza delle ICPA nel reparto di Geriatria a partire dal 2004 fino ad oggi. I dati sono stati raccolti mediante la compilazione di una scheda, due volte l'anno, facendo la fotografia dei soggetti ricoverati in una giornata scelta a caso dal CIO basandosi su criteri di inclusione (paziente ricoverato da più di 48 ore e di esclusione (paziente ricoverato da meno di 48 ore). I dati sono stati raccolti dalle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nei vari reparti.

I dati delle ICPA nel reparto di Geriatria sono riportati nella Figura 1. La Figura 2 rappresenta invece le sedi delle infezioni rilevate nell'anno in corso. La media delle infezioni è del 10% mentre si osservano, nel corso degli anni alcuni picchi. Il primo si riferisce al cambio di sede dell'ospedale, nel 2005 tutti i reparti sono stati completamente trasferiti nel nuovo complesso ed il picco di 21.74 è da riferire al fatto che l'attività assistenziale ha avuto bisogno del tempo di adattamento a spazi, tecnologie e arredi diversi e nuovi, oltre alla concomitante presenza di lavori in corso.

La prevenzione delle ICPA è l'arma più efficace per la lotta alle infezioni. Programmi organici di formazione-informazione e sorveglianza sistematica rappresentano gli strumenti in grado di evidenziare i punti deboli del sistema ospedaliero nella gestione delle infezioni. Nello specifico, per il reparto di geriatria, una maggiore aderenza ai protocolli tra cui quelli sul cateterismo vescicole e sulle vie respiratorie, così come applicato per le ulcere da pressione, potrebbero determinare una drastica riduzione dell'incidenza, della morbidità e della mortalità, oltre ad una diminuzione dei costi dell'assistenza.

TASSI PREVALENZA GERIATRIA

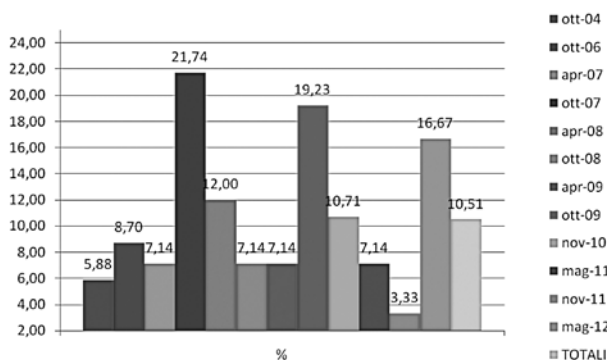


Fig. 1. Tassi prevalenza ICPA Geriatria dal 2004 al 2012.

SEDE INF. OSP. GERIATRIA

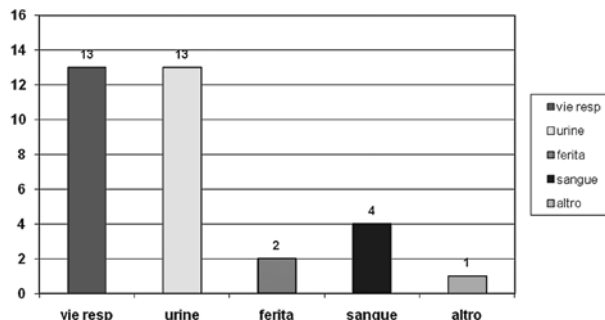


Fig. 2. Sedi di ICPA anno 2012.

LONG TERM CARE

175

Analisi della popolazione residente in RSA: caratteristiche socio-anagrafiche, stato cognitivo, disturbi psicocomportamentali, autonomia e comorbidità

L. Barili¹, G. Ardoino², L.M.D.L. Barrionuevo³, M.F. Brau⁴, P. Cosso⁵, A. Francescani⁵, A.B. Ianes⁶, C. Palmacci⁷, P. Pagliari³, D. Rigoldi⁸, A. Torsello⁹, A. Ferrini¹⁰, G. Ricci³

¹ RSA Saccardo, Milano; ² RSA Santa Giulia, RSA Santa Chiara, Milano; ³ RSA Villa San Clemente, Villasanta (MB); ⁴ Residenza San Nicola, Sassari; ⁵ Residenza Famagosta, Milano; ⁶ Direzione Medica Segesta, Gruppo Korian, Milano; ⁷ RSA Villa Azzurra, Terracina (LT); ⁸ RSA Giovanni Paolo II, Melzo (MI); ⁹ RSA Santa Marta, Milano; ¹⁰ Residenza San Giuseppe, Roma

L'invecchiamento della popolazione, lo spostamento della disabilità verso le fasce di età più avanzata, il venir meno del supporto familiare, la maggior complessità clinica dovuta all'aumento della comorbidità somatica ed al peggioramento del quadro di dipendenza con conseguente aumento dei bisogni assistenziali, fanno sì che la tipologia degli anziani ospiti presso le Residenze Sanitarie Assistenziali sia in continua evoluzione

Obiettivo del lavoro è stato di valutare in dieci strutture residenziali del Gruppo Segesta-Korian, le caratteristiche socio-anagrafiche (sesso, età, scolarità), livello di dipendenza (Barthel Index) grado di impairment cognitivo (MMSE), la presenza di disturbi cognitivo-comportamentali (presenza = sì; assenza = no). Infine, abbiamo verificato la presenza delle patologie d'organo o apparato secondo il CIRS indicando, l'"assenza/presenza" di malattia. L'analisi è stata condotta come rilevato della situazione di una giornata campione (15 aprile 2012) considerando validi i punteggi del Barthel Index e Mini Mental State Examination ottenuti da 15 giorni prima a 15 giorni dopo, e il riscontro dei disturbi psicocomportamentali nei 15 giorni precedenti. Sono stati valutati 1053 soggetti con una netta prevalenza di sesso femminile [F = 800 (76%) - M = 253 (24%)], con età media di 83,45 ± 9.36, una scolarità di 7,68 ± 4.10. Il campione era costituito prevalentemente da soggetti cognitivamente deteriorati (MMSE = 12,41 ± 10,29) e con un grado moderato grave di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (Barthel Index = 28,88 ± 28.59). (vd Tabella 1)

Importante la presenza di disturbi del comportamento, spesso multipli, fra i quali spiccano, ansia, aggressività, irritabilità e disturbi del sonno.

Severo il grado di comorbidità somatica, rappresentato soprattutto dalle demenze, patologie urinarie, dell'apparato intestinale, osteoarticolare, sensoriale (impairment visivo ed uditivo), cardiovascolare

Caratteristiche generali della Popolazione studiata		
Soggetti = 1053	F = 800 (76%) - M = 253 (24%)	
Età	83,45 ± 9.36	
Scolarità	7,68 ± 4.10	
Barthel Index	28,88 ± 28.59	
MMSE	12,41 ± 10,29	
Disturbi del Comportamento	Si	No
Delirium	215 (20,4%)	838 (79,6%)
Allucinazioni	109 (10,4%)	944 (89,6%)
Agitazione – Aggressività	387 (36,8%)	666 (63,2%)
Depressione	338 (32,1%)	715 (67,9%)
Ansia	404 (38,4%)	649 (61,6%)
Euforia	36 (3,4%)	1017 (97,6%)
Apatia	245 (23,3%)	808 (76,7%)
Disinibizione	107 (10,2%)	946 (89,8%)
Irritabilità	367 (34,9%)	686 (65,1%)
Anomalie del Moto	427 (40,6%)	626 (59,4%)
Wandering	129 (12,3%)	924 (87,7%)
Disturbi del sonno	359 (34,1%)	694 (75,9%)
Disturbi alimentari	188 (17,9%)	865 (82,1%)
Patologie SOSIA	Si	No
Patologie Cardiovascolari	572 (54,3%)	481 (45,7%)
Iipertensione Arteriosa	643 (61,1%)	410 (38,9%)
Patologia Respiratoria	266 (25,3%)	787 (74,7%)
Patologia OONGL	670 (63,6%)	383 (36,4%)
Patologia Apparato Digerente Superiore	456 (43,3%)	597 (56,7%)
Patologia Apparato Digerente Inferiore	803 (76,3%)	250 (23,7%)
Patologia Fegato e Vie Biliari	110 (10,4%)	943 (89,6%)
Patologia Renale	113 (10,7%)	940 (89,3%)
Patologia Urogenitale	863 (82,0%)	190 (18,0%)
Patologia Muscolo Scheletrica Cutanea	849 (80,6%)	204 (19,4%)
Patologia Neurologica (SNC-SNP)	577 (54,8%)	476 (45,2%)
Patologia Endocrino Metabolica	390 (37,0%)	663 (63,0%)
Patologia Psichiatrica - Demenze	950 (90,2%)	103 (9,8%)

La popolazione ospite delle RSA sono sempre più anziane e dipendenti, ed accompagnate da più problemi clinici contemporaneamente. Il peso della instabilità clinica e dei problemi sanitari sta infatti sempre più caratterizzando le domande di ammissione ai servizi residenziali, anche per la sempre crescente fragilità e dipendenza delle persone dimesse dagli ospedali. Si assiste così ad una sempre maggiore specificità della disabilità nei ricoverati in RSA: persone che diventano disabili per un progressivo cedimento di organi ed apparati, singolarmente non in grado di caratterizzare uno stato di dipendenza ma che, nella concomitanza di problematiche cliniche e sociali determina l'incapacità e la dipendenza. Le RSA si collocano al centro di questo processo e la risposta all'aumento della popolazione anziana non potrà essere solo quella di un incremento quantitativo delle RSA ma dovrà tendere sempre più ad un incremento qualitativo dell'offerta.

176

Analisi dei report delle cadute e degli incident reporting della RSA "S. Pertini" nell'anno 2011 e confronto con i dati dell'anno 2010

M. Vignati¹, M. Bandirali¹, N. Cattaneo¹, D. Clerici¹, R.M. Fabio¹, M. Gasperini¹, L. Boniforti¹, G. Nebuloni¹, D. Castaldo²

¹ Rsa "S. Pertini", Garbagnate Milanese (MI); ² Risk management, Magenta (MI)

Dall'anno 2010 è in uso presso la nostra RSA un nuovo protocollo di raccolta e analisi degli incident reporting. Ottenuto il miglioramento della codifica delle segnalazioni è in uso ora una procedura più attenta di analisi degli eventi con lo scopo di coinvolgere nella progettazione assistenziale gli anzia-

ni ed i loro familiari. Durante lo studio si è progressivamente esteso l'utilizzo dei protettori di anca. Sono state anche analizzati gli eventi fratturativi e la loro evoluzione a 1 anno dall'episodio.

L'obiettivo di questo studio è quello di consentire il più a lungo possibile il permanere di una autonomia nel movimento dei nostri anziani cercando contemporaneamente di ridurre le conseguenze delle loro cadute. Si presume di poter ottenere tale risultato agendo in maniera concentrata: valutazione delle autonomie nel cammino dei soggetti, controllo dell'alimentazione e utilizzo eventuale di integratori alimentari, prescrizione più corretta degli ausili, utilizzo ridotto e monitorato della contenzione fisica e farmacologica, interventi di riabilitazione personalizzati.

Il dato complessivo mostra un lieve decremento del numero complessivo di cadute 207 contro le 215 dell'anno precedente mentre si è incrementata la segnalazione delle cadute al CDI dove nel 2011 sono state valutate anche le cadute avvenute a domicilio. Il numero complessivo degli eventi caduta non ha più raggiunto quello verificatosi nel primo trimestre dello studio nel 2010. L'incidenza degli eventi caduta per 1000 giornate di degenza/ospite è sceso dal valore di 2,7/1000 del 2010 a 2,55 del 2011. Nonostante la riduzione del dato complessivo delle cadute nel 2011 le fratture sono state 13 contro le 6 del 2010, di queste 9 sono state fratture di femore (1 spontanea). Dall'analisi della evoluzione dei casi dei soggetti che hanno subito fratture emerge che 13 fratture di femore su 14 sono state sottoposte a intervento operatorio. A 1 anno dall'intervento solo 2 casi su 13 sono deceduti pari al 15%. Nel breve periodo (3 mesi dall'intervento) la mortalità è pari a 0 e quindi la prognosi infausta nella nostra struttura sembra più collegata all'evoluzione della polipatologia. L'intervento riabilitativo viene effettuato in tutti i casi operati, ma a distanza di 1 anno dalla frattura solo il 7,6% dei soggetti continua a deambulare autonomamente. La cosiddetta "post fall

syndrome” sembra insomma colpire tutti gli stakeolder in struttura e questo condiziona un precauzionale “ritiro” all'utilizzo della carrozzina.

Sono stati prescritti hip protectors a 39 soggetti complessivamente. 2 di questi hanno già abbandonato l'utilizzo del presidio, uno per decesso ed 1 per prescrizione di carrozzina. Al momento della stesura del presente lavoro, nessuno dei soggetti portatori del presidio ha subito fratture a seguito di caduta. L'utilizzo dei protettori d'anca è stato apprezzato da parte dei familiari e non ha incontrato resistenze particolari da parte degli ospiti.

177

I nuovi vecchi

R. Borri, E. Aprile, A. Ramaioli

Pavia

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un importante cambiamento dell'utenza che accede alle RSA, sia a causa di fattori economici che sociali. Ora nelle liste di attesa vi sono essenzialmente anziani pluripatologici, spesso molto compromessi, e soggetti affetta da demenza con gravi turbe del comportamento. Vi è stato un aumento di pazienti neoplastici che non trovano in tempi utili locazione presso strutture dedicate (hospice). Negli ultimi anni poi vi è stata apertura delle RSA stesse a nuove tipologie di utenti come stati vegetativi, SLA, caratterizzati da elevate richieste assistenziali. Sono in netto aumento anche le dimissioni, ma spesso per trasferimento ad altra RSA. Il turn-over nelle RSA risulta essere aumentato, con minor durata della degenza media, aumento della mortalità, oltre che della morbosità, e aumento del numero di ingressi nell'anno. L'equipe assistenziale deve adeguarsi a tali cambiamenti.

Nel corso dell'anno 2011 nella nostra RSA, che accoglie 97 ospiti, tra cui stati vegetativi e SLA, abbiamo avuto 66 ingressi, di cui 35 deceduti nello stesso anno. Di questi 30 sono deceduti in RSA, 5 in ospedale dopo trasferimento per evento acuto (2 infarti, 1 embolia polmonare, 1 necrosi intestinale massiva, 1 coma improvviso in neoplasia cerebrale metastatica). Dei 35 deceduti 27 hanno avuto un ricovero inferiore ai 60 giorni con durata media 19,5 giorni (range 1-55), solo 8 sono rimasti in media 4 mesi prima del decesso (range 2-8). Eseguite 8 dimissioni per rientro al domicilio, dopo ricoveri medi di circa tre mesi e mezzo (range da 1-8), 4 dimissioni per trasferimento ad altra RSA. Tutto ciò ha portato un cambiamento nelle necessità degli ospiti che ormai, secondo il nostro parere, richiede anche modifiche della composizione dell'equipe assistenziale: l'attuale minutaggio dovuto dall'equipe multi professionale non è in grado di soddisfare le aumentate esigenze, sarebbe più opportuno poter tornare ad un minutaggio assistenziale per figura professionale, più facile da rilevare a seconda delle classi e degli indicatori di gravità, e che impedirebbe l'attuale tendenza di alcune RSA a “riempire” tali minuti con la presenza di personale meno qualificato (ASA) e pertanto meno costoso. Ad esempio, alcune strutture non hanno assistenza infermieristica notturna, per loro non è possibile ricoverare ospiti da broncoaspirare o con NET o terapie infusive continuative o gestire eventi acuti intercorsi senza ricorrere al ricovero ospedaliero. Sarebbe inoltre auspicabile una “specializzazione” delle RSA nella gestione di alcune tipologie di ospiti (come avviene per gli stati vegetativi che vengono assegnati dalla ASL), in base alle caratteristiche strutturali e al personale presente per realizzare la migliore assistenza al minor costo e per ottenere la migliore qualità di vita per l'anziano ricoverato.

178

Condizioni associate con il rientro al domicilio da strutture di post acuzie in pazienti anziani

G. Fonte¹, E. Horjeti², G.L. Isaia³, C. Merlo², M. Bo²

¹ SSCVD Dimissione Protetta Post Acuzie, † SCDU Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista Torino, Torino; ² SCDU Geriatria Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista, Torino; ³ SC Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi, Orbassano (Torino), Torino

Le strutture di post-acuzie dovrebbero agevolare il passaggio dei pazienti, soprattutto anziani, dall'ospedale al domicilio. Sebbene diversi studi abbiano

investigato le problematiche alla dimissione dall'ospedale, vi sono pochissimi dati sulle difficoltà alla dimissione al domicilio di pazienti anziani da parte di queste strutture. In questo studio abbiamo valutato la prevalenza e le condizioni associate all'impossibilità al rientro al domicilio di pazienti anziani ricoverati in strutture di post-acuzie per problematiche mediche.

Questo studio prospettico, osservazionale, è stato condotto presso il servizio di Dimissione Protetta di Post-Acuzie dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista di Torino, su pazienti anziani consecutivamente ammessi provenienti da reparti di Medicina o Geriatria dell'ospedale. La valutazione complessiva multidimensionale standardizzata condotta in ogni paziente comprendeva variabili demografiche, cliniche, funzionali (indice di Barthel, BI, Attività Strumentali Quotidiane, IADL), psico-cognitive (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ), nutrizionali (Mini Nutritional Assessment, MNA), di comorbilità (Cumulative Illness Rating Scale, CIRS), di severità della compromissione fisiopatologica acuta (Acute Physiology and Chronic Health Point Evaluation, APACHE II), e di carico assistenziale per il caregiver (Caregiver Burden Index, CBI). L'outcome era rappresentato dalla tipologia di dimissione e delle variabili associate alla possibilità di rientro al domicilio.

Tra i 171 pazienti (101 women, mean age 82.8 ± 10.5 years) ricoverati nel servizio di Post-Acuzie nel periodo di osservazione, 151 sono stati dimessi vivi e, di questi, 64 (42.4%) sono stati dimessi al proprio domicilio. Un basso punteggio di stress per il caregiver (CBI) ed un miglior stato funzionale misurato mediante BI sono risultati indipendentemente associati alla possibilità di rientro al domicilio. La dipendenza nelle attività strumentali del vivere quotidiano (IADL), verosimile surrogato di necessità di sorveglianza continua, e la severità delle comorbilità (CIRS) sono risultate a loro volta indipendentemente associate al carico assistenziale per il caregiver. Meno della metà dei pazienti anziani che accedono ad una Post-Acuzie dopo un ricovero ospedaliero viene dimesso al proprio domicilio. Un elevato carico assistenziale per il caregiver ed una bassa autonomia funzionale nelle attività quotidiane sono indipendentemente associate con la difficoltà alla dimissione al domicilio in questi pazienti. A sua volta, lo stress del caregiver appare primariamente determinato dalla severità delle comorbilità e dalla perdita di autonomia strumentale del paziente. Questi risultati suggeriscono di includere e valutare precocemente lo stress del caregiver nei protocolli per la dimissione dei pazienti anziani.

179

Progetto odontostomatologico operativo e didattico per gli operatori e gli ospiti del day hospital dell'Istituto Geriatrico P. Redaelli di Milano

U.M. Giarante, R. D'Angelo, A. Grillo, S. Fabbrini, T. Suardi

Istituto Geriatrico “Piero Redaelli”, Milano

Presso l'Istituto P. Redaelli di Milano è attivo un ambulatorio odontoiatrico. Dal gennaio 2012 è iniziato un progetto che affianca alle quotidiane attività odontoiatriche, una didattica continua rivolta al personale e agli ospiti del DH. Fornire agli operatori i necessari strumenti culturali per collaborare alle manovre di igiene orale, in modo da garantire con continuità l'efficacia delle prestazioni effettuate dallo specialista.

Nel semestre considerato sono state effettuate 320 prestazioni. 76 delle quali sono state visite di nuovi ingressi RSA o controlli in soggetti già ospiti in RSA. Sono stati individuati pazienti ai quali è stata praticata l'ablazione del tartaro e impartite istruzioni per l'igiene orale. 244 visite sono state richieste dai reparti IDR e RSA.

Sono stati presenti alle lezioni 129 operatori, così ripartiti per reparto: GP0 = 8; 2Palazzina (PI) = 8; 2A = 11; GP3 = 7; 3A = 9; Hospice e 1A = 7; 2B = 9; 1B = 11; 1PL = 8; 3B = 10; GP1 = 15; GP2 = 12; 3PI = 8; Day Hosp. = 6 operatori e 15 degenti.

L'impreparazione di alcuni operatori alle sedute formative ha stimolato ad aumentare il numero delle lezioni e argomenti trattati. L'impiego della proiezione di immagini nei reparti e la distribuzione di manuali sull'igie-

ne della bocca, ha permesso di argomentare sui problemi orali al fine di stimolare personale e ospiti alle manovre di igiene e quindi prevenire le infezioni crociate.

Sono state consegnate schede riassuntive degli argomenti e un questionario anonimo con 26 domande con risposte a scelta multipla da restituire entro 20 giorni. Il questionario aveva lo scopo di far riflettere sull'importanza degli argomenti trattati, di verificare l'efficacia della didattica nel tempo, di individuare gli indici di apprendimento.

Gli infermieri hanno organizzato momenti di riflessione per accertare che le risposte fossero il frutto del confronto ideativo e costruttivo tra gli operatori. Ci proponiamo di proseguire l'attività formativa; di coinvolgere altri specialisti in grado di trattare argomenti di interesse geriatrico, utili per la cura degli ospiti e per la prevenzione e la cura degli operatori e delle loro famiglie. Dal prossimo settembre 2012 la parte teorica del progetto sarà integrata da una pratica sulle manovre di igiene orale e protesica soprattutto nei non autosufficienti. In questo modo verrà stimolata la cura della persona e si verificherà l'attenzione, l'attitudine e la manualità del personale nell'introduzione, la rimozione e la pulizia dei manufatti protesici ed il loro riconoscimento.

180

Addestramento alla dimissione a domicilio

C. Coppa, E. Borriore, B. Debernardi

ASL BI, Biella

La durata e la complessità di un ricovero, impongono che la pianificazione della dimissione per essere efficace debba iniziare fin dall'ammissione del paziente nell'unità operativa. La geriatria post- acuzie del dipartimento ospedale territorio - ASL BI, prevede ricoveri a medio- lungo termine per il recupero dell'autonomia o per permettere il rientro a domicilio o l'inserimento del paziente in strutture residenziali.

I nostri dati, hanno dimostrato che il 30% dei pazienti nel 2010 e il 35% nel 2011 vengono dimessi in prima istanza a domicilio con significative esigenze di tipo assistenziale.

Per garantire anche ai pazienti più complessi un più idoneo rientro a domicilio, si è reso indispensabile creare un'apposita scheda che permetta di effettuare un programma di addestramento volto a famigliari e badanti al fine di renderli autonomi nella gestione dei bisogni assistenziali del proprio congiunto, e consenta l'inserimento di altri professionisti nella presa in carico (dietista, enterostomista, infermiera esperta nella gestione delle tracheotomie) così da creare un team multidisciplinare che collabori per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Da circa un anno, sono stati trattati più di una decina di casi. All'ingresso in reparto si identifica una potenziale dimissione problematica e attraverso un colloquio informale con i famigliari si definisce chi sarà disponibile ad effettuare l'addestramento. Si pianificano date e orari degli incontri e successivamente analizzando le problematiche clinico/assistenziali del paziente, vengono identificati i bisogni del paziente.

Si esplicita l'infermiere responsabile del percorso fino alla dimissione alla quale spetterà la certificazione finale riguardante il raggiungimento degli obiettivi formativi e di conseguenza l'autonomia gestionale del care-giver.

Ad oggi tutti gli interventi sono andati a buon fine e sono stati monitorati nel tempo a domicilio constatando come il metodo utilizzato (la scheda di addestramento) sia effettivamente valido ed efficace.

Alla luce di ciò si può affermare che gestire una dimissione per quanto possa sembrare semplice e banale, in realtà è un percorso che va pianificato, organizzato e valutato minuziosamente. E se da un lato prevede un cospicuo impiego di risorse ed energie, il lavoro sinergico di più figure a partire dall'infermiera case-manager (che si occupa della dimissione mantenendo i contatti con gli infermieri dei distretti) fino al team multidisciplinare che si fa carico dell'addestramento del care-manager non può che giovare sia alla qualità assistenziale erogata ogni giorno sia al favorire un più idoneo rientro a domicilio, riducendo così le ricadute in termini di costi, risorse e nuove ospedalizzazioni.

181

Appropriatezza della Valutazione Multidimensionale Geriatrica nella dimissione protetta dell'anziano verso e dalla Unità Operativa di Lungodegenza

A. Grippa¹, F. Caronzolo¹, R. Grasso¹, A. Granata¹, G. Gaglio¹, F. D'Amico²

¹ Unità Operativa Complessa Geriatria e Lungodegenza, Presidio Ospedaliero Patti, Azienda Sanitaria Provinciale Messina; ² Unità Operativa Complessa Geriatria e Lungodegenza, Presidio Ospedaliero Patti, Coordinamento Attività Geriatriche, Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Alla UO di Lungodegenza postacuzie afferiscono anziani con fragilità e disabilità che dopo la fase acuta di malattia presentano bisogni di nursing, assistenza e riabilitazione.

Obiettivo generale dello studio è dimostrare come il team multidisciplinare integrato e la metodologia della Valutazione Multidimensionale Geriatrica possano governare l'eleggibilità del paziente geriatrico all'assistenza continuativa verso e dalla UO di Lungodegenza. Obiettivo specifico è rendere appropriato il Piano Assistenziale Individuale (PAI) per i pazienti afferenti e dimessi nella UO Lungodegenza. Nel PO di Patti è stata costituita una Unità di Valutazione Ospedale Territorio Integrata - UVOTI (con Dirigente Medico Geriatria Ospedaliero-Territoriale, Infermiere Ospedaliero, Assistente Sociale Territoriale e Dirigente Medico Territoriale) che governa la dimissione protetta dei pazienti anziani degenti nelle UU.OO. al fine di definire l'eleggibilità del paziente anziano verso i nodi della rete geriatrica (Casa, ADI, RSA, UO Lungodegenza). L'UVOTI si serve della analisi multidimensionale SVAMA, implementata da specifici strumenti di valutazione multidimensionale: CIRS, Barthel Index, MMSE, GDS, MNA, Norton Scale.

L'UVOTI ha valutato nel periodo Gennaio 2010-Dicembre 2011 n.403 pazienti anziani degenti nelle UU.OO. mediche e chirurgiche del PO di Patti. Del campione valutato sono risultati: n.50 soggetti dimessi a casa; n.54 anziani non stabilizzati meritevoli di assistenza nelle UOC Ospedaliere per malattie acute; n. 43 anziani eleggibili all'ADI Geriatrica; n.31 soggetti eleggibili alla Riabilitazione territoriale; n.12 soggetti eleggibili all'ADI Palliativa; n.68 soggetti eleggibili alla RSA; n.145 anziani eleggibili alla UO Lungodegenza. In questo ultimo setting assistenziale le patologie prevalenti erano: Ictus cerebrale (41%), Frattura di femore (38%), Scompenso cardiaco(13%), Infezioni respiratorie (6%), Neoplasie (2%). Alla dimissione dalla UO Lungodegenza l'UVOTI ha rivalutato i pazienti misurando le capacità motorie, l'autonomia funzionale, la complessità clinica, e ha governato la dimissione protetta assegnando il paziente anziano alla rete dei servizi, per cui sono risultati: n.59 soggetti dimessi a casa; n.29 soggetti eleggibili all'ADI Geriatrica; n.29 anziani eleggibili alla RSA; n.18 soggetti deceduti; 10 anziani trasferiti in altre UU.OO. ospedaliere. Dei soggetti dimessi dalla UO Lungodegenza n.12 anziani(9,7%) sono stati bisognosi di altro ricovero ospedaliero a 2 mesi dalla dimissione protetta.

L'analisi dei risultati ha evidenziato come l'appropriatezza della eleggibilità da parte della UVOTI del paziente verso l'UO di Lungodegenza e dall'UO di Lungodegenza verso altri luoghi di cura può far raggiungere gli outcomes del piano assistenziale individuale, garantendo un profilo di continuità assistenziale ad anziani con comorbilità e disabilità, implementando la riabilitazione motoria, migliorando la qualità di vita e prevenendo la riospedalizzazione.

182

Il Centro Sociale Residenziale come soluzione abitativa per l'anziano: risultati preliminari di uno studio osservazionale sugli ospiti

A. Morriore¹, G. Maciocco², L. Biotti³, G. Mazzoni², M. Di Bari¹, N. Comodo², E. Mossello¹

¹ Unità Funzionale di Geriatria e Gerontologia, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze, Firenze; ² Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, Università di Firenze, Firenze; ³ Centro Sociale Residenziale, Comune di Lastra a Signa, Firenze, Lastra a Signa

Il Comune di Lastra a Signa (FI), ha creato 31 anni fa un modello residenziale rivolto ad anziani senza disabilità conclamata, il Centro Sociale Residenziale (CSR), che è rimasta un'esperienza isolata nelle sue peculiarità: la valorizzazione della libertà personale, dell'autonomia e dell'autosufficienza dei residenti, le relazioni sociali con la comunità esterna, la rete amicale associata al supporto della famiglia permettono l'instaurarsi di rapporti solidali capaci di rendere possibile la gestione quotidiana ed il superamento dei momenti di difficoltà.

Lo scopo del presente studio osservazionale, promosso dall'Università degli Studi di Firenze, in collaborazione con il Comune di Lastra a Signa (FI) e con il supporto della Regione Toscana, è quello di valutare lo stato di salute complessivo dei residenti e in particolare la capacità del CSR di ospitare persone con problematiche di diverso tipo.

Ogni residente del CSR è stato sottoposto ad una valutazione del livello di autonomia (Basic Activities of Daily Living- BADL; Instrumental Activities of Daily Living- IADL), del livello cognitivo (Mini Mental State Examination- MMSE), del tono dell'umore (Geriatric Depression Scale- GDS), della performance degli arti inferiori (Short Physical Performance Battery- SPPB) e della polipatologia (Charlson Index).

Nel periodo compreso tra il primo Febbraio ed il 30 Giugno 2012 sono stati arruolati 65 residenti su 70 (93%) con un'età media di 78 ± 9 (range 50-98), di cui il 63% donne. Il 34% era residente nel CSR da più di 10 anni. Il numero medio di attività perse era $1,2 \pm 1,4$ per le BADL e $2,5 \pm 3,1$ per le IADL; solo il 42% dei residenti è risultato totalmente autonomo nelle BADL. Il 39% dei residenti otteneva un punteggio < 24 al MMSE, indicativo della presenza di decadimento cognitivo, e il 37% presentava alla GDS un punteggio $> 5/15$, indicativo di sintomatologia depressiva. Il 45% dei residenti otteneva un punteggio < 10 alla SPPB, suggestivo di una riduzione della performance degli arti inferiori, e l'88% dei residenti risultava affetto da almeno una patologia cronica. In analisi multivariata, i predittori di disabilità nelle BADL sono risultati un punteggio ridotto alla SPPB ($b = -0,197, p < 0,001$) ed un punteggio elevato alla GDS ($b = 0,105, p < 0,013$); i predittori di disabilità nelle IADL sono invece risultati un'età avanzata ($b = 0,106, p = 0,03$), un punteggio ridotto al MMSE ($b = -0,289, p < 0,001$), un punteggio elevato alla GDS ($b = 0,198, p = 0,02$) ed un punteggio ridotto alla SPPB ($b = -0,205, p = 0,02$).

Il CSR risulta capace di ospitare anche anziani con parziale disabilità, associata sia a disfunzione motoria che a decadimento cognitivo. Tale soluzione abitativa potrebbe quindi risultare un valido modello residenziale, senza impatto sulla spesa sanitaria, potenzialmente in grado di ridurre il ricorso ai servizi socio-sanitari. Ospitando inoltre un'elevata percentuale di soggetti a rischio di disabilità, potrebbe essere inoltre sede di interventi di prevenzione.

In setting istituzionali tale popolazione è spesso vittima di abusi sessuali ma anche ad elevato rischio di divenire essa stessa responsabile di abusi nei confronti di vittime quali i bambini. Pertanto, la mancanza di attenzione alle necessità fisiologiche degli anziani può essere dannosa non solo per la salute del soggetto stesso ma anche di coloro che vivono con essi. Sulla base dei dati del Dipartimento degli Affari Interni per il periodo 2004-2010, gli anziani sono responsabili di abuso sessuale su minori per circa un quinto del totale di abusi sessuali perpetrati. Le ragioni alla base di tale comportamento sessuale ed in particolare di tali abusi nei confronti dei bambini rappresenta ancora un problema irrisolto, non essendo ancora chiaro se tale fenomeno debba essere ascritto alla "senilità" o alla "pedofilia".

Per la prima volta è descritto un caso di abuso sessuale perpetrato da un paziente istituzionalizzato nei confronti di un minore in visita. Un uomo di 70 anni residente presso una casa di riposo fu accusato di abuso sessuale nei confronti di una bambina di 6 anni recatasi in visita dalla nonna. L'uomo soffriva di morbo di Parkinson da diversi anni, ed era in trattamento con L-Dopa. Inoltre, assumeva un neurolettico atipico, la quetiapina fumarato, per il controllo di disturbi comportamentali (gambling) insorti in corso di trattamento.

L'analisi delle tracce di DNA sugli abiti della bambina risultò negativa per liquido seminale ma evidenziò un profilo di DNA compatibile con quello del paziente.

L'uomo fu giudicato colpevole per abuso sessuale e condannato a 5 anni di carcere.

Fu anche portata avanti un'azione legale contro lo staff della casa di riposo per inadeguata sorveglianza del paziente.

Gli anziani sono spesso vittime misconosciute di abuso sessuale, ma sono anche responsabili di abusi nei confronti di soggetti più vulnerabili come bambini o anziani coresidenti. Malattie mentali e disturbi cognitivi (correlati a demenza, ad altri fattori neurologici o iatrogeni), così come una serie di problemi in aggiunta a comportamenti patologici (ad es. pedofilia) sono solo alcuni dei fattori che possono portare a tali condotte.

Pertanto, se è importante comprendere a fondo i fattori che portano al maltrattamento degli anziani e agli abusi sia in ambito familiare che in setting di cura, dall'altra parte i caregiver hanno la responsabilità di assicurare la salvaguardia degli anziani non autonomi e proteggerli dagli abusi che possano subire, ma anche di assicurarsi che essi stessi non siano responsabili di abusi nei confronti delle persone con cui vivono o con cui vengono a contatto.

183

Paziente anziano istituzionalizzato: vittima o persecutore? Un caso clinico

G. Corbi¹, I. Grattagliano⁴, D. Sallustio², R. Catanesi⁴, N. Ferrara¹, G. Yorston³, C.P. Campobasso¹

¹ Dpt di Medicina e Scienze per la Salute, Università del Molise, Campobasso; ² Polizia Italiana di Stato, Direzione Centrale Anticrimine, Roma; ³ Centro per l'Invecchiamento e la Salute Mentale, Staffordshire University, Stafford; ⁴ Sezione di Criminologia Clinica e Psichiatria Forense, Università "Aldo Moro" di Bari, Bari

Lo stress, nel contesto della relazione paziente-caregiver è noto essere un fattore di rischio per abuso su anziani sia in setting familiari che istituzionali. Comunque, il fenomeno degli anziani responsabili di abusi sessuali è spesso misconosciuto e particolarmente com-

Tab. I. Distribuzione degli anziani responsabili di abusi sessuali per range di età dal 2004 al 2010 in Italia (adattato dal Dipartimento Italiano degli Affari Interni).

		A) Abusi sessuali su minori ed adulti								
Sesso	Età	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Casi Totali	Casi per Anno
F	65-70	7	6	3	1	1	4	3	22	3.14
	71-87	1			1		1		3	0.43
M	65-70	131	128	108	129	123	128	114	861	123
	71-89	130	117	128	160	169	173	145	1022	146

		B) Abusi sessuali su minori								
Sesso	Età	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Casi Totali	Casi per Anno
F	61-67		3	1		1	2	1	8	1.14
	>67									
M	65-70	39	28	21	24	20	25	24	181	25
	71-89	30	24	32	34	30	27	32	209	29

184

La continuità di cura nella dimissione ospedaliera da un reparto di geriatria per acuti: l'esperienza maturata presso il Comprensorio Sanitario di Bolzano

F. Sleghe, C. Kirchlechner, J. Burth, G. Sölva, F. Ebner, A. Felici, G. Lunelli, S. Pavan, A. Böttcher, F. Segala, A. March

Reparto di Geriatria, Comprensorio Sanitario di Bolzano, Bolzano

Nel 2008 un gruppo di lavoro costituito da Geriatri, Medici del Territorio, Infermieri e Assistenti Sociali ha definito i "criteri minimi per la dimissione protetta" da utilizzare in tutta l'Azienda Sanitaria di Bolzano.

Scopo dello Studio è stato quello di valutare nei soggetti anziani fragili l'utilità della suddetta procedura di dimissione.

Materiali e metodi. I nostri "criteri minimi per la dimissione protetta" prevedono che il fabbisogno assistenziale sia inquadrato in: 1) primo grado se il paziente è autonomo; 2) secondo grado se l'assistenza viene assicurata attraverso l'intervento di un servizio territoriale (infermieristico, medico o sociale); 3) terzo grado dove l'assistenza post-dimissione è assicurata da due o più servizi territoriali (infermieristico, medico, sociale). Sono stati così valutati all'ingresso 1960 pazienti consecutivamente ricoverati in Geriatria tra aprile 2010 e marzo 2011. Contemporaneamente è stato rilevato per ciascun paziente pure il BRASS Index, strumento riconosciuto per identificare i pazienti a rischio di dimissione. Di ciascun paziente abbiamo raccolto anche i seguenti dati: età, sesso, destinazione alla dimissione, durata della degenza e mortalità a un anno.

Risultati. Dei 1960 pazienti analizzati 737 sono maschi con età media $84,6 \pm 5,5$ e 1223 sono femmine di età media $84,7 \pm 5,5$ aa. All'ingresso il fabbisogno di supporto assistenziale è stato valutato come di primo grado in 534 soggetti (257 maschi e 336 femmine), di secondo grado in 577 soggetti (221 maschi e 381 femmine) e di terzo grado in 759 soggetti (255 maschi e 504 femmine). Il BRASS Index rilevato all'atto del ricovero ha un valore medio di $8,2 \pm 4,61$ per i soggetti inquadrati come primo grado di fabbisogno assistenziale, di $14,57 \pm 3,69$ per il secondo e di $25,5 \pm 4,48$ per il terzo grado di fabbisogno assistenziale. Una rivalutazione è stata eseguita alla dimissione (degenza media 9 ± 6 giorni indipendentemente dal grado di fabbisogno) nei 1756 soggetti sopravvissuti (640 maschi e 1114 femmine) e ha dimostrato valori sostanzialmente sovrapponibili a quelli iniziali. Alla dimissione 1307 (75%) soggetti sono stati inviati al proprio domicilio, 159 (9%) sono stati trasferiti in reparti per post-acuti e infine 286 (16%) sono stati accolti in RSA. Nel corso del primo anno abbiamo riscontrato una mortalità ospedaliera del 10,4% e post-dimissione del 10,5%; nel 75% dei decessi (155 paz.) si trattava di soggetti inquadrati con il terzo grado di fabbisogno di assistenziale (v.m. Brass $25,5 \pm 4,48$).

I dati raccolti sembrano confermare l'utilità della nostra procedura per riconoscere gli anziani fragili a rischio di dimissione difficile e permettere un precoce discharge planning. L'identificazione precoce del bisogno di "dimissione protetta" è in grado di ridurre la degenza ospedaliera di anziani fragili con elevata comorbidità e di indurre a un miglior utilizzo delle risorse.

185

L'entità del problema disfagia in RSA: valore del Bedside Swallowing Assessment come test di screening e relazione con l'incidenza di infezioni respiratorie

F. Arenare¹, S. Fabbrini¹, N. Bongiorno¹, M.C. Gandolfi¹, S. Garolfi¹, M. Grimoldi¹, D. Kanah¹, P. Vianello¹, P. Nari¹, A. Grillo¹

¹ASP Golgi Redaelli, Milano

La disfagia orofaringea è una condizione di comune riscontro nell'anziano, con un'incidenza crescente con l'età parallelamente all'incidenza di infezioni respiratorie, che vedono gli episodi di aspirazione orofaringea tra i principali meccanismi patogenetici. La fibroscopia rappresenta il gold standard

per la valutazione della deglutizione; tuttavia l'impossibilità di eseguire tale esame a tutti gli anziani con sospetta disfagia ha portato alla validazione di test di screening più semplici ed economici, quale il test della deglutizione dell'acqua al letto del paziente (BSA).

Scopo del lavoro vuole essere una valutazione epidemiologica della disfagia attraverso un test di screening semplice e pratico, con attenzione alla possibile influenza di questa condizione sullo stato di salute complessivo di un campione di anziani ospiti dell'Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Milano. Verrà inoltre valutata la capacità del test impiegato di predire l'incidenza di episodi infettivi respiratori. A tale scopo abbiamo considerato i soggetti ospiti RSA del nostro Istituto al 30.03.2012. Di questi soggetti abbiamo considerato sesso, età, sopravvivenza in RSA, comorbidità, terapia farmacologica con particolare attenzione alla presenza di farmaci con potenziale influenza sullo stato di coscienza e sulla capacità di deglutizione (benzodiazepine, inibitori del reuptake della serotonina, risperidone, aloperidolo, quetiapina), stato nutrizionale, indice di Barthel. La presenza di un disturbo della deglutizione è stata valutata con il test di deglutizione dell'acqua, di agevole esecuzione anche al letto del paziente. Di ogni paziente è stato quindi considerato retrospettivamente il numero di episodi infettivi delle vie respiratorie nei 6 mesi precedenti la valutazione.

Sono stati presi in esame 152 pazienti, 43 di sesso maschile e 109 di sesso femminile, con un'età media di 82 anni e un valore mediano di sopravvivenza di 3,8 anni. L'indice di Barthel ha presentato un valore medio di 27/100, indicativo di una popolazione complessivamente fragile. La presenza di un BSA suggestivo per disturbo della deglutizione permetterà di stimare la reale prevalenza di questa condizione clinica all'interno della popolazione studiata. Verrà inoltre presa in esame l'esistenza di una eventuale relazione tra i diversi indicatori di salute clinico-funzionale e la presenza di disfagia al test della deglutizione, come pure la possibile associazione tra disturbo della deglutizione al BSA e numero di infezioni respiratorie documentate all'analisi retrospettiva.

L'analisi dei dati potrà rappresentare un utile strumento per meglio caratterizzare il "problema" disfagia in un campione di popolazione anziana istituzionalizzata. Sarà inoltre possibile chiarire l'eventuale correlazione esistente tra positività del BSA e incidenza di episodi infettivi respiratori, che della disfagia rappresentano una frequente e temibile complicanza.

186

Revisione delle prescrizioni farmacologiche alla luce dei criteri di Beers: relazione fra appropriatezza prescrittiva e stato di salute in un campione di popolazione anziana ospite di RSA

F. Arenare, N. Bongiorno, S. Fabbrini, M. Grimoldi, M.C. Gandolfi, S. Garolfi, P. Nari, D. Kanah, P. Vianello, A. Grillo

ASP Golgi Redaelli, Milano

L'elevato grado di comorbidità e di disabilità obbliga di frequente le persone anziane ad assumere un numero elevato di farmaci. In condizioni di particolare fragilità questa popolazione può tuttavia risentire in modo marcato degli effetti indesiderati e della tossicità della politerapia, rendendo molto difficoltoso il raggiungimento di un adeguato equilibrio tra rischi e benefici. Il rischio di reazioni farmacologiche avverse è ben noto e già scientificamente affrontato da M. H. Beers con la produzione di specifici criteri terapeutici per i soggetti anziani.

Il presente lavoro, che ha come premessa la revisione sistematica di tutte le prescrizioni farmacologiche degli ospiti RSA dell'Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Milano, si pone come obiettivo la ricerca di eventuali prescrizioni classificate come inappropriate in base ai criteri citati. Di tutti i pazienti saranno inoltre considerate le condizioni di salute al momento della rilevazione, sia in termini clinico-funzionali sia da un punto di vista assistenziale e socio-relazionale.

Allo scopo sono stati considerati tutti gli ospiti RSA degenti presso l'Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Milano al 30.03.2012. Per un totale di 305

soggetti, dei quali 86 di sesso maschile e 219 di sesso femminile, con un'età media di 82 anni e un valore mediano di sopravvivenza di 3,8 anni, abbiamo considerato il numero e la tipologia dei farmaci prescritti, verificandone l'appropriatezza prescrittiva (criteri di Beers). Come indicatori dello stato di salute abbiamo valutato: comorbidità; stato nutrizionale con lo strumento MUST; stato cognitivo con il MMSE, grado di autonomia funzionale con l'indice di Barthel e la scala di valutazione IADL. Tra gli indicatori di complessità assistenziale è stata considerata la presenza di catetere vescicale, decubiti, PEG/SNG. Come indicatori di relazione sono stati impiegati: la frequenza di visita da parte dei familiari di riferimento e la partecipazione alle attività di animazione. Di questa popolazione verrà analizzata l'appropriatezza di prescrizione farmacologica, nonché la possibile relazione tra eventuali prescrizioni classificate come inadeguate e indicatori di salute e di complessità assistenziale. Seguiranno le riflessioni e le conclusioni sviluppate dall'ulteriore elaborazione dei risultati.

Una revisione critica delle prescrizioni farmacologiche maggiormente diffuse nella popolazione anziana potrà essere un utile strumento per individuare e possibilmente correggere eventuali condizioni di particolare rischio ascrivibili ad uno o più effetti farmacologici avversi e pertanto potenzialmente evitabili, nel rispetto dell'antica norma ipocratica "primum non nocere" che nella cura dell'anziano e in special modo dell'anziano fragile riveste particolare importanza.

187

Correlazione tra Multidimensional Prognostic Index (MPI), iperomocisteinemia e deficit di vitamina D in anziani istituzionalizzati

A. Chiarello, S. Jabali, C. Lanzani, M. Monella, M. Bassetti, M. Zappella, A. Marconi
RSA Fondazione Opere Pie Riunite G.B., Romando di Lombardia (BG)

La fragilità viene definita come una condizione dinamica di aumentata vulnerabilità, è associata ad aumentato rischio di istituzionalizzazione e morte.

Recentemente è stato validato nell'anziano ospedalizzato il Multidimensional Prognostic Index (MPI), uno strumento prognostico di mortalità basato sulla esecuzione di una valutazione multidimensionale (VMD). Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di testare l'MPI su una popolazione di anziani residenti in RSA e correlare i valori ottenuti di MPI di grado moderato e severo con i livelli plasmatici di Omocisteina e Vitamina D.

A tale proposito sono stati arruolati nel mese di Gennaio 2012 i 45 ospiti n°: 15 maschi (34%) e 30 femmine(66%), residenti nella RSA Fondazione G.B. Rubini, di età compresa tra 59 e 94 anni (età media: 82,64). A tutti è stato somministrato l'MPI, che è basato su un algoritmo matematico, includente informazioni ottenute da strumenti di VMD relativi ad 8 domini: 1) ADL; 2) IADL; 3) Stato Cognitivo con lo Short Portable Mental Status Questionnaire; 4) Stato Nutrizionale con il Mini Nutritional Assessment; 5) il rischio di Lesioni da Pressione con la Scala di Exton-Smith; 6) la Comorbidità con la CIRS; 7) il numero di farmaci assunti; 8) lo stato abitativo. L'MPI ha dimostrato una eccellente accuratezza prognostica per mortalità a breve (1 mese) ed a lungo termine (1 anno). È diviso in 3 gradi di rischio di mortalità: basso (MPI-1, da 0 a 0,33), moderato (MPI-2, da 0,34 a 0,66) e severo (MPI-3 da 0,67 a 1,0). Inoltre, abbiamo effettuato il dosaggio plasmatico di Omocisteina e Vitamina D.

Dei 45 ospiti esaminati 16 presentavano MPI di grado moderato (0,38-0,62), 29 MPI di grado severo (0,69-0,94). Dei 16 con MPI moderato: 14 avevano un valore di Omocisteina plasmatica elevato (> di 12 micromol/l) e 2 valori normali (< a 12 micromol/l). Dei 29 con MPI severo: 21 presentavano un valore di Omocisteina elevato (> di 12 micromol/l) ed 8 valori normali (< a 12 micromol/l). Inoltre, abbiamo anche correlato il valore di MPI con i valori plasmatici di Vitamina D. Dei 16 con MPI moderato: 12 presentavano deficit severo (Vit. D < a 10 ng/ml); 2 deficit moderato (Vit. D tra 10 e 20 ng/ml); 2 valori normali (Vit. D tra 30 e 150 ng/ml). Dei 29 con MPI di grado

severo: 23 presentavano deficit severo (Vit. D < a 12 ng/ml); 2 deficit moderato (Vit. D tra 10 e 20 ng/ml); 1 insufficienza (Vit. D tra 21 e 29 ng/ml) ed infine 3 valori normali (Vit. D tra 30 e 150 ng/ml).

Il nostro lavoro dimostra, che esiste una correlazione significativa tra valori di MPI di grado moderato e severo, elevati livelli di Omocisteina e deficit di Vitamina D; pertanto, va incoraggiato l'uso dell'MPI ed il dosaggio di Omocisteina e Vitamina D, come marker di fragilità, disabilità e prognosi a breve termine in Anziani Istituzionalizzati

188

L'appropriatezza delle richieste di ricovero nella Lungodegenza Riabilitativa dell'Ospedale di Noale

P. Piccione, M. Sevola, G. Voltan, F. Vescovi, P. Corrà, R. Centomo

U.O.C. Lungodegenza Riabilitativa, Ospedale P.F. Calvi. Azienda ULSS 13 del Veneto, Noale (VE)

Nell'ambito delle attività sanitarie il concetto di appropriatezza è strettamente connesso con quello di qualità dell'assistenza e ne rappresenta il principale parametro. Consiste nella capacità di adottare una scelta decisionale in grado di determinare un'azione (ad es. un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale) tale da realizzare il miglior effetto possibile in una determinata situazione. L'appropriatezza coincide con l'azione indicata nel caso specifico. Gli interventi erogati per il trattamento di una determinata condizione clinica si considerano appropriati quando una prestazione di dimostrata efficacia sia fornita avendo identificato correttamente: 1) i pazienti che ne possono beneficiare; 2) il setting assistenziale più idoneo; 3) il momento di erogazione della prestazione in relazione al quadro clinico del paziente.

Per quanto riguarda l'appropriatezza dell'utilizzo dell'ospedale, questi principi si applicano anche alle richieste di trasferimento in Lungodegenza (LD) dai reparti per acuti.

Funzione generale della LD è promuovere le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta che non consentono l'immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extraospedaliero.

Gli obiettivi principali della presa in carico del paziente in LD sono:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbidità) tale da consentire la deospedalizzazione;
- contribuire a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e partecipazione sociale consentito dalla malattia;
- fornire al paziente e ai suoi familiari gli strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.

Valutare l'appropriatezza delle richieste di ricovero in LD pervenute dall'1/1/12 al 30/6/12.

I risultati sono riportati in Tabella I.

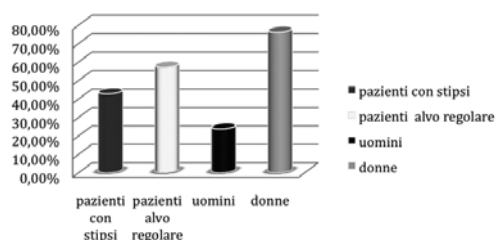
- 1) i tempi di attesa media sono di circa 6 giorni e quindi non giustificano il mancato trasferimento;
- 2) il decesso prima del trasferimento evidenzia la labilità del paziente e la non appropriatezza della richiesta;
- 3) anche il trasferimento in reparto di riabilitazione intensiva o l'aggravamento clinico mostrano l'inadeguatezza della richiesta;
- 4) spesso le richieste di trasferimento sono troppo precoci e non tengono conto delle reali condizioni cliniche del paziente;
- 5) la dimissione precoce mostra mancata selezione;
- 6) l'appropriatezza del ricovero è condizione indispensabile per ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Questi dati sono parziali e oggetto di ulteriore valutazione.

Provocatoriamente: è indispensabile valutare il paziente prima di accettare il trasferimento in Lungodegenza? O deve crescere la coscienza del ruolo della Lungodegenza?

Tab. I. Richieste di ricovero in Lungodegenza.

Richieste pervenute	530
Richieste non espletate per mancato invio del paziente in LD	141 (26 %)
Richieste non espletate per:	
decesso subito prima del trasferimento	41 (29%)
aggravamento clinico	10 (7%)
dimissione al domicilio	30 (21%)
trasferimento a reparto di riabilitazione intensiva	21 (15%)
motivi imprecisati	39 (28 %)
Provenienza delle richieste non espletate da:	
Medicina	62
Ortopedia	30
Chirurgia	11
Neurologia	9
Cardiologia	8
Oncologia	6
Pneumologia	6
Nefrologia	6
Neurochirurgia	6
Geriatrics	1
Medico di Medicina Generale	1

**Fig. 1.** La stipsi.

Conclusion. Il dato di prevalenza di stipsi da noi ottenuto si colloca in una posizione intermedia tra quelli presenti in letteratura. Una così marcata variabilità può essere legata ai diversi criteri utilizzati per la diagnosi. È spesso presente una non correlazione tra la presenza di diagnosi e di trattamento con farmaci per la stipsi. Si segnala una correlazione inversa tra presenza di stipsi e pressione arteriosa differenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Crane SJ, et al. *Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly*. Clin Geriatr Med 2007;23:721-34.
- Pilotta A, et al. *On behalf of FIRI. The prevalence of constipation and its association with drug use in elderly outpatients: a multi-centre study*. UEGW 2008 (submitted).
- Johanson JF, et al. *Clinical epidemiology of chronic constipation*. J Clin Gastroenterol.

189

Il rapporto tra contenuto di acqua intracellulare ed extracellulare è un indicatore prognostico nell'anziano non autosufficiente ospite di strutture protette

F. Lancellotti¹, M.C. Meloni¹, M. Domenicali²¹ Cooperativa Sociale CADIAI, Bologna; ² Dipartimento di Medicina Clinica Università di Bologna, Bologna

Nei soggetti anziani è estremamente importante avere una stima affidabile dell'idratazione. Infatti l'eccessiva somministrazione di liquidi può peggiorare il compenso cardiaco, mentre il loro scarso apporto può portare a condizioni di disidratazione potenzialmente fatali. Inoltre spesso sono presenti patologie che possono alterare l'omeostasi dei liquidi come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza renale ed il diabete mellito. La valutazione clinica dell'idrata-

zione spesso può risultare fuorviante e i dati di laboratorio non possono essere eseguite frequentemente nel setting delle Case Residenze per Anziani (CRA).

L'impedenziometria è di rapida esecuzione, poco costosa e facilmente ripetibile. Inoltre recenti osservazioni hanno dimostrato come il rapporto tra acqua del compartimento extracellulare e quella intracellulare sia un importante marcatore di fragilità nell'anziano. Pertanto lo scopo di questo studio è quello di verificare l'impatto prognostico dei valori impedenziometrici rappresentativi dello stato di idratazione.

Sono stati valutati 191 anziani ospiti di CRA gestite dalla Cooperativa Sociale CADIAI nella provincia di Bologna (CRA San. Biagio Casalecchio di Reno, CRA Centro integrato per Anziani Granarolo dell'Emilia, CRA Il Corniolo Baricella, CRA Virginia Grandi di San Pietro in Casale).

Tutti gli anziani sono stati valutati con Mini Mental State Examination (MMSE), Scala Tinetti per stimare la stabilità della marcia, e Indice di Braden per valutare il rischio di lesioni da decubito; peso corporeo e BMI. La valutazione impedenziometrica è stata effettuata utilizzando un impedenziometro multifrequenza Human IM plus II (DS medica, Firenze, Italia). L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il Software SPSS. Sono stati ritenuti statisticamente significativi valori di $p < 0.05$.

L'età media era di 83 ± 10 anni il 76% erano femmine e il 26% maschi. Gli anziani valutati presentavano una mediana del contenuto di acqua (TBW) pari a 56% del peso corporeo. La mediana del rapporto tra acqua intracellulare ed extracellulare è pari a 150% (ICW/ECW). La TBW non influisce sulla sopravvivenza, al contrario presentare un rapporto ICW/ECW $< 150\%$ è associato ad un incremento della mortalità (ad un anno 41 vs 61% $p = 0,049$). È interessante osservare una correlazione tra TBW e Braden ($r = 0,2$ $p = 0,017$) e TBW e BMI ($r = 0,356$ $p = 0,001$) e TBW e percentuale di massa magra ($r = -0,772$; $p = 0,001$).

Il rapporto ICW/ECW sembra essere associato ad una peggiore prognosi e questo dato può servire ad individuare soggetti a rischio, in cui l'idratazione rappresenta un fattore critico come già dimostrato in altri setting clinici. L'identificazione di valori di normalità del TWB è di fondamentale importanza al fine di stabilire il corretto fabbisogno di acqua dell'anziano; però, in considerazione della correlazioni tra TBW, BMI e massa magra, sono necessari studi più ampi finalizzati a identificare margini di normalità nelle singole classi di BMI.

190

Prevalenza e fattori predittivi dell'aderenza alla vaccinazione anti-influenzale in pazienti ospiti di Residenze Sanitarie Assistenziali: risultati dello Studio Shelter

D. La Carpia, F. Landi, G. Onder, G. Colloca, M. Tosato, R. Bernabei

Dipartimento Scienze Geriatriche Ortopediche e Neurologiche Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Il picco d'incidenza dei casi d'influenza, che si verifica annualmente in inverno, rappresenta una delle cause principali di mortalità e morbilità tra i soggetti anziani fragili.

Lo scopo del presente studio è stato quello di identificare la prevalenza e i fattori predittivi dell'aderenza alla vaccinazione anti-influenzale in un'ampia popolazione europea di soggetti anziani fragili ospiti di strutture residenziali assistite (RSA). A tale scopo, è stato utilizzato un campione di 4120 residenti in RSA, partecipanti allo studio "Services and health for Elderly in long Term care" (SHELTER) che ha raccolto dati di residenti in 57 RSA in Europa. Al baseline, il campione in studio presentava un'età media pari a $83,4 \pm 9,4$ anni, 3035 erano donne (73%), il 58,9% viveva da solo (2446 soggetti) con un punteggio medio nelle ADL pari a $3,4 \pm 1,9$. Il numero di farmaci mediamente assunto era pari a $7,0 \pm 3,6$. Tutti i partecipanti sono stati valutati con tramite il Minimum Data Set Long Term Care Facility (MDS-LTCF) dell'InterRai. Questo strumento contiene più di 300 item, includendo le caratteristiche socio-demografiche, fisiche e caratteristiche cognitive dei pazienti, così come diagnosi mediche e farmaci assunti. L'item relativo alla vaccinazione antiin-

fluenzale è stato utilizzato per il presente studio. L'analisi dei dati ottenuti ha evidenziato un tasso globale di aderenza alla vaccinazione anti-influenzale pari all'82%. Sono emerse inoltre significative variazioni nella prevalenza della vaccinazione oscillanti tra un minimo del 56,6% in Repubblica Ceca e un massimo del 92,6% in Francia. Rispetto a studi analoghi precedenti, risulta un incremento del numero di vaccinazioni antiinfluenzali in ospiti anziani di RSA nei Paesi valutati. La presenza di un deficit cognitivo è stata associata ad una ridotta probabilità di essere vaccinati (OR:0,85 IC 0,81 – 0,9). Di contro, età e miglior performance fisica (misurata tramite ADLh) sono associate ad una maggiore probabilità di essere vaccinati.

Il presente studio evidenzia come le passate campagne di sensibilizzazione, abbiano comportato un incremento del numero di anziani vaccinati annualmente. Tuttavia è presente ancora una notevole difformità tra i vari Paesi Europei, con l'esclusione dalla vaccinazione antiinfluenzale in alcuni Paesi, soprattutto degli anziani più fragili.

191

Prevalenza di stipsi in una coorte di anziani ricoverati in RSA

G. Sgrò¹, G. Burgo², A. Malara¹, M. Garo²

¹ *Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria, Lamezia Terme;* ² *RSA Villa Elisabetta, Cortale*

I dati presenti in letteratura sulla prevalenza della stipsi nell'anziano non sono omogenei. Gli studi esaminati riportano percentuali che variano dall'8 al 65% della popolazione presa in esame(1,3). Una recente indagine promossa dalla Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Invecchiamento (FIRI), nell'ambito del progetto SOFIA (Studio Osservazionale sui Farmaci Impiegati dall'Anziano), utilizzando per la diagnosi i criteri Roma III, ha evidenziato in una popolazione di 5400 soggetti di età > 65 anni esaminati, una prevalenza di stipsi del 24%(2).

Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare la prevalenza di stipsi in una coorte pazienti anziani ricoverati presso l'RSA "Villa Elisabetta" di Cortale.

Abbiamo esaminato 21 pazienti (17 femmine e 4 maschi) di età media 78.4 ± 16 anni, attualmente ricoverati nella clinica residenziale. Abbiamo registrato la presenza o meno di stipsi e l'impiego di farmaci o manovre finalizzate alla risoluzione. Abbiamo anche registrato la contemporanea assunzione di farmaci costipanti. È stato valutato il profilo pressorio arterioso, lo stato cognitivo tramite la somministrazione del MMSE, e lo stato psico-comportamentale utilizzando la NPI. L'analisi statistica è stata condotta tramite il calcolo dell'indice di correlazione di Pearson (r).

Il 42,85% dei pazienti esaminati presentava stipsi. Di questi, il 55,55% sono donne e il 44,45% sono uomini. Il 77,77% dei pazienti con stipsi assumeva farmaci psicoattivi e cardiologici, il 22,23% assume solo farmaci cardioattivi. La PA differenziale media dei pazienti con stipsi è di 50 mm/Hg, nei pazienti che non presentano stipsi è di 52,5 mm/Hg. Nessuno dei pazienti con stipsi è allattato. Nel 33,33% dei pazienti con stipsi è praticato clisma evacuativo. Il 22,22% assume lattulosio, il 33,33% manna e l'11,12% macrogol. L'indice di Pearson tra la stipsi e la pressione differenziale è pari a $r = -0,15$.

Il dato di prevalenza di stipsi da noi ottenuto si colloca in una posizione intermedia tra quelli presenti in letteratura. Una così marcata variabilità può essere legata ai diversi criteri utilizzati per la diagnosi. È spesso presente una non correlazione tra la presenza di diagnosi e di trattamento con farmaci per la stipsi. Si segnala una correlazione inversa tra presenza di stipsi e pressione arteriosa differenziale.

192

Assistenza residenziale e monitoraggio LEA in Calabria

A. Malara, A. Bonaddio, F. Ceravolo, G. Curinga, G.F. Renda, V. Rispoli, G. Sgrò, F. Spadea

ANASTE Calabria, Lamezia Terme

Con il DPGR N°101 del 22.9.2011, la regione Calabria ha approvato il documento sulla Direttiva dei Flussi Informativi Sanitari, rendendo obbligatoria la trasmissione di informazioni sanitarie e gestionali delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il set minimo informativo, individuato dal progetto "Mattoni del SSN", è condivisibile dai diversi setting di assistenza all'anziano, e fornisce utili elementi per una efficiente erogazione dei LEA. Data la particolare valenza rivestita dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria ha condotto una prima analisi descrittiva dei flussi informativi sulle prestazioni residenziali erogate nell'anno 2011 in 17 RSA (768 PL) e 20 Case Protette (650 PL) del territorio calabrese. L'analisi, condotta sui dati del Tracciato1 (FLS11) del NSIS, ha coinvolto 2064 utenti; gli indici di case-mix sono stati valutati su un campione di 357 utenti secondo RUG III.

Il campione esaminato risulta nel 68% femmina (età media 81 anni) e nel 32% di maschio (età media 74 anni). Il 72% circa dei pazienti risulta ricoverato prima del 2011 e il 98,56% è stato valutato dall'Unità di Valutazione territoriale per l'inserimento in struttura. Il 61,5% dei pazienti risulta provenire dalla propria abitazione, il 11,7% da altra struttura socio-sanitaria, il 1,6% da struttura sociale, il 14,8% da struttura ospedaliera, il 4,6% da strutture di riabilitazione (Fig. 1). L'iniziativa al ricovero risulta propria nel 5,8% dei casi, di un familiare/affine nel 75,8%, di soggetto civilmente obbligato nel 1,7%, assistente sociale nel 5,6%, medico di medicina generale nel 4,5%, infine medico ospedaliero 6,6% (Fig. 2). Il 16% dei ricoverati è stato dimesso nel 2011, di cui il 12% risulta dimesso a domicilio senza assistenza,

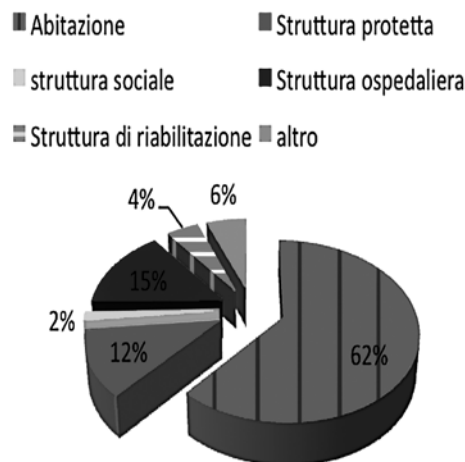


Fig. 1. Tipo di struttura.

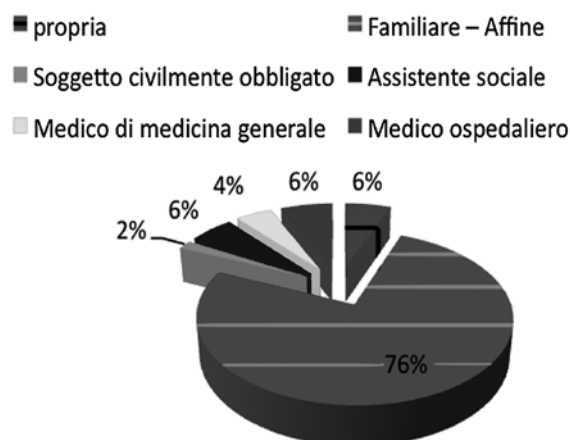


Fig. 2. Iniziativa.

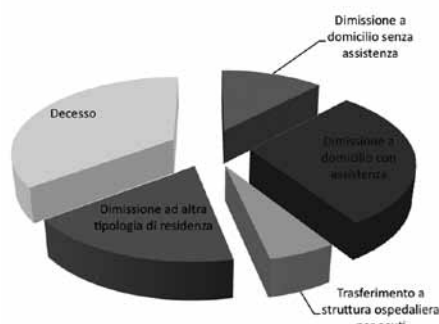


Fig. 3. Tipologia dimissione.

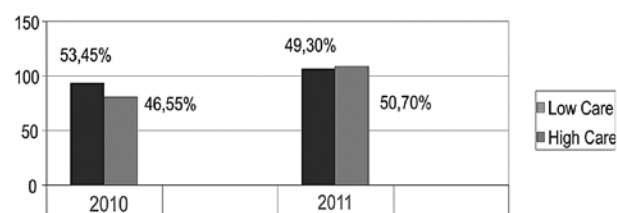


Fig. 4.

il 29% a domicilio con assistenza, il 6% trasferito a struttura ospedaliera per acuti, il 18% dimesso ad altro tipo di residenza e il 35% deceduto in struttura (Fig. 3). L'indice di case-mix calcolato in min/assistenza attraverso il RUGIII ha evidenziato una significativa evoluzione della complessità clinico-assistenziale nel 2011 rispetto al 2010 (Fig. 4).

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) rappresenta lo strumento di riferimento a supporto del governo del SSN, condiviso a livello nazionale, per il monitoraggio dei LEA. La trasmissione dei flussi informativi non deve essere intesa solo come un obbligo che consente l'accesso ad un maggior finanziamento ma piuttosto come la possibilità di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale. Il quadro generale emerso da questa indagine parziale e preliminare, evidenzia la necessità di promuovere il confronto con gli organi competenti al fine di potenziare l'integrazione tra i diversi setting assistenziali e definire percorsi condivisi a garanzia della continuità dell'assistenza all'anziano nel rispetto dei LEA ed a maggiore supporto alle famiglie.

BIBLIOGRAFIA

¹ All. DPGR.101.2011Direttiva Flussi Informativi.

193

L'attività dell'Ufficio Relazioni al Pubblico (URP) dell'Istituto Geriatrico e Riabilitativo Frisia di Merate nel triennio 2009-2011

R. Colombo, S. Ghezzi, M.A. Vergani, I. Maraschi, I. Santi

Istituto Geriatrico e Riabilitativo Frisia di Merate, Lecco, Merate

La cultura della centralità della persona e dei suoi bisogni si è affermata nel corso degli anni e consolidata dalla vigente normativa nazionale e regionale. Dal 2002 è operativo presso il nostro Istituto l'URP, affidato al Servizio Sociale e alla Direzione Medica. Con il termine customer satisfaction (soddisfazione del cliente) si intende un processo volto a rilevare il grado di soddisfazione dell'utente nell'ottica di un miglioramento del servizio offerto. Il concetto di soddisfazione è strettamente collegato alle aspettative esplicite e latenti dell'utente e alla percezione della qualità del servizio. Le competenze del nostro URP si esplicano con ascolto dell'utenza, informazio-

ni ed orientamento sui servizi offerti, illustrazione della Carta dei Servizi, accoglimento di reclami scritti e verbali, accoglimento di suggerimenti ed elogi e gestione dei Questionari sul Gradimento dei Servizi.

Scopo del nostro lavoro è quello di effettuare una valutazione della soddisfazione dell'ospite (O) e familiare attraverso l'analisi dei dati del triennio 2009-2011 relativi ai report pervenuti all'URP e alle risultanze dei Questionari sul Gradimento dei Servizi somministrati.

Materiali e Metodi: abbiamo valutato 400 O, 323 femmine e 77 maschi, presi in carico presso le 6 Unità di Offerta RSA e 1 Nucleo Alzheimer del Nostro Istituto. Il 63% gli O aveva età superiore a 85 anni. Risultati: sono pervenute 55 segnalazioni nel triennio 2009-2011 (13,75% degli O accolti), di cui 18 reclami (4,5%), 3 suggerimenti (0,75%) e 34 elogi (8,5%). L'analisi dei dati, suddivisa per singolo anno, mette in evidenza una riduzione della percentuale di reclami a favore di un aumento degli elogi, mentre si sono mantenuti stabili i suggerimenti. Nel 2009 su 19 segnalazioni risultavano 8 reclami (42%), 1 suggerimento (5,3%) e 10 elogi (52,6%); nel 2010 su 16 segnalazioni risultavano 6 reclami (37,5%), 1 suggerimento (6,2%) e 9 elogi (56,2%); nel 2011 su 20 segnalazioni risultavano 4 reclami (20%), 1 suggerimento (5%) e 15 elogi (75%). I Questionari sul Gradimento dei Servizi in RSA (accoglienza, ambiente, pulizia, ristorazione, organizzazione, personale, privacy, atmosfera, retta) hanno raggiunto un campione pari al 69,5% dell'utenza ed hanno evidenziato una soddisfazione media nel triennio (utenti soddisfatti / totale campione) pari all'89,1%: 87,8% nel 2009, 88,5% nel 2010 e 91% nel 2011.

Conclusioni. L'analisi del triennio 2009-2011 ha evidenziato una progressiva riduzione dei reclami, a favore di un aumento degli elogi ed un continuo miglioramento della soddisfazione dell'utenza, rilevata dai Questionari sul Gradimento dei Servizi. Ciò è legato all'attività dell'URP e della Direzione Medica che hanno predisposto azioni correttive e preventive per ogni segnalazione esaminata. Tali risultati sottolineano l'efficacia della funzione dell'URP, quale parte di un progetto complessivo e sinergico, che ha come finalità la centralità della persona e dei suoi bisogni reali e percepiti.

194

Correlazione tra IRC e deterioramento cognitivo in una coorte di pazienti anziani ricoverati in RSA

G. Sgrò¹, V. Mantovano², A. Malara¹, M. Garo²

¹ Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria, Lamezia Terme; ² RSA Villa Elisabetta, Cortale

La funzione renale diminuisce con l'età e la riduzione della filtrazione glomerulare è una condizione frequente negli anziani. È sempre più evidente che anche una diminuzione lieve della funzione renale è associata all'aumento del rischio cardiovascolare, e di eventi cerebrovascolari (1). Recenti studi trasversali suggeriscono anche, che una funzione renale alterata è associata negli anziani a una compromissione cognitiva (2,3). Entrambe le condizioni sono associate a maggiore richiesta di assistenza sanitaria e a una riduzione della qualità della vita, ed hanno sempre più un notevole impatto per la salute pubblica (4).

Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare la prevalenza di insufficienza renale in una coorte di pazienti, e di verificare la possibile correlazione con il deterioramento cognitivo. Abbiamo pertanto esaminato 17 pazienti (4 maschi e 13 femmine) di età > 65 anni (media 83,35 ± 8,65) attualmente ricoverati presso la RSA Villa Elisabetta di Cortale. Per valutare lo stato cognitivo è stato utilizzato il MMSE, la funzione renale è stata valutata calcolando la clearance della creatinina con la formula di Cockcroft-Gault⁵. Abbiamo anche esaminato oltre il valore della creatinemia, l'azotemia, l'uricemia, l'albuminemia, le proteine totali, la pressione arteriosa e la terapia in atto.

Il 17,65% dei pazienti esaminati non presenta deficit cognitivo (30/MMSE(24)), mentre è presente nel restante 82,35%. La media dei punteggi ottenuti al MMSE è di 15,05; in n.3 è presente deficit cognitivo di grado lieve (23/MMSE(21)); in n.7 pazienti è presente deficit cognitivo di grado medio (20/MMSE(11)); in n.4 pazienti è presente deficit di grado severo

(10(MMSE(0). In uno dei pazienti non è stato possibile calcolare la clearance della creatinina per l'impossibilità di rilevare il peso corporeo. Il 25% dei pazienti presentava una clearance della creatinina >60mL/min, mentre nel 75% si evidenzia un valore < 60 mL/min. Nel 52,94% dei pazienti il valore della creatinina era nell'intervallo di normalità del laboratorio considerato (0.7(CRE(1.3); un solo paziente presentava un valore della creatinina > 1.30 mg/dL e il 41,17% presentava un valore < 0.7. Nel 37,5% dei pazienti con valori normali di creatinina sono presenti valori della clearance < 60 mL/min. Il 58,82% dei pazienti è in trattamento con terapia diuretica. L'indice di correlazione di Pearson tra la creatinina e il MMSE è di $r = 0,21$.

Dalla analisi dei dati ottenuti si evidenzia una correlazione diretta debole tra la funzione renale valutata con la creatinina e il deterioramento cognitivo. Un terzo circa dei pazienti presenta alterazione della funzione renale pur con valori normali di creatinina.

MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI

195

Meditazione Metodo TRASMUDA® nella M. di Parkinson

A. Frustaglia

ASP Golgi Redaelli, Milano

La meditazione associata alla danzaterapia metodo Tasmuda può modificare le risposte terapeutiche nei malati di Parkinson.

Valutare l'efficacia della meditazione Metodo TRASMUDA® (Trasformazione, Arti, Spiritualità, MUDra, DANza) associata all'attività di danzaterapia e verificare le modificazioni fisiche, psichiche ed esistenziali su un gruppo di anziani con diagnosi di m. Parkinson in trattamento farmacologico specifico ottimizzato con l'uso del test UPDRS III (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) e del test specifico TRASMUDA® TEST. Gli obiettivi specifici erano il miglioramento della funzione motoria, del tono dell'umore, l'ampliamento della mappa esistenziale e il "risveglio" della dimensione esistenziale-spirituale. Tutti i pazienti avevano seguito un ciclo di terapia riabilitativa e una dieta con preferente assunzione della quota proteica serale.

La scala UPDRSIII somministrata all'ingresso del pz, alla fine del ciclo e nel follow-up ha dato i seguenti risultati riassunti nella Figura 1.

È stata compilata, congiuntamente, la scala TRASMUDA® TEST che valuta le qualità motorie, la loro proiezione psicologica, esistenziale e la componente energetica. Una caratteristica specifica del test è che consente di valutare gli stati di coscienza interni durante la seduta oltre alle modificazioni dell'area psicologica, esistenziale e la consapevolezza della dimensione spirituale del paziente.

I dati complessivi sono riassunti nella Figura 2.

Infine sono stati correlati l'UPDRS III, il TRASMUDA® TEST e l'Indice di Barthel in cui si rileva la confrontabilità e la concordanza nei risultati come si evince dalla Figura 3.

Tutti i pazienti sono stati testati in ingresso con il Mini Mental State Examination: Il valore medio del campione studiato con MMSE è stato di 16,7/30 indicativo di una demenza di moderata.

La meditazione Metodo TRASMUDA® associata a danzaterapia valutate sia con UPDRS III che con il TRASMUDA® TEST hanno rilevato un significativo miglioramento rispetto ai valori precedenti l'esperienza. In particolare, il metodo, interviene nella capacità del paziente di incontrare e riconciliarsi con la propria dimensione corporea, ma le sue caratteristiche specifiche che includono anche, l'educazione alla meditazione e il recupero delle risorse interne biologiche, psicologiche ed esistenziali, conducono il paziente ad una consapevolezza del proprio sé corporeo totalmente nuova. Questa nuova consapevolezza che dal corpo si estende a tutta la dimensione interiore e esistenziale consente al paziente di affrontare e superare la sensazione di "gabbia" imposta dalla malattia, la depressione e l'insicurezza. Permette

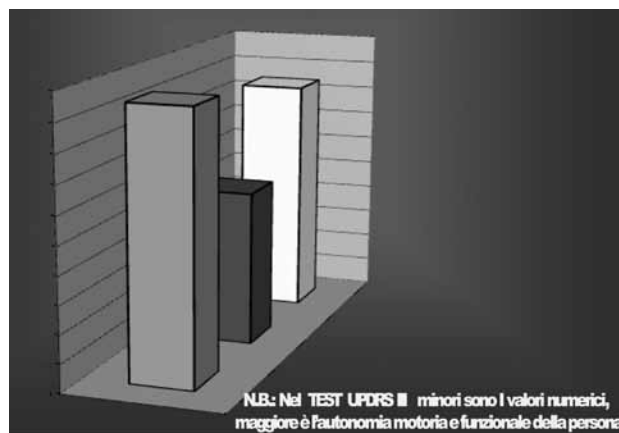


Fig. 1.

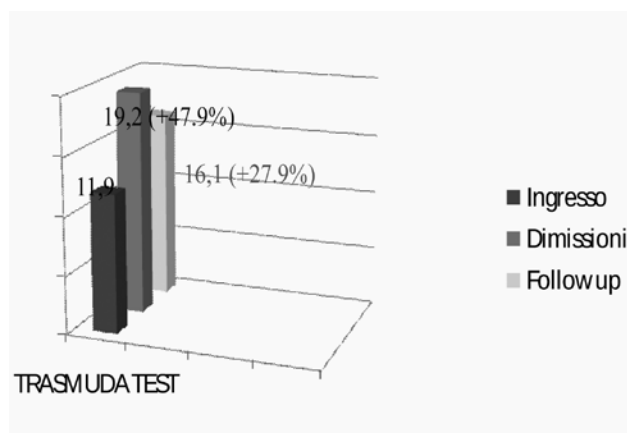


Fig. 2.

CONFRONTO %DI MIGLIORAMENTO UPDRS III VS. TRASMUDA®TEST VS. I BARTHEL			
Parti UPDRS III	Ingresso	Dimissione	Follow-up
Totale (max 108)	64,80	39,5 (+ 39,1%)	58,2 (+ 10,3%)
TRASMUDA®TEST	Ingresso	Dimissione	Follow-up
VALUTAZIONE COMPLESSIVA	11,9	19,2 (+ 47,9%)	16,1 (+ 27,9%)
Indice di Barthel	Ingresso	Dimissione	Follow-up
VALUTAZIONE COMPLESSIVA	60/100	85/100 (+25%)	

Fig. 3.

inoltre al malato di affondare in modo semplice e comprensibile le proprie radici esistenziali e psico-spirituali promuovendo un rapporto diverso con la propria disabilità.

NUTRIZIONE CLINICA NELL'ANZIANO

196

Stato nutrizionale e fattori di rischio per malnutrizione nei pazienti anziani ricoverati in reparto per acuti e in reparto di riabilitazione post acuta

S. Cacco¹, C. Bilotta¹, M. Ferretti³, C. Casella¹, D. Mari², L. Bergamaschini³

¹Dip. Scienze Biomediche e Cliniche "L. Sacco", Università di Milano e ASP-Pio Albergo Trivulzio, Milano; ²Dip. Scienze Cliniche e Comunità, Università di Milano, Ospedale Maggiore-Policlinico IRCCS, Milano; ³Dip. Scienze Biomediche e Cliniche "L. Sacco", Università di Milano, Milano; ⁴Ospedale Maggiore-Policlinico, IRCCS, Milano

La malnutrizione negli anziani ospedalizzati è caratterizzata da perdita di massa magra e tessuto adiposo e si associa ad aumentata disabilità, mortalità e durata di degenza. Sono stati valutati i fattori predittivi di peggioramento dello stato nutrizionale in pazienti ricoverati in reparto di geriatria per acuti (RA) e di riabilitazione post acuta (IDR). Nel 2011 sono stati consecutivamente reclutati 157 pazienti di età >= 70 anni (in media 84 anni, 69% donne), di cui 101 in RA e 56 in IDR. Criteri di esclusione: presenza di tumore e disfagia. I pazienti sono stati sottoposti entro 48 ore dal ricovero in RA o in IDR (T0) e a distanza di 8-10 giorni in RA (T1) e di 30-32 giorni in IDR (T2) a valutazione nutrizionale: Mini Nutritional Assessment (MNA), esami ematici (linfociti, albumina, prealbumina, transferrina, colesterolo, PCR), uso di integratori. Analisi statistica: regressione logistica multivariata, con outcome calo del BMI con BMI finale < 22 Kg/m² e del MNA con MNA finale < 17 (T1/T2 vs T0). Significatività statistica: P < 0,05. La durata media della degenza è risultata di 14,7 giorni in RA e di 50,4 giorni in IDR. Circa il 50% presentava una riduzione del BMI, il 19% sia in RA che in IDR ha avuto un calo del BMI < 22 Kg/m². È stato evidenziato un calo del punteggio al MNA con punteggio finale (T1 e T2) < 17 nel 34% dei casi in RA e nel 39% in IDR. In tabella 1 vi sono i parametri biochimici nutrizionali. Integratori alimentari sono stati somministrati al 60% (di tipo proteico nel 22%) dei ricoverati in RA e al 68% (proteici nel 4%) in IDR.

Alle analisi multivariate sono risultati fattori predittivi di calo del BMI: a) presenza al T0 di BMI <= 22Kg/m² (OR = 18.22, IC 95% 5.34-62.20, P = 0.000), b) PCR >= 4.7 mg/dl (OR = 3.71 IC 95% 1.07-12.79, P = 0.038), c) MMSE <= 24/30 (OR = 0.59, IC 95% 0.17-2.04, P = 0.407). Sono risultati fattori predittivi di calo del punteggio al MNA (< 17): a) MMSE <= 24/30 (OR = 6.98, IC 95% 2.53-19.27, P = 0.000), b) BMI <= 22 (OR = 5.57, IC 95% 1.97-15.79, P = 0.001), c) PCR >= 4.7 mg/dl (OR = 3.29, IC 95% 1.19-9.04, P = 0.021), d) Barthel <= 45/100 (OR = 2.99, IC 95% 0.96-9.35, P = 0.060).

L'analisi multivariata ha dimostrato che vivere soli non costituisce un fattore di rischio indipendente per malnutrizione. Il decadimento cognitivo influisce negativamente sullo stato nutrizionale anche in presenza di badante 24 ore su 24. Il dato che i bassi valori di Barthel al T0 sono un fattore di rischio indipendente suggerisce che la non autonomia funzionale costituisca di per sé un rischio di malnutrizione. Elevati valori di transferrina e PCR sono risultati fattori di rischio indipendente per malnutrizione.

Questo studio conferma che sia in RA che in IDR la malnutrizione negli anziani è un problema aperto, sottovalutato e non adeguatamente affrontato.

197

Valutazione della performance fisica dopo supplementazione orale di magnesio in un campione di donne anziane in buona salute

N. Veronese², L. Berton², S. Carraro², I. De Ronch², F. Miotto², F. Bolzetta², M. De Rui³, G. Cardaci², G. Bano², E. Perissinotto¹, E.D. Toffanello², A. Coin², E. Manzato², G. Sergi²

¹Università di Padova, Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari, Padova; ²Università di Padova, Dipartimento di Medicina, Clinica Geriatrica, Padova

Il magnesio è coinvolto in oltre trecento reazioni enzimatiche del muscolo. Il deficit di magnesio può ulteriormente peggiorare la performance fisica dal momento che l'anziano presenta una fisiologica perdita di massa e funzione mu-

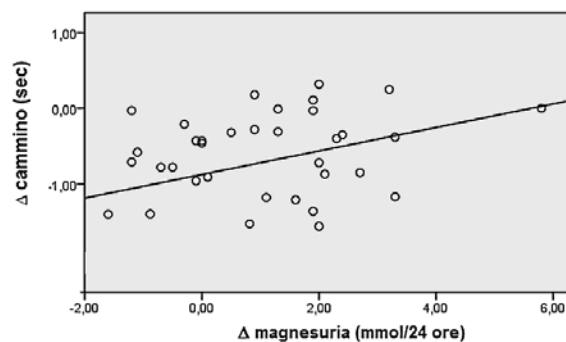


Fig. 1.

scolare fino a condizioni di grave sarcopenia. Nello studio in-CHIANTI (condotto su 1138 anziani in buona salute) si è visto come la concentrazione sierica di magnesio sia un fattore indipendente di performance muscolare e quindi di buono stato nutrizionale nella persona anziana. Mentre studi con supplementazioni di magnesio nel giovane hanno dimostrato l'impatto positivo del magnesio nell'aumentare la forza muscolare, mancano studi nell'anziano su tale argomento. Indagare se la supplementazione orale di magnesio migliori la forza muscolare e la performance fisica nel paziente anziano in buona salute. Sono state studiate 35 donne (baseline e controllo a tre mesi) di età di 71.4 ± 5.0 anni e BMI di 27.3 ± 3.9 kg/m² partecipanti alle attività motorie e ricreative del comune di Padova. Sono state escluse le pazienti che assumevano supplementazioni di magnesio, calcio e vitamina D. Alla valutazione basale ed al follow-up sono stati eseguiti i seguenti esami: composizione corporea mediante DEXA; forza della mano dominante nel movimento di adduzione delle dita (handgrip) e forza di estensione isometrica ed isotonica degli arti inferiori mediante dinamometria; determinazione di alcuni parametri biochimici; performance motoria mediante Short Physical Performance Battery (SPPB) (test dell'equilibrio: mantenimento dell'equilibrio per 10 secondi a piedi uniti, in semitandem e in tandem; test del cammino: velocità nel percorrere un tragitto di 4 min linea retta; test della sedia: velocità nell'alzarsi 5 volte consecutivamente dalla sedia a braccia incrociate). Dei test eseguiti è stata calcolata la differenza tra i valori a tre mesi e quelli basali (delta). L'introito dietetico di magnesio alla valutazione basale era 127.0 ± 81.6 mg/die pari al 50% dell'apporto consigliato dai LARN. Dopo tre mesi di supplementazione con magnesio, i livelli di magnesemia (delta: 0.04 ± 0.03 mmol/l; p < 0.001) e di magnesuria nelle 24 ore (delta: 1.05 ± 1.64 mmol/24 ore; p < 0.001) aumentavano. Non si evidenziavano variazioni significative nei test di forza muscolare. Lo score totale dell'SPPB aumentava (10.23 ± 1.56 vs. 11.06 ± 1.35; p < 0.01) così come miglioravano la prova del cammino (delta: -0.71 ± 0.86 sec.; p < 0.01) e quella della sedia (delta: -1.12 ± 1.89 sec.; p < 0.01). Le variazioni del test del cammino correlavano con le variazioni del magnesio sierico (r = 0.25; p < 0.05) e con quelle della magnesuria (r = 0.30; p < 0.05).

Nell'anziano in buona salute la supplementazione di magnesio migliora la performance fisica probabilmente attraverso una maggior disponibilità per il tessuto muscolare

198

L'indice di massa corporea come predittore di mortalità a lungo termine in anziani fragilisti istituzionalizzati

I. De Ronch¹, N. Veronese¹, M. De Rui¹, F. Bolzetta¹, C. Trevisan¹, E. Perissinotto², A. Coin¹, E.D. Toffanello¹, G. Sergi¹, E. Manzato¹

¹Università di Padova, Dipartimento di Medicina Clinica Geriatrica, Padova; ²Università di Padova

Premessa. La malnutrizione è un fattore di rischio di mortalità ed è una condizione molto comune fra gli anziani istituzionalizzati. Tuttavia, la relazione tra mortalità a lungo termine e alcuni parametri

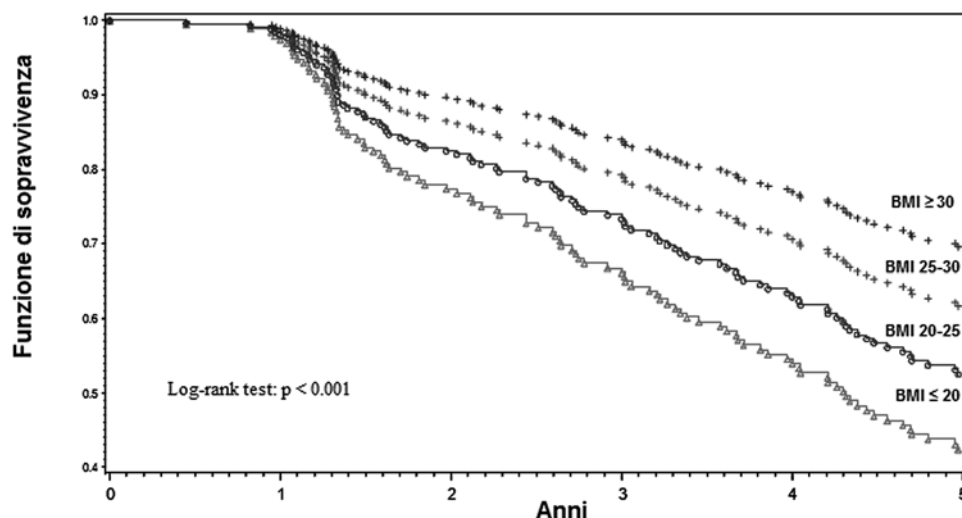


Fig. 1. Curve di sopravvivenza per classi di BMI (aggiustate per sesso, età, numero di farmaci).

nutrizionali quali l'indice di massa corporea-BMI, i livelli sierici di albumina e il punteggio ottenuto ad uno dei più validati strumenti di valutazione dello stato nutrizionale, quale Mini Nutritional Assessment-MNA, è tuttora oggetto di dibattito, in particolare nei pazienti residenti in casa di riposo.

Scopo dello studio. Indagare l'associazione tra BMI, MNA e livelli sierici di albumina e rischio di mortalità a 5 anni in una popolazione di anziani fragili istituzionalizzati.

Metodi e risultati. Sono stati selezionati 181 pazienti (81.7% femmine) di età = 70 anni, residenti presso l' "Istituto di Riposo per Anziani" di Padova. Ciascun partecipante è stato sottoposto a una valutazione geriatria multidimensionale (VMD) con particolare attenzione all'aspetto nutrizionale, cognitivo e funzionale. A 5 anni sono stati ottenuti i dati sulla mortalità per ciascuno dei partecipanti. L'analisi di sopravvivenza è stata condotta mediante metodo di Kaplan-Meier e modello di regressione di Cox. Il tasso di mortalità a 5 anni era del 63%. I pazienti deceduti ($n = 115/181$) presentavano all'inizio del periodo di osservazione un BMI inferiore rispetto ai soggetti sopravvissuti (24.7 ± 4.6 vs 26.6 ± 5.0 kg/m²; $p = 0.03$) così come il punteggio ottenuto al MNA (18.6 ± 3.7 vs 20.1 ± 3.6 ; $p = 0.02$). I livelli sierici di albumina non differivano fra i due gruppi. Nel modello di regressione multivariato, dopo aver aggiustato per le variabili confondenti (età, sesso, indice di comorbidità, numero di farmaci assunti, numero di Activities of Daily Living e Instrumental Activities of Daily Living in cui il soggetto è autonomo), fra i tre parametri nutrizionali considerati nello studio, solo il BMI rimaneva significativamente associato alla mortalità, con una riduzione del rischio di morte del 60% circa per classe di BMI = 30 kg/m² (HR 0.432 CI95%; $p = 0.04$). La relazione tra mortalità e classi di BMI era inversa, come illustrato dalle curve di sopravvivenza in Fig. 1 (log rank test: $p < 0.001$). Tra i parametri non nutrizionali considerati nel modello, solo il numero dei farmaci assunti era associato alla mortalità, con un incremento del rischio pari al 7.5% per ogni farmaco aggiunto (HR 1.075, CI95% 1.05-1.16).

Conclusioni. Il BMI sembra essere il parametro nutrizionale che meglio predice la mortalità a lungo termine in pazienti anziani fragili residenti in casa di riposo. Un'obesità lieve-moderata sembra avere un ruolo protettivo dalla mortalità per tutte le cause. Interventi nutrizionali mirati a prevenire riduzioni di peso dovrebbero essere considerati anche in anziani normopeso.

199

Relazione tra uso di inibitori di pompa protonica e sistema dell'IGF-1 in soggetti anziani

E. De Vita¹, M. Maggio¹, C. Cattabiani¹, F. Lauretani², G. Bondi¹, S. Bandinelli³, A. Corsonello⁴, L. Ferrucci⁵, G.P. Ceda¹

¹ Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Parma; ² Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ³ AUSL-10, Florence- the InCHIANTI Study Group, Firenze; ⁴ Unità di Farmacoepidemiologia Geriatrica (INRCA), Cosenza, Cosenza; ⁵ National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institutes of Health (NIH), Baltimore, MD, USA, Baltimore

Il consumo di inibitori di pompa protonica (PPI) è andato gradualmente aumentando nelle ultime due decadi a livello mondiale specie nella popolazione anziana. In questa popolazione l'uso di PPI è stato anche associato ad outcome clinici sfavorevoli come per esempio l'aumento del rischio di fratture, di infezioni da clostridium difficile e di polmoniti. A causa dello specifico meccanismo d'azione, l'uso di PPI potrebbe interferire con l'assorbimento di nutrienti, esacerbando il rischio di malnutrizione comunemente osservato nei pazienti anziani. L'insulin like-growth factor 1 (IGF-1) i cui livelli si riducono con l'età è nota per il suo ruolo oltre che di ormone anabolico anche di marker nutrizionale specie nella popolazione anziana. Recenti studi in vitro suggeriscono che i PPI potrebbero interferire con l'attività biologica dell'IGF-1.

Tuttavia la relazione tra uso di PPI e sistema IGF è tuttora sconosciuto nell'uomo ed è stata oggetto del presente studio.

Per verificare quest'ipotesi sono stati utilizzati dati dell'Aging in the Chianti area (InCHIANTI) Lo studio ha incluso 903 partecipanti (536 donne e 402 uomini) ultrasessantacinquenni selezionati in modo dai residenti di Greve in Chianti e Bagno a Ripoli (Toscana, Italia) con dati disponibili sull'IGF-1, IGF-binding protein-1 (IGFBP-1) ed informazioni sui trattamenti farmacologici in atto. L'IGF-1 totale e l'IGFBP-1 sono stati misurati in triplicato attraverso immunoradiometria con concentrazione minima rilevabile (MDC) di 0,80 ng/ml e 0,33 ng/ml per IGF-1 ed IGFBP-1, rispettivamente. I modelli di regressione lineare sono stati utilizzati per testare l'associazione tra uso di PPI use (predittore) ed IGF-1, IGFBP-1 (outcome).

I soggetti sono stati categorizzati in base all'uso di PPI. Di 402 uomini, 388 erano non utilizzatori di PPI e 14 utilizzatori. Delle 536 donne, 515 erano PPI non users e 21 PPI users. I soggetti maschi utilizzatori di PPI erano più anziani rispetto ai non-users (77.7 ± 7.5 vs 74.6 ± 6.9 anni) mentre le donne che facevano utilizzo di PPI erano più giovani rispetto ai non-users (74.2 ± 4.8 vs 76.6 ± 7.8 anni). Dopo aggiustamento per età gli utilizzatori di PPI avevano livelli più bassi di IGF-1 sia negli uomini ($107,01 \pm 69.6$ vs

127.07 ± 55.8, $p < 0.001$) che nelle donne (87.6 ± 29.1 vs 107.6 ± 52.3, $p = 0.03$) rispetto ai non utilizzatori. Nessuna significativa differenza nei livelli di IGF-1 è stata riscontrata tra PPI users e non users sia negli uomini che nelle donne. Nell'analisi multivariata aggiustata oltre che per età anche per sesso, BMI, GOT, GPT, intake calorico ed IGF-1, la relazione tra uso di PPI ed IGF-1 è rimasta negativa e quasi statisticamente significativa ($p = 0.06$).

L'uso di PPI è indipendentemente e negativamente associato con i livelli di IGF-1. Questi dati preliminari, se confermati, potrebbero supportare il link tra uso di PPI e malnutrizione nel soggetto anziano.

200

Stato nutrizionale in una popolazione di anziani istituzionalizzati

M.D.N. Nuzzo¹, G. Colombo¹, R. Criscuolo¹, C. Cini¹, C. Patrini¹, A. De Pasquale¹, C. Crivelli¹, F. Pregliasco²

¹ Fondazione Sacra Famiglia ONLUS, San Vittore Olona; ² Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano, Milano

La malnutrizione nell'anziano si correla con un aumentato rischio di morbidità e mortalità.

Valutare lo stato nutrizionale in una popolazione di anziani istituzionalizzati.

Sono stati valutati 61 soggetti ultrasessantacinquenni di età media 74 anni di cui 35 (57,37%) uomini, con una media di 30 anni di istituzionalizzazione.

Per ciascun ospite ricoverato è stato realizzato un database informatizzato contenente informazioni inerenti a: anni di istituzionalizzazione, BMI, MNA, presenza di disfagia, tipo di alimentazione assunta (normale, spezzettata, omogeneizzata/frullata), albumina, linfociti, creatinina, indice di BARTHEL alla voce alimentazione, allettamento, grado di declino cognitivo o ritardo mentale, circonferenza di braccio e polpaccio in cm.

Dei 61 soggetti studiati 36 (59%) evidenziavano un cattivo stato nutrizionale (MNA < 17), 8 (13,11%) erano sottopeso (BMI < 18,5), 23 (37,70%) erano disfagici (14 uomini e 9 donne), 31 (50,81%) erano non deambulanti, 10 (16,39%) erano totalmente dipendenti nell'alimentazione, 2 (3,27%) avevano valori di albumina inferiori alla norma, 1 (1,63%) aveva valori di creatinemia inferiori alla norma, 6 (9,83%) avevano una circonferenza del braccio inferiore a 22 cm, 26 (42,62%) avevano una circonferenza del polpaccio inferiore a 31 cm.

La valutazione multidimensionale dell'anziano con gravi comorbidità necessita di una valutazione complessiva dei vari indici, che valutati singolarmente possono essere fuorvianti, per arrivare a definire quali sono i criteri che ci permettono di individuare i soggetti che necessitano di attenzione nutrizionale.

201

Una patologia sottostimata e insufficientemente trattata; ipoalbuminemia e anemia nei pazienti anziani ospedalizzati: uno studio longitudinale, dati preliminari di tre mesi di studio

S. Prolo, G. Pina, A. Porta, A. Ubertis, D. Mari

Milano

Il livello plasmatico di albumina è un marker di successo per la terapia o per la sopravvivenza, indipendentemente dalla diagnosi di ospedalizzazione in pazienti giovani, di media età ed anziani.

In un recente report Aquilani e coll. hanno mostrato che non solo l'ipoalbuminemia e l'anemia sono predittori sensibili di infezioni in pazienti anziani ospedalizzati ma anche che la risposta alla terapia era significativamente migliorata dalla tempestività e dall'aggressività nel trattare la malnutrizione.

Poiché i disturbi della sintesi delle proteine sono estremamente rari, identificati come causali o concusali della prognosi negativa o del rischio aumentato di complicanze legate alla permanenza in ospedale, noi abbiamo deciso di registrare la percentuale di pazienti che non presentavano un livello normale di semplici parametri come l'albumina e l'emoglobina, in una sequenza longitudinale di anziani ospedalizzati nel reparto di Geriatria dell'Ospedale di Milano (U.O. Geriatria)

Da marzo a settembre 2011 una parte della U.O di Geriatria venne selezionata per valutare al momento dell'ospedalizzazione i livelli di Hb e albumina mediante metodi standardizzati.

162 pazienti vennero ospedalizzati in 12 settimane in una parte dedicata della U.O di Geriatria e 54 (33%) vennero identificati avere alterazioni dei livelli di albumina, Hb o entrambe.

Mentre una riduzione dell'albumina correla con l'età, l'Hb correla con alterazioni dell'albumina. Alterazioni dell'Hb al contrario sono indipendentemente correlate con l'età ma, come già citato, correlate con l'alterazione della sintesi delle proteine come identificato dai bassi livelli di albumina.

Albumina ed Hb dovrebbero essere considerate insieme nella valutazione dei rischi di malnutrizione nei pazienti ospedalizzati. Poiché sia albumina che Hb sono state correlate all'aumentato rischio di infezioni e alla lunghezza di ospedalizzazione per la ridotta risposta alla terapia antibiotica, entrambi i parametri dovrebbero essere sempre utilizzati nello screening dei pazienti ospedalizzati e nella valutazione della risposta alla terapia.

Le nostre evidenze preliminari suggeriscono che la diagnosi di malnutrizione proteica può essere trattata con successo durante l'ospedalizzazione, ma in modo più importante la sorveglianza di questi due semplici parametri e un adeguato follow up nutrizionale dovrebbero essere incrementati dopo la dimissione del paziente al domicilio.

202

Valutazione del rischio di mortalità in un campione di soggetti malnutriti ospedalizzati

S. Leonardi, S. Ercolani, E. Zampi, M.F. Croce, L. Paolacci, P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia, Perugia

Nonostante sia noto che la malnutrizione calorico-proteica nell'anziano è gravata da un'alta morbidità e mortalità, lo stato nutrizionale è uno degli aspetti meno considerati nel soggetto anziano.

Scopo del presente studio è quello di valutare l'associazione tra malnutrizione e mortalità durante ricovero ospedaliero, in soggetti ultrasessantacinquenni ricoverati in un reparto geriatrico per acuti.

Sono stati valutati soggetti ricoverati nella U.O. Geriatria di Perugia nel periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 Dicembre 2011. Tutti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale comprendente anche il Mini Nutritional Assessment (MNA). Per ciascun paziente sono stati inoltre registrati al momento del ricovero i parametri antropometrici (peso, altezza e BMI) ed i parametri emato-biochimici maggiormente rappresentativi dello stato nutrizionale: la popolazione presa in esame in totale era formata da 220 soggetti (142 F e 78 M) di età media 83,2 ± 7.1. Di questi il 10.5% è andato incontro a morte durante la degenza. In tabella 1 sono riportate le caratteristiche del campione intero e quelle dei soggetti deceduti durante il ricovero.

I soggetti deceduti sono più anziani e disabili e maggiormente compromessi sul piano cognitivo.

Correggendo i valori di albuminemia per tutti i fattori confondenti chi ha valori di albuminemia inferiori a 3,5 g/dl ha un rischio sei volte maggiore di andare incontro a decesso durante il ricovero (OR 6,855, IC95% 1,842-25,506 con $p = 0,004$).

La malnutrizione ha un'alta prevalenza tra i nostri anziani ospedalizzati. Il MNA pur essendo una scala in grado di individuare i soggetti con malnutrizione, non è tuttavia in grado di predire il rischio di mortalità, che è invece risultata più associata ai livelli di albuminemia.

Tab. I. Caratteristiche del campione totale, dei soggetti che vengono dimessi dal reparto e dei soggetti deceduti durante la degenza.

	Totale n = 220	Soggetti dimessi n = 197	Soggetti deceduti durante degenza n = 23	p
Sesso F (n, %)	142 (64.5%)	128 (65%)	14 (60.9%)	n.s.
Età, anni (media±DS)	83.2±7.1	82.8±7.0	86.6±7.3	0.016
ADL, conservate (n)	2.6±2.3	2.7±2.3	1.6±2.1	0.042
IADL conservate (n)	1,85±2,4	1.9±2.5	0.6±1.1	0.020
MMSE (media±DS)	15,0±10,8	16,0±10,6	5,4±7,8	< 0.001
Farmaci, n (media±DS)	5,6±2,9	5,5±2,8	6,2±3,8	n.s.
Patologie, numero(media±DS)	5,4±2,3	5,3±2,3	5,2±2,6	n.s.
Degenza, giorni (media±DS)	10,44±7,7	10,4±7,3	10,6±11,6	n.s.
MNA, punteggio (media±DS)	18,9± 4,9	19,1±5,0	16,8±4,3	0.003
albumina (media±DS)	3,6±0,5	3,7±0,5	3,3±0,5	0.006
prealbumina (media±DS)	16,1±5,9	16,3±5,9	13,3±4,7	0.012
PCR (media ±DS)	4,2±6,5	3,7±5,6	8,7±10,0	n.s.
MNA <17 (n, %)	62 (30.1%)	143 (75.7%)	17 (100%)	0.111
MNA <24 (n, %)	160 (77.7%)	54 (28.6%)	8 (47.1%)	0.015
Albumina <3.5 (n, %)	69 (31.4%)	55 (27.9%)	14 (60.9%)	0.002
prealbumina < 20 (n, %)	146 (73.4%)	126 (70.8%)	20 (95.2%)	0.017
PCR >0.5 (n, %)	117 (69.6%)	102 (68%)	15 (83%)	n.s.

203

Rischio di prolungamento della degenza in soggetti anziani ospedalizzati con malnutrizione

M.F. Croce, S. Leonardi, E. Zampi, M.G. Cupido, L. Paolacci, S. Ercolani, P. Mecocci

Istituto Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia, Perugia

È noto dalla letteratura come la malnutrizione calorico-proteica nell'anziano si associ ad un rischio di morbilità, mortalità e di prolungamento della degenza. Tuttavia lo stato nutrizionale è uno degli aspetti spesso più trascurati nella valutazione del soggetto anziano, sia in quello vivente a domicilio che nei soggetti ospedalizzati.

Scopo del nostro studio è quello di determinare l'associazione tra malnutrizione e rischio di prolungamento della degenza, in un campione di soggetti ultrasessantacinquenni ricoverati in un reparto geriatrico per acuti.

Sono stati valutati soggetti ricoverati nella U.O. Geriatria dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia nel periodo compreso tra il 1 settembre ed il 31 Dicembre 2011. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale comprendente anche il Mini Nutritional Assessment (MNA). Per ciascun paziente sono stati inoltre registrati al momento del ricovero i parametri antropometrici (peso, altezza e BMI) ed i parametri emato-biochimici maggiormente rappresentativi dello stato nutrizionale.

La popolazione presa in esame in totale era formata da 220 soggetti (142 donne e 78 uomini) di età media 83.2 ± 7.1 . La durata media della degenza è stata di 10.4 giorni, per cui abbiamo considerato come 'prolungamento della degenza avere un ricovero superiore ai 10 giorni. Sulla base di questo parametro la popolazione è stata divisa in due categorie: coloro che avevano una degenza inferiore o uguale a dieci giorni e coloro con degenza superiore a dieci giorni. Le caratteristiche del campione studiato sono riportate in tabella I. Correggendo i valori di albuminemia per tutti i fattori confondenti (sesso, età, stato cognitivo, stato funzionale, numero di farmaci, numero di patologie), il rischio di andare incontro a prolungamento del ricovero è doppio sia nei soggetti con valori di albuminemia inferiori a 3,5 g/dl (OR 2.02, IC 95% 1.03-3.96 con $p = 0.039$) sia in chi ha un MNA inferiore a 17 (OR 2,22, IC 95% 1,08-4,56 con $p = 0,029$).

La malnutrizione ha un'alta prevalenza nel campione di soggetti anziani ospedalizzati. Il MNA è un buon indice di malnutrizione e correla bene con i markers biochimici di malnutrizione. Un punteggio di MNA indicativo di malnutrizione severa si associa ad un rischio elevato di andare incontro ad un prolungamento della degenza.

Tab. I. Caratteristiche del campione totale, dei soggetti con durata delle degenza inferiore alla media e di quelli con durata maggiore alla media.

	Totale n = 220	soggetti con degenza ≤ 10 gg n = 140	soggetti con degenza > 10 gg n = 80	p
Sesso F (n, %)	142 (64.5%)	91 (65%)	51 (63.8%)	n.s.
Età, anni (media ± DS)	83.2 ± 7.1	82.9 ± 7.2	83.6 ± 7.0	n.s.
ADL, conservate (n)	2.6 ± 2.3	3.0 ± 2.2	1.9 ± 2.0	< 0.001
IADL conservate (n)	1,85 ± 2,4	2.2 ± 2.5	1.2 ± 1.9	0.004
MMSE (media ± DS)	15,0 ± 10,8	15,5 ± 10,5	14,2 ± 11,3	n.s.
Farmaci, n (media ± DS)	5,6 ± 2,9	5,5 ± 3,0	5,7 ± 2,8	n.s.
Patologie, numero(media ± DS)	5,4 ± 2,3	5,3 ± 2,4	5,4 ± 2,2	n.s.
Degenza, giorni (media ± DS)	10,44 ± 7,7	6,0 ± 2,4	18,2 ± 7,8	< 0.001
Decesso (n, %)	23 (10.5%)	16 (11.4%)	7 (30.4%)	n.s.
MNA, punteggio (media ± DS)	18,9 ± 4,9	19,7 ± 4,6	17,6 ± 5,2	0.003
albumina (media ± DS)	3,6 ± 0,5	3,7 ± 0,5	3,5 ± 0,4	0.001
prealbumina (media ± DS)	16,1 ± 5,9	16,5 ± 5,2	15,3 ± 6,9	n.s.
PCR (media ± DS)	4,2 ± 6,5	3,0 ± 5,8	5,9 ± 7,0	0.003
MNA < 17 (n, %)	62 (30.1%)	27 (21.1%)	35 (44.9%)	< 0.001
MNA < 24 (n, %)	160 (77.7%)	96 (75%)	64 (82.1%)	n.s.
Albumina < 3.5 (n, %)	69 (31.4%)	33 (23.6%)	36 (45%)	< 0.001
prealbumina < 20 (n, %)	146 (73.4%)	87 (69%)	59 (80.8%)	n.s.
PCR >0.5 (n, %)	117 (69.6%)	60 (61.9%)	57 (80.3%)	0.010

ONCOLOGIA GERIATRICA

204

Sarcoma di Kaposi: una diagnosi non sempre agevole

G. Battaglia¹, R. Battaglia¹, S. Fiorillo², D. Ferrari²¹ Serra San Bruno; ² Vibo Valentia

Circa il 60% dei sarcomi delle parti molli colpisce gli arti con una certa frequenza; gli inferiori tre volte maggiore di quella osservata negli arti superiori. Nella popolazione generale i sarcomi dei tessuti molli costituiscono lo 0.7% di tutte le neoplasie.

Caso clinico. P.C., sesso femminile, 83 aa. Genitori deceduti in età avanzata per cause imprecise. Una sorella deceduta per IMA a 70 aa. Da circa 30 anni ipertensione nefro-vascolare, refrattaria alla terapia: da tre anni in terapia emodialitica. Da circa 4 mesi dolore e parestesie agli arti superiori, claudicatio intermittens dopo pochi metri e dolori crampiformi. All'E.O. soffio olosistolico 3/6 alla punta con irradiazione all'ascella, e sistodiastolico 2/6 sul focolaio aortico. Al volto eritema a farfalla, sulla superficie volare delle braccia e alle gambe noduli di 1 cm di diametro, di colore rosso-bluastro, alcune ulcerate, con distrofia del letto ungueale. All'ECG impegno atriale dx e ventricolare sx. L'EGA mostra acidosi metabolica sub-acuta con ipossiemia severa e lieve ipocapnia (pH 7.38, pCO₂ 33, pO₂ 38, BE -4.7, HCO₃ 19.4). L'ecografia addominale mette in rilievo rene grinzoso a dx e sottile falda a componente liquida peri-epatica e peri-splenica. Rx torace: opacamento parieto-basale bilaterale a componente liquida endopleurica, accentuato il disegno broncovasale. Ecodoppler aa.ii.: steno-ostruzione iliaco-femorale bilaterale (arteriopatia obliterante III stadio di Fontaine). Ecodoppler aa.ss.: arteria radiale e ulnare dx con lume ridotto e modesto flusso. TC cranio: area di ipodensità parieto-occipitale dx e nucleo-capsulare sx. RMN cerebrale: iperintensità di segnale della sostanza bianca subependimale e spot iperintensità multipli. Esito ischemico parieto-occipitale dx e a livello del ponte e del cervelletto. Biopsia cutanea: sarcoma di Kaposi in fase nodulare. Esami ematochimici, QSP: Albumina 48%, gamma-globuline 22% a banda larga, GR 3560000, MCH 34.0, MCV 103.4, Anti-cellule parietali gastriche: negativi, VES 60, Glicemia 196, Azotemia 99, Creatinina 5.93, Cloro 92, Colesterolo totale 89, HDL 8, Ferritina 602, PC 31.40, IgG 13.19. La paziente muore in 22 giornate per arresto cardiocircolatorio.

L'associazione del Sarcoma di Kaposi con il virus HIV di tipo 1 ha condotto a indagare il ruolo del virus nella patogenesi di questa malattia. Sequenze di DNA simili a quelle di un Herpes virus sono state messe in evidenza nel Sarcoma di Kaposi associato all'AIDS; nel Kaposi classico e in quello che si manifesta negli omosessuali maschi HIV-negativi. Queste indagini hanno condotto all'ipotesi che questo nuovo virus Herpes (HHV8) possa essere il fattore etiologico comune alle tre varianti del Sarcoma di Kaposi.

205

Ossicodone/naloxone nel dolore cronico oncologico nel paziente anziano

A. Letizia, C. Mocerino, A. Riccardi, M. Taddeo, A. Gambardella

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, Seconda Università di Napoli, Napoli

Gli oppioidi forti svolgono un ruolo primario nel management del dolore cronico oncologico e nonostante le raccomandazioni delle linee guida internazionali il loro utilizzo resta ancora limitato nei pazienti anziani a causa dei possibili effetti collaterali.

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la tollerabilità e l'efficacia dell'associazione ossicodone/naloxone in pazienti anziani con dolore cronico oncologico. Tra gennaio e dicembre 2011 abbiamo quindi valutato presso la Nostra Struttura 67 pazienti di età > 70 anni (età media 72.3aa; 38F-29M) con dolore oncologico moderato/severo non più controllato da una precedente terapia antalgica. L'intensità del dolore è stata valutata al basale(T0)

e dopo 7-14-21giorni (T7-T14-T21) con la scala numerica NRS (NUMERIC PAIN INTENSITY SCALE), inoltre tutti i pazienti sono stati sottoposti in base a Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM). Criterio di esclusione è stato la presenza di Deficit Cognitivo moderato/severo (MMSE < 18/30). Eventuali sintomi correlati a disfunzione intestinale sono stati valutati mediante il Bowel Function Index. Tutti i pazienti hanno iniziato il trattamento con una dose di ossicodone/naloxone pari a 10/5 mg ogni 12 ore.

Il dolore misurato al basale corrispondeva a una NRS di 7.2 ± 1.8. A tempo T7 un primo gruppo di 25 pazienti ha riferito un'importante riduzione della sintomatologia algica (NRS 4.08 ± 1.92); un secondo gruppo di 38 pazienti ha riferito una lieve riduzione del dolore (NRS 6.1 ± 1.05); un terzo gruppo di 4 pazienti non ha avuto alcun beneficio dal trattamento (NRS 7.3 ± 1.6). Per i 42pazienti "non responders" la dose di ossicodone/naloxone è stata aumentata a 20/10mg. Dopo 2 settimane (T14), del primo gruppo, 15 pazienti hanno riferito un buon controllo del dolore (NRS 2.5 ± 0.4), mentre 10 pazienti hanno riferito un peggioramento (NRS 6) e la dose è passata a 20/10mg. Dei 42 pazienti non responders 30 pazienti hanno mostrato un sostanziale beneficio (NRS 3.3 ± 0.6);12 hanno presentato una persistenza della sintomatologia (NRS>7.2) e pertanto la dose è stata ulteriormente aumentata a 40/20mg. Alla terza valutazione (T21) l'85% dei pazienti ha riferito un buon controllo del dolore (NRS 2 ± 1.8). Il 15% è risultato "non responders" (NRS>6 ± 2.2). Nessun paziente ha sospeso il trattamento per tossicità: 10 pazienti hanno presentato una stipsi di grado moderato/severo (BFI 50-60), 5 pazienti hanno mostrato una sedazione di grado moderato per intensità e durata.

Lo studio ha dimostrato che l'associazione ossicodone/naloxone a rilascio prolungato determina un'analgia duratura e costante, non presentando eventi avversi irreversibili e limitati effetti collaterali specie in ambito neurologico, anche età geriatrica.

206

Analisi delle comorbidità e valutazione geriatrica: prerequisito per il trattamento con TKI in pazienti anziani affetti da leucemia mieloide cronica

A. Ubertis¹, T. Radice², R. Cassin², D. Mari¹, A. Iurlo²¹ U.O.C. Geriatria Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico e Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano;² U.O.C. Ematologia, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico e Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano

Il trattamento del paziente oncologico in età avanzata è sempre stato ritenuto problematico, tanto che la variabile età ha un peso considerevole nei principali indici prognostici. Nell'anziano la comorbidità può influenzare significativamente la risposta alla terapia, come gli aspetti cognitivi e psicosociali. Ciò è tanto più vero nei pazienti affetti da leucemia mieloide cronica (LMC) che ha una età mediana >60 anni. Fino a dieci anni fa scopo della terapia era solo il contenimento della massa leucemica perché il paziente anziano non poteva accedere a terapie potenzialmente "curative" come l'interferone e il trapianto di midollo allogenico. Ora, con gli inibitori delle tirosin-kinasi (TKI), l'obiettivo è molto più ambizioso, infatti sono risultati capaci di far raggiungere una risposta completa anche in questi subset pazienti.

Lo scopo di questo studio è dimostrare come pure in pazienti di età > 65 anni affetti da LMC sia possibile utilizzare farmaci di nuova generazione se opportunamente valutate le comorbidità e impostata una corretta valutazione geriatrica.

Nell'ambito della casistica di LMC trattata con TKI sono stati studiati 15 pazienti con età > 65 anni. Le variabili analizzate (sesso, età alla diagnosi, principali score prognostici di malattia "Sokal e Eutos", indice di comorbidità di Charlson, valutazione geriatrica multidimensionale) sono state correlate con la risposta citogenetica e molecolare. L'Eutos rispetto al Sokal score non comprende l'età permettendo una valutazione biologica non influenzata dal mero dato anagrafico che da solo può essere poco indicativo se non associato all'effettivo stato di salute. Nella nostra casistica esso non ha migliorato la predizione della malattia; ciò potrebbe indurci a pensare che sarebbe

opportuna l'ideazione di uno score che non comprenda solo il parametro biologico nel suo aspetto puramente ematologico, ma anche le comorbilità nel loro complesso. Infatti l'importanza del basso score di comorbilità è stata confermata dall'ottenimento della CCyR (risposta citogenetica completa), aspetto che non si riscontra negli score più elevati di Charlson. Tali risultati impattano ovviamente sull'ottenimento della risposta molecolare. Gli elevati punteggi nello score infatti sono stati strettamente correlati anche alla comparsa di eventi avversi responsabili della sospensione del farmaco. I pazienti sono risultati autonomi alla valutazione geriatrica, con un buon stato psicofisico e cognitivo; ciò è fondamentale per una corretta aderenza alla terapia, basilare per il successo terapeutico.

Anche nella nostra esperienza i pazienti anziani affetti da LMC possono beneficiare dell'utilizzo dei TKI. Ciò è possibile grazie alla collaborazione tra l'ematologo e il geriatra. Il fattore comorbilità è fondamentale per stabilire il rischio di fallimento terapeutico, ma d'altronde, poiché la terapia farmacologica è domiciliare, anche il fattore cognitivo è sicuramente un presupposto indispensabile per l'aderenza al farmaco.

207

Efficacia e tollerabilità di chemioterapia dose dense con regime TCF modificato, in pazienti anziani con diagnosi di carcinoma gastrico in fase avanzata

G. Tomasello, W. Liguigli, R. Poli, F. Negri, M. Brighenti, A. Curti, M. Donini, L. Toppo, M. Maltese, M. Ratti¹, S. Panni, B. Perrucci, V. Rossi, C. Colombi, F. Gerevini, R. Passalacqua

Unità Operativa di Oncologia Cremona, Cremona

Il tumore gastrico è più comune in pazienti (pts) anziani, con l'incidenza maggiore attorno alla settima decade di vita.

Molti oncologi sono riluttanti a trattare questa popolazione di pazienti con combinazioni chemioterapiche più attive a causa della tollerabilità. Analisi di sottogruppo di pts arruolati in studi europei, (Trumper 2006, Van Cutsem 2006, Al Batran 2008) mostrano dati limitati e conflittuali.

In precedenza abbiamo riportato risultati di fattibilità ed elevata risposta ottenuti con schema TCF dd, (Tomasello 2010).

Questo braccio dello studio vuole valutare l'efficacia e la tollerabilità di questo stesso schema nel sottogruppo di pazienti anziani, (età pari o superiore a 65 aa).

Da novembre 2004 a maggio 2011

Caratteristiche dei pazienti arruolati: 84 % maschi, 27% femmine, età mediana 65 aa, range 31-81.

Questo studio mostra che i pazienti anziani possono essere con sicurezza trattati con un regime TCF dd, con diminuzione del 30% della dose, raggiungendo risultati simili a quelli dei pazienti più giovani e con minor tossicità di questi.

208

L'esclusione degli anziani dai trial clinici in corso sul trattamento delle neoplasie ematologiche

A. Cerenzia¹, B. Gasperini¹, E. Zengarini¹, F. Pierri², E. Bonifacio³, B. Falini³, F. Lattanzio⁴, A. Cherubini¹

¹ Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia, Perugia; ² Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica, Università di Perugia, Perugia; ³ Istituto di Ematologia, Dipartimento di Ematologia e Oncologia Clinica, Ospedale S. Maria della Misericordia di Perugia, Università di Perugia, Perugia; ⁴ Direzione Scientifica, Istituto Nazionale di Ricovero e Cura dell'Anziano (INRCA), Ancona, Ancona

Nonostante in Europa e negli USA oltre il 60% dei nuovi casi e oltre il 70% dei decessi per tumore interessi pazienti con più di 65 anni, il coinvolgimento degli anziani negli studi clinici sul trattamento del cancro è ancora molto limitato: tra i pazienti arruolati solamente il 22-25% avrebbe più di 65 anni e appena il 8-13% più di 70. Nel caso delle neoplasie ematologiche, la man-

canza di prove di efficacia dei farmaci nel paziente anziano conduce molto spesso ad una sottoprescrizione.

Il nostro studio ha lo scopo di indagare la sottorappresentazione degli anziani nei trial clinici sul trattamento delle neoplasie ematologiche e di individuare caratteristiche dei trial predittive dell'esclusione. Il 2 febbraio 2011 sono stati ricercati tutti i trial in corso presenti nel database del World Health Organization International Clinical Trial Registry Platform (WHO-ICTRP) sul trattamento dei tumori ematologici. Per ogni studio sono state registrate le caratteristiche descrittive ed i criteri di arruolamento.

Abbiamo esaminato 85 trial in fase di reclutamento sul trattamento di neoplasie ematologiche. La maggior parte degli studi (90%) non è di tipo randomizzato e controllato e si svolge in un solo Centro (54,9%). Quasi tutti gli studi sono di fase II (79, 92%). La durata degli studi ha una mediana di 46 mesi (range 5-180); il campione ha una mediana di 55 soggetti (range, 17-1538). Il finanziamento proviene da Centri di Ricerca Universitari nel 47% dei casi e solo in un 6% la ricerca è finanziata da Aziende farmaceutiche. Le più comuni neoplasie ematologiche oggetto di studio sono le neoplasie a cellule B mature (63, 74%), la leucemia acuta mieloide (33%) e le sindromi mielodisplastiche (30,5%). Il 41% dei trial esclude soggetti dall'arruolamento sulla base dell'età, con valore mediano di 70 anni. I trial che riguardano le sindromi mielodisplastiche escludono quasi tre volte più degli altri (OR 2,66, IC1,032-6,851). La presenza di almeno una patologia specifica risulta il criterio di esclusione più frequente, essendo presente in 77 trial (90%). Quella a causa della disabilità fisica in 62 trial (73%), della scarsa compliance in 28 trial (33%). La discrezionalità del medico sperimentatore è criterio di esclusione in 23 trial (27%). Tuttavia negli ultimi anni sembra essersi verificata una riduzione dell'esclusione diretta per età, in particolare il 52,5% dei trial condotti prima del 2008 presentava tale criterio di esclusione contro il 40% dei trial condotti dopo il 2008 (p = 0.046).

Da questo lavoro emerge come di fatto la sottorappresentazione degli anziani negli studi clinici in corso continui, nonostante le numerose raccomandazioni fornite dalle Agenzie regolatorie al fine di aumentare la validità esterna o generalizzabilità dei risultati. Sono necessari trial specificamente progettati per includere i pazienti anziani per garantire anche a questi soggetti i trattamenti più efficaci per la cura di neoplasie ematologiche.

209

Cancro e longevità: analisi retrospettiva in 100 centenari degenti al Pio Albergo Trivulzio (PAT) di Milano

V. Guercio¹, F. Cetta², S. Civitelli¹, G. Monica³, M. Gianotto³, P. Di Vincenzo³, E. Catini³, M. Monti³

¹ Università di Siena, Dipartimento di Chirurgia, Siena; ² IRCCS, Multimedia, Milano; ³ ASP IMMeS e PAT, Milano

I centenari sono soggetti in grado di evitare, ritardare o sopravvivere all'insorgenza di malattie letali quali ictus, malattie cardiache, cancro. In particolare, è stato dimostrato che il cancro è responsabile del 40% di tutte le morti dai 50 ai 69aa, mentre solo del 4% negli individui con età = 100aa. Valutare l'incidenza e la tipologia di patologia neoplastica associata, pregressa o ancora presente in 100 pz centenari.

È stato condotto presso il PAT uno studio retrospettivo (dal 1995 al 2012). Sono stati osservati 100 centenari (= 98aa) (5M, 95F, età media 100,53 ± 2,09 aa, 98-109 aa). Diciannove pz (18F, 1 M) hanno presentato nel corso della vita una patologia neoplastica maligna. In particolare, 8 (42%) un pregresso Ca mammario (intervento di exeresi effettuato rispettivamente a 62, 63, 70, 77, 79, 87 aa e in 2 casi l'età non era specificata). Un pz ha presentato un pregresso adenoCa colico sinistro all'età di 80 aa; 1 una neoplasia vaginale a 80 aa; 1 un adenoCa gastrico a 88 aa, 1 una neoplasia mesenchimale e retro peritoneale a 99 aa; 1 una neoplasia renale a 86aa; 1 papilloma vescicale (asportato a 96 aa); 1 Ca globoculare infiltrato a 99 aa; 5 (28%) un basalioma: 1 in sede temporale, 1 sulla palpebra dell'occhio dx a 93 aa, 3 multipli sul volto di cui 1 operato a 95 aa, 1 diagnosticato a 103 aa e l'altro pregresso non operato. Dei 19 pz, 1 è vivente (104 aa, pregresso Ca mammario), 1 di

messo e 17 (85%) deceduti. Per i pz deceduti in 3 (15%) casi il cancro è stato la causa del loro decesso: il pz con Ca globoculare (a 99 aa) così esteso da determinare una vasta area di perdita di sostanza a livello dell'osso frontale, con quasi completa distruzione del tetto orbitario e della regione nasale; 1 pz con pregresso Ca mammario operato a 62 aa, deceduta a 99 aa anche per sospette metastasi polmonari ed un'altra pz con Ca mammario pregresso operato (deceduta a 99 aa) per secondarismi plurimi.

I presenti dati costituiscono un rappresentativo report in Italia sui centenari ricoverati in un unico centro. L'analisi della nostra casistica per quanto riguarda la sede e la tipologia dei tumori (non abbiamo informazioni sull'istotipo del tumore) dimostra che: 1) l'età di insorgenza è procrastinata (età media 84,8aa vs 63,2aa della popolazione generale); 2) il Ca mammario è il tumore più frequente, seguito dal basalioma e, ad esclusione del Ca gastrico, non sono stati osservati tumori tipicamente aggressivi (Ca polmonare, esofageo, epatico, pancreatico); 3) l'incidenza massima di neoplasie si è verificata tra i 70 e gli 90 aa. Dopo i 90 aa, l'incidenza di cancro è risultata ridotta; 4) solo nel 3% dei centenari il cancro è stata causa di morte, sebbene nei 2 casi di Ca mammario, le pz dopo l'intervento si siano rifiutate di seguire la terapia farmacologica. Viene suggerito, perciò, che la presenza di neoplasie maligne è compatibile con il superamento dell'età di 100 aa, anche se si tratta prevalentemente, oltre ai tumori cutanei, di neoplasie mammarie

OSTEOPOROSI, FRATTURE E ORTOGERIATRIA

210

Riabilitazione di fratture di femore: fattori correlati agli outcomes, casistica di un I.D.R.

A. Heydari, R. Borri

Pavia

Le conseguenze legate alle fratture del femore sono pesantissime, sia in termini di morbilità che di impatto socio-economico. La mortalità è del 15-25% e la disabilità motoria colpisce più della metà dei pazienti. In circa il 20% la possibilità di camminare indipendentemente è persa completamente e solo

il 30-40% riprende piena autonomia nelle attività quotidiane. I soggetti a maggior rischio di outcome negativi sono quelli che presentano pre-esistenti riduzioni funzionali, una elevata comorbidità.

L'obiettivo è di accelerare i tempi sul paziente fratturato: fare in modo che sia operato rapidamente, mobilitato precocemente e rientri al proprio domicilio nel tempo più rapido possibile e nelle condizioni motorie più vicine a quelle precedenti l'evento fratturativo. La precoce e corretta gestione delle comorbidità riveste pertanto un ruolo fondamentale al fine di garantire la migliore gestione di tali pazienti.

Sono riassunti nella Tabella I.

Si conferma la PREVEDIBILITÀ delle cadute: le patologie presenti danno un rischio intrinseco di caduta, perché portano a alterazioni della statica e della marcia, difficoltà ai trasferimenti, compromissione dei meccanismi compensatori durante il cammino, in particolare le diagnosi di tipo neurologico. Collegate al diabete vi sono quasi sempre nei soggetti anziani, anche senza franca diagnosi di polineuropatia, disturbi della sensibilità e dei riflessi periferici che portano a compromissione della deambulazione. Non è stato possibile ottenere dati relativi alla terapia farmacologica, né soprattutto dati attendibili sulla reale autonomia prefrattura.

La cognitività è stata valutata solo alla dimissione, il valore medio è di 14, molto basso, ma verosimilmente la cognitività antecedente all'evento, viste le diagnosi non sembra essere stata molto migliore, confermando così ancora una volta che cadono i soggetti più fragili.

Per quanto riguarda gli eventi intercorsi durante il ricovero si tratta soprattutto di eventi di tipo infettivo (infezioni ospedaliere), complicanze della terapia farmacologica (ipoglicemia) e dolore, come atteso, data l'importante comorbidità dei soggetti esaminati. Non si sono verificati eventi maggiori, come vasculopatie cerebrali acute o tromboembolie polmonari, né cadute, in grado di modificare i tempi di ricovero. I ricoverati in RSA sono stati i soggetti con peggior recupero e peggiori prestazioni cognitive, confermando i dati della letteratura. L'outcome più importante, cioè il recupero dell'autonomia nel movimento senza ausili, non è raggiunto in nessuno dei soggetti, neanche con un tempo medio di ricovero di 60 giorni, il che significa che sono rientrati al domicilio soggetti con necessità di assistenza importante e margini non quantificabili di ulteriore recupero in tempi successivi. Sarebbe quindi opportuno che i soggetti fratturati potessero proseguire la riabilitazione in struttura protetta o al domicilio, con forme di ADI tipo voucher, almeno finché questa sia necessaria.

Tab. I.

n°	Età	Sesso	Tipo di frattura	Intervento	Comorbidità	Eventi	Barthel Ing dim	Mini Mental	Tipo di dimissione	Tempi di ricovero	Stato funzionale alla dimissione
1	86	f	Sottocapitata destra	Osteosintesi con chiodo endomid.	Protesi totale ginocchio sinistro, cardiopatia valvolare, cataratta	Dolore	39 93	23	Domicilio	60	autonoma passaggi post, deambula con girello 2r 2p per medi lunghi tragitti, scale con doppio appoggio
2	85	m	Sottocapitata destra	Endoprotesi con cupola bipolare cementata	emiparesi dx, ipertensione, cardiopatia ischemica, depressione, decubito tallone dx	Ritenzione urinaria con necessità cvp.	10 24	15	Domicilio	80	assistenza passaggi posturali, deambula con ginocchiera ortopedica con girello 2r 2p per brevi medi e minima assistenza, scale non in grado
3	88	f	Petrocanterica sinistra	Osteosintesi con chiodo endomid.	diabete complicato con nefropatia e polineuropatia,, AOCIP con pregressa amputazione II e IV dito piede sin, ipertensione, vasculopatia cerebrale con deficit cognitivo, emiparesi fbc destro in esiti ictus ischemico	Ipoglicemie	10 34	9	Ricovero in RSA	70	assistenza passaggi posturali, deambula con girello 2r 2p per brevi medi e assistenza, scale non in grado
4	83	f	Sottocapitata sinistra	Endoprotesi con cupola non cementata	depressione, diverticolosi, glaucoma	Infezione da Clostridium D.	15 56	22	Domicilio	80	supervisione, minima assistenza nei passaggi post, deambula per brevi medi tragitti con girello 2r 2p scale con appoggio e supervisione
5	88	f	Petrocanterica sinistra	Osteosintesi con chiodo endomid.	ivu da coli, diabete malnutrizione, ipertensione, glaucoma, mastectomia per k, incontinenza, depressione	nn.	5 16	13	Domicilio	15	buon controllo del tronco da seduta
6	75	f	Petrocanterica destra	Osteosintesi con chiodo endomid.	tbc polmonare, MGSU lambda	Infezione da Clostridium D.	21 42	17	Domicilio	70	autonoma passaggi post, deambula con girello 2r 2p per medi lunghi tragitti, scale con doppio appoggio e supervisione
7	73	f	Sottocapitata destra	Endoprotesi cementata	epilessia in vasculopatia cerebrale cronica, ipertensione, calcolosi renale, depressione	nn.	38 88	16.5	Domicilio	70	supervisione nei passaggi post, deambula per lunghi tragitti con girello 2r 2p con supervisione, scale con doppio appoggio e supervisione
8	87	m	Petrocanterica destra	Osteosintesi con chiodo endomid.	cardiopatia ischemica con bypass, FA in tao, diabete	Dolore, febbre, modifica della terapia cardiologica	29 70	25	Domicilio	60	passaggi post autonomi, deambula con bastone autonomamente, scale con doppio appoggio e supervisione
9	75	f	Transcervicale sinistra	Endoprotesi biarticolare cementata	Demenza di Alzheimer, colecistectomia per litiasi,	dolore	0 0	0	Ricovero in RSA	15	passaggi post con assistenza, deambula con girello ascellare, scale no
10	81	f	Petrocanterica sinistra patologica	Non operata	metastasi di k mammario, coxartrosi, cecità	dolore	0 0	0	Decesso	80	peggiolata

211

Valutazione del rischio di frattura in donne in postmenopausa afferenti ad un singolo centro in occasione dell'ultima giornata mondiale dell'osteoporosi

S. Fusco, A. Catalano, N. Morabito, G. Basile, G. Castagna, F. Reitano, R. Ciano Albanese, A. Lasco

AOU "G. Martino", Dipartimento di Medicina Interna, UOSD Geriatria, Messina

L'osteoporosi è la principale causa di fratture da fragilità ossea ed ha un grande impatto a livello sociale. Nonostante ciò, l'osteoporosi spesso rimane una malattia poco conosciuta e sotto diagnosticata. Il FRAX® (Fracture Risk Assessment Tool) è un nuovo strumento disponibile via web che consente un'agevole valutazione del rischio di frattura.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare, tramite il FRAX®, il rischio di frattura in una popolazione di donne in post-menopausa, che si sono presentate al nostro centro nel corso dell'ultima Giornata Mondiale Osteoporosi. Sono state studiate 80 donne in post-menopausa (età $60,8 \pm 8,6$) giunte al "Centro per la Prevenzione, Diagnosi e Terapia delle Osteopatie Metaboliche" in una singola giornata (20/10/2011). Il rischio di andare incontro entro 10 anni a gravi fratture osteoporotiche (vertebre, anca, avambraccio ed omero) e dell'anca è stato calcolato prendendo in considerazione diversi fattori clinici di rischio: età, sesso, BMI, l'uso di glucocorticoidi, abitudine al fumo, consumo di alcool, osteoporosi secondaria, artrite reumatoide, pregresse fratture. Abbiamo inoltre sottoposto le pazienti a studio ultrasonometrico (QUS) delle falangi, correlando i parametri ultrasonometrici al rischio di frattura. L'iniziativa è stata presentata il giorno antecedente mediante annuncio su televisione e giornale locali.

La mediana del rischio di frattura osteoporotica (%) è stata di 4,9 (3,5-8,6) nelle donne in età inferiore ai 55 anni, del 7,3 (5,4-11) in donne di età compresa tra i 55 e 65 anni e del 17,5 (11-27) nelle donne di età superiore a 65 anni. La mediana del rischio di frattura dell'anca (%) è stata pari a 0,6 (0,3-1,3), 1,5 (0,9-2,5) e 7,2 (3,1-14) nei tre gruppi rispettivamente. I valori ottenuti tramite QUS, come atteso, correlavano con il rischio di frattura; in particolare una correlazione statisticamente significativa è stata riscontrata con il rischio di frattura dell'anca ($p < 0,05$).

Lo screening da noi effettuato attraverso il FRAX nelle donne in post-menopausa ha permesso di identificare donne a diverso rischio di frattura, e la metodica QUS falangea si è rivelata una tecnica efficace per riconoscere le donne ad alto rischio di frattura dell'anca. Questo tipo di intervento potrebbe favorire una più precoce diagnosi di osteoporosi. Un adeguato trattamento dei soggetti a più alto rischio fratturativo potrebbe ridurre i tassi di frattura, con un miglioramento della qualità della vita, soprattutto negli anziani, e una riduzione dei costi sociali.

212

Influenza delle cause di caduta ed outcome post-operatorio in soggetti anziani ricoverati in un setting di ortogeriatría per frattura prossimale del femore

A. Beccarello¹, F. Ebner¹, S. Pavan¹, A. Felici¹, M. Nitti¹, F. Piazzani¹, F. Lubian¹, M. Memminger², A. March¹

¹ Reparto di Geriatria, Comprensorio Sanitario di Bolzano, Bolzano; ² Reparto di Ortopedia, Comprensorio Sanitario di Bolzano, Bolzano

Le cadute sono un evento frequente nei soggetti anziani e possono causare frattura del femore. Spesso la causa della caduta non è nota e poco si sa sulla influenza dell'eziologia delle cadute nell'outcome dei pazienti anziani con frattura di femore.

Valutare le caratteristiche cliniche e l'outcome post-operatorio di soggetti con età > 75 anni con frattura di femore ricoverati in un setting ortogeriatrico, confrontando i soggetti che hanno presentato caduta da causa ignota (CI) con soggetti caduti a causa di un fattore estrinseco noto (CN).

Materiali e metodi. I soggetti con età > 75 anni ricoverati consecutivamente dal gennaio 2011 a giugno 2012 per frattura di femore in Ortogeriatría sono stati divisi in due gruppi in base alla causa di caduta che poteva essere ignota (CI) o nota (CN). In questi due gruppi sono stati confrontati età media, farmaci assunti a domicilio, comorbidità, complicanze post-operatorie, durata della degenza e timing all'intervento.

Risultati. In 18 mesi sono stati ricoverati 317 pazienti, 188 presentavano una CN e 129 CI. I due gruppi erano sovrapponibili per età media, indici CIRS, numero di farmaci assunti a domicilio. Nel gruppo CI si rilevava una maggiore prevalenza di Alzheimer (18.6% vs 7.4%), di insufficienza renale (15.5% vs 9.0%), di aritmie (31.0% vs 24.4%) e di cardiopatie (44.1% vs 37.3%). Nel gruppo CI si rilevava inoltre un maggior uso di benzodiazepine (22.4% vs 11.7%), di antipsicotici (9.3% vs 6.9%), di SSRI (34.8% vs 25.0%), di anticolinesterasici (10.0% vs 1.6%), di antipertensivi (48.8% vs 28.1%), di diuretici (34.8% vs 18.0%), di alfa-litici (6.2% vs 1.6%) e di beta-bloccanti (14.7% vs 11.7%). I soggetti CI presentavano una maggiore incidenza di complicazioni come scompenso cardiaco (14.7% vs 9.5%) ed infezioni delle vie aeree (19.3% vs 5.8%); gli episodi di delirium risultavano paragonabili tra i due gruppi (11.5% nei CI vs 14.3% nei CN). Il timing all'intervento era più lungo nei soggetti CI (2.14 ± 1.60 giorni dal ricovero vs 1.80 ± 1.24) così come la degenza media (11.7 ± 6.0 giorni vs 10.7 ± 6.7). La mortalità risultava più alta nel gruppo CI a 30 giorni (8.5% vs 4.7%) e dopo un anno (16.2% vs 9.0%) come la riospedalizzazione a 30 giorni (9.3% vs 5.3%) mentre dopo un anno gli indici sono simili nei due gruppi (21.7% nei CI vs 20.2% nei CN).

Nella nostra casistica, i soggetti con età > 75 anni e frattura di femore legata ad una CI presentano una maggiore prevalenza di M. Alzheimer, insufficienza renale e cardiopatie ed un maggior uso di farmaci psicotropi ed antipertensivi. Questi pazienti vengono operati dopo un intervallo di tempo maggiore rispetto ai pazienti con una CN e presentano maggiore incidenza di complicanze cardiache ed infezioni delle vie aeree ed una maggiore durata della degenza. Anche la riospedalizzazione a 30 giorni e la mortalità a 30 giorni e dopo un anno risultano più elevate nei soggetti con frattura di femore da CI.

213

L'adozione del modello ortogeriatría all'Ospedale Maggiore di Bologna: dati preliminari

C. Marchetti, D. Mancini, C. Ludovico, A. Gardellini, C. Della Bella, C. Gueli, L. Prospero, M. Coveri

Azienda AUSL di Bologna, Bologna

Le fratture di femore rappresentano una delle principali cause di mortalità e di perdita dell'autosufficienza in età geriatrica. Dato l'elevato tasso d'incidenza, risultato in Italia di 8.5 casi ogni 1.000 abitanti ultrasettantacinquenni, si evince quale impatto queste abbiano a breve e lungo termine sui costi sanitari, su impegno di risorse in ospedale e in territorio e qualità di vita. Da qui nasce l'esigenza di sperimentare e valutare modalità di cura ed assistenza più efficaci.

A questo proposito è stata attivata nell'area di degenza ad alta-media intensità assistenziale dell'UOC di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna una sezione di Ortogeriatría riservata ad anziani ultrasettantacinquenni con con fratture da fragilità ed in particolare fratture del collo femorale.

L'obiettivo generale è stato quello della valutazione multidimensionale finalizzata alla presa in carico e alla continuità clinico assistenziale del paziente anziano complesso identificando le comorbidità, l'autosufficienza pre-frattura, minimizzando e trattando i problemi clinici acuti e le complicanze post-intervento, cercando di realizzare un miglioramento della qualità complessiva della gestione clinica in reparto specialistico, progettando e mettendo in atto percorsi extraospedalieri con il corretto utilizzo dei nodi della rete.

Il modello scelto è stato quello dell'approccio integrato multidisciplinare tra geriatra, ortopedico, case manager, fisioterapisti, fisiatra e assistente sociale e

con la collaborazione di anestesista e nutrizionista in casi particolarmente complessi.

Valutare l'eventuale variazione del tempo di attesa dell'intervento chirurgico, dei giorni di degenza e destino alla dimissione di pazienti ultrasessantacinquenni dopo l'adozione del modello ortogeriatra presso l'ospedale maggiore di Bologna.

Abbiamo paragonato i parametri in esame in due gruppi di pazienti ultrasessantacinquenni. Il primo gruppo ricoverato in Ortopedia dal 14/03/2011 al 13/04/2011, il secondo nel corrispondente periodo del 2012 in Ortopedia. Nel primo gruppo solo il 29.3% dei pazienti era operato entro le 48 ore e la percentuale è salita al 66.6% nel secondo gruppo. La degenza media è diminuita da 14.1 a 12.7 giorni e la percentuale di pazienti rientrata al proprio domicilio dopo un breve training iniziato precocemente durante il ricovero è salita dal 29.3% al 50%.

La nuova collaborazione ortogeriatrica ha dato esito ad alcuni risultati positivi, il lavoro in team con la precoce valutazione multidimensionale, l'identificazione non solo dei problemi clinici, ma anche socio-assistenziali e la presa in carico del paziente consente una facilitazione sia della gestione complessiva intraospedaliera che dell'avvio alla dimissione e all'attivazione dei servizi rispetto alla vecchia modalità consulenziale

214

Caratteristiche dei pazienti anziani operati per frattura femorale da fragilità, afferenti ad una lungodegenza riabilitativa: risultati preliminari

G. Voltan¹, P. Corrà¹, S. Salvalaio², F. Vescovi¹, M. Scevola¹

¹ U.O.C. Lungodegenza Riabilitativa Ospedale P.F. Calvi Azienda ULSS 13 del Veneto, Noale (VE); ² Clinica Geriatrica Dip. Scienze Mediche e Chirurgiche Univ. di Padova, Padova

Premessa. Nell'Azienda ULSS 13 del Veneto dall'anno 2001 è strutturato un percorso assistenziale per la gestione dei pazienti anziani con frattura di femore, realizzato grazie alla collaborazione tra l'U.O. di Ortopedia e l'U.O. di Lungodegenza Riabilitativa¹.

Obiettivo. Analizzare alcune caratteristiche dei pazienti anziani trasferiti nell'U.O. di Lungodegenza Riabilitativa dell'Ospedale di Noale dopo intervento chirurgico per frattura di femore prossimale da fragilità ossea.

Sono stati inclusi nello studio i pazienti anziani operati per frattura di femore prossimale secondaria a caduta dalla propria altezza -frattura da fragilità ossea in base alla definizione dell'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)², trasferiti nel nostro reparto dall'U.O. di Ortopedia nel periodo febbraio-maggio 2012. Il campione così selezionato risultava costituito da 47 soggetti, di cui 36 femmine e 11 maschi.

Risultati. I risultati più significativi sono riportati in Tabella I.

Conclusioni. I dati preliminari dello studio, che è tuttora in corso, indicano innanzitutto che la severità della comorbilità non è una caratteristica predominante della nostra casistica, nella quale solo il 30% dei pazienti presentava un indice di comorbilità di Charlson (CCI) ≥ 3 . Va inoltre osservato che, delle patologie raggruppate nella seconda classe del CCI (score 2), i pazienti studiati non presentavano neoplasie, leucemie o linfomi.

È invece molto rilevante la condizione di polifarmacoterapia: l'89% dei pazienti assumeva almeno 4 farmaci. Frequente è risultato l'uso di anti-iper-tensivi e di diuretici, per i quali è stato riportato un significativo aumento del rischio di caduta, fatta eccezione per i beta-bloccanti. Considerati nel loro insieme, come unico raggruppamento farmacologico, ACE-inibitori, sartani, calcio-antagonisti, beta-bloccanti e diuretici venivano assunti complessivamente dall'81% dei pazienti, in monoterapia o in varia associazione tra loro. Pure frequente è risultato l'utilizzo di ansiolitici/ipnotici e di antidepressivi, anch'esso associato al rischio di caduta. Eclatante è il dato relativo all'uso degli inibitori di pompa protonica (PPI), a cui è stato attribuito un aumento del rischio di frattura di femore -legato probabilmente a ridotto assorbimento intestinale di calcio-, ma con risultati contrastanti in letteratura per quanto riguarda il trattamento a lungo termine.

Tab. I. Caratteristiche principali del campione.

Età > 80 anni (min 71, max 102)	83%
Indice di comorbilità di Charlson ≥ 3	30%
Terapia farmacologica pre-frattura n° farmaci assunti ≥ 4	89%
ACE-inibitori/sartani	49%
Calcio-antagonisti	30%
Beta-bloccanti	32%
Diuretici	49%
Ansiolitici/ipnotici	34%
Antidepressivi	13%
PPI	83%
Pregresse fratture	21%
Terapia antiosteoporotica in atto	4%
Fratture vertebrali morfometriche (Rxgrafia rachide dorso-lombare)	68%
T-score densitometria ossea US	
osteopenia	21%
osteoporosi	76%
Stato vitaminico D	
normale	4%
insufficienza	21%
carenza	75%
Iperparatiroidismo secondario	39%
Malnutrizione (albuminemia < 3.5 g/dL)	96%
Trombosi venosa profonda (Ecocolordoppler venoso arti inferiori)	14%
Complicazioni principali	
infezioni *	25%
complicanze generali **	15%
complicanze locali***	6%
nuove ulcere da pressione	2%
Destinazione alla dimissione domicilio	92%
RSA o Casa di Riposo	6%
trasferimento in U.O. per acuti	0%
Mortalità	2%

* compresa l'infezione della ferita chirurgica;

** esempio: scompenso cardiaco;

*** in sede di intervento

Gli altri risultati riportati in Tabella I sono sostanzialmente in linea con i dati della letteratura e verranno discussi in una prossima pubblicazione.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Voltan G, Corrà P, Vescovi F. *Gestione combinata: un percorso assistenziale per il paziente con frattura di femore da fragilità*. G Gerontol 2010;58:584-5.
- 2 AAOS Position Statement. *Recommendations for Enhancing the Care of Patients with Fragility Fractures*. June 2003. <http://www.aaos.org/about/papers/position/1159.asp>

215

Nascita dell'esperienza ortogeriatrica all'AOU Careggi di Firenze. Risultati preliminari

M. Rafanelli, M.A. Brunetti, I. Iacomelli, F. Tesi, A. Ceccofiglio, E. Marrani, A. Giordano, N. Marchionni, A. Ungar

Cardiologia e Medicina Geriatrica, Careggi, Firenze

L'integrazione di competenze ortopediche, geriatriche e riabilitative nella gestione dell'anziano fratturato di femore ha migliorato gli esiti clinici e ridotto i costi di ricovero e dopo dimissione

Dal 2.11.11 si è sviluppato nell'Area Trauma dell'AOU Careggi di Firenze un progetto di assistenza integrata multidisciplinare rivolto al paziente anziano con esiti di trauma.

Dal 1.2.12 l'uso della cartella elettronica ha permesso la raccolta sistematica dei dati dei pazienti >65 anni ricoverati valutando: all'ingresso età, sesso, Barthel Index, punteggio Braden, comorbidità, lesioni da decubito, diagnosi di deficit cognitivo, punteggio IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, diagnosi di osteoporosi +/- terapia, storia di cadute, tipo di frattura, anemia; durante la degenza i pazienti operati entro 48h e -nei fratturati di femore- latenza all'intervento, anemizzazione con necessità di trasfusione, ricorso a NET/NPT, ricovero in terapia intensiva, complicanze locali e generali non infettive e infettive, delirium, ricorso a contenzione fisica e/o farmacologica, cadute in ospedale, diselettrolitismi; destino alla dimissione. I pazienti > 65 anni ammessi nei primi 2 mesi sono stati 119 (su 375 totali) di cui il 46% > 85 anni con stato funzionale peggiore e anemia, frattura di femore e pertrocanterica più frequenti; alta prevalenza di ipertensione arteriosa e deficit cognitivo, fibrillazione atriale in percentuale non trascurabile a rischio di ritardo della chirurgia riparativa per concomitante terapia anticoagulante, poche diagnosi strutturate di osteoporosi. Quasi il 50% dei pazienti è giunto a intervento entro 48 ore, soprattutto i più anziani, risultando predittore di chirurgia non precoce il solo deficit cognitivo aggiustando per variabili cliniche e valutazione multi-dimensionale. Il 23% ha richiesto un periodo di ricovero in terapia intensiva, oltre 30 % è stato trasfuso nei primi 2 giorni post-operatori soprattutto fra i più anziani. Le complicanze locali e generali sono state meno del 10%. Il delirium, più frequente nei più anziani, è stato segnalato e trattato nel 16% dei casi (Tab. I). Il 60% sotto i 75 anni è stato dimesso a domicilio; metà dei pazienti > 85 anni è andato in riabilitazione ortopedica extra-ospedaliera e il 16% in lungodegenza, non potendo eseguire riabilitazione per severo deficit cognitivo (rispetto al 30% di deficit cognitivo nella casistica totale). All'analisi preliminare (aggiustando per età, tipo di frattura, comorbidità e delirium intra-ospedaliero) sono risultati predittori di decesso il Barthel Index < 40 (HR 1.50, CI 95%:1.15-1.95, p 0.003) e un IQCODE più alto (HR 1.34, CI 95%:1.02-1.77, p 0.04).

L'anziano ricoverato in ortopedia è più fragile, comorbido e cognitivamente compromesso. Nella nostra esperienza la mortalità intraospedaliera risulta accettabile e la maggior parte dei pazienti, anche molto anziani e con deficit cognitivo, è avviata a un percorso riabilitativo.

Tab. I. Caratteristiche generali della popolazione all'ammissione in base all'età.

	Tutti (n=119)	65-74 anni (n=15)	75-84 anni (n=49)	≥ 85 anni (n=55)	P per trend
Età (anni)	83.3±7.5	69.7±0.8	80.5±0.5	89.5±0.4	//
Sesso (F/M, %)	80.7/19.3	80.0/20.0	75.5/24.5	85.4/14.6	Ns
Giorni degenza (n)	15.2±5.6	12.3±1.4	15.8±0.8	15.4±0.7	0.09
ADL conservate (n)	4.5±2.0	6±0.6	5±0.3	3.8±0.4	0,001
IQCODE (n)	3.6±0.9	2.2±0.3	3.6±0.1	3.9±0.1	<0.01
ReTos (n)	7.1±4.3	2.9±1.1	6.70±0.7	8.9±0.6	<0.01
Brass (n)	11.0±6.3	5.4±1.6	11.1±1.0	12.4±0.9	0,001
Braden (n)	12.3±3.4	14.5±1	12.5±0.6	11.6±0.5	0,03
IADL perse >2 (n, %)	58 (48.7)	2 (13.3)	17 (34.7)	39 (70.9)	<0.001
Fragilità sociale (n, %)	7 (5.9)	1 (6.7)	0 (0)	6 (11)	0,02
Cadute > 2* (n, %)	28 (23.5)	2 (13.3)	9 (18.3)	17 (30.9)	0.04
Proteine totali (g/dl)	6.2±0.6	6.4±0.5	6.2±0.6	6.1±0.7	ns
Hb ingresso (g/dl)	11.6±1.8	12.3±4.4	11.9±2.5	11.2±2.4	0,04
Anemia (n, %)	52 (43.7)	4 (26.7)	19 (38.8)	29 (52.8)	0.02
Cistatina (mg/l)	1.4±0.5	0.9±0.2	1.3±0.1	1.7±0.1	0,010
Numero malattie (n)	2.9±1.4	1.7±0.9	3.0±1.8	2.9±1.1	0.06
Charlson ≥ 4 (n, %)	53 (44.5)	3 (20)	22 (44.9)	28 (50.9)	0.02
Latenza intervento (gg)	2.7±1.8	2.6±1.6	2.4±1.5	2.9±2.1	ns
Ulcere pressione (n, %)	9 (7.6)	1 (6.7)	1 (2)	7 (12.7)	Ns
Frattura femore (n, %)	97 (80.7)	9 (60)	41 (83.7)	47 (85.4)	Ns

IQCODE, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. ADL, activities of daily living; p per trend tra i tre gruppi; ns, non significativo; *, ultimi 12 mesi.

Tab. II. Dati relativi alla degenza nell'intera popolazione in base all'età.

	Tutti (n=119)	65-74 anni (n=15)	75-84 anni (n=49)	≥ 85 anni (n=55)	P per trend
Ammissioni in TI (n, %)	28 (23.5)	1 (6.7)	12 (24.5)	15 (27.3)	Ns
Intervento precoce* (n, %)	54 (45.4)	3 (20.0)	24 (48.9)	27 (47.0)	Ns
NPT/NET (n, %)	4 (3.4)	0	1 (2.0)	3 (5.5)	Ns
Hb 1ª giornata (g/dl)	10.3±1.7	10.3±0.4	10.4±0.2	10.3±0.2	Ns
Hb 2ª giornata (g/dl)	9.5±2.0	9.9±0.4	9.7±0.2	9.9±0.2	Ns
Terapia trasfusione (n, %)	36 (30.2)	2 (25)	13 (33.3)	21 (43.8)	Ns
Complicanze locali (n, %)	23 (19.3)	5 (33.3)	9 (18.4)	9 (16.4)	Ns
Complicanze infettive non urinarie (n, %)	8 (6.7)	0 (0)	4 (8.2)	4 (7.3)	Ns
Complicanze infettive urinarie (n, %)	6 (5.0)	2 (13)	2 (4.1)	2 (3.6)	Ns
Complicanze non infettive (n, %)	18 (15.1)	1 (6.7)	8 (16.3)	9 (16.3)	Ns
Ulcere da pressione (n, %)	3 (2.5)	1 (6.7)	0 (0)	2 (3.6)	Ns
Cadute (n, %)	6 (5.0)	1 (6.7)	3 (6.1)	2 (3.6)	Ns
Delirium (n, %)	20 (16.8)	0 (0)	6 (12.2)	14 (25.5)	0.01

TI, terapia intensiva; NPT, nutrizione parenterale, NET, nutrizione enterale, in reparto escluse le terapie in terapia intensiva; complicanze locali = TVP monolaterale, infezione ferita chirurgica; complicanze generali non infettive = TVP bilaterale, embolia polmonare, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale post-chirurgica, TIA, stroke e angina pectoris); p per trend tra i tre gruppi; ns, non significativo; * entro 48 ore dall'ammissione.

216

Progetto Arca. Ortopediatria: risultati clinici e organizzativi

L. Terranova¹, G.M. Giulini⁵, D. Torresani⁶, C. Bazzini⁴, M.V. Nesoti¹, C. Bovo², M.G. Bonavina³

¹ Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona; ² Direttore Sanitario, ULSS 20, Verona; ³ Direttore Generale, ULSS 20, Verona; ⁴ UOC di Geriatria, ULSS 20, Verona; ⁵ UOC di Ortopedia, ULSS 20, Verona; ⁶ UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione, ULSS 20, Verona

La gestione dell'anziano con frattura di femore mira a prevenire le complicanze, contenere la mortalità ed ottenere il recupero dell'autonomia precedente alla frattura. Tali obiettivi presuppongono la stabilizzazione precoce del paziente, la prevenzione e la gestione tempestiva delle complicanze intraospedaliere, l'esecuzione dell'intervento chirurgico nel più breve tempo possibile e comunque entro 48 ore dal ricovero, la mobilitazione e riabilitazione precoce. Nell'ambito del progetto ARCA, è stato elaborato un percorso assistenziale ortopedico rivolto ai pazienti con frattura di femore di età = 75 anni ricoverati presso la UOC di Ortopedia dell'ospedale per acuti dell'Azienda ULSS 20 di Verona. Tale percorso prevede la collaborazione di più professionalità e servizi. In particolare i pazienti afferenti al Pronto Soccorso per frattura di femore vengono ricoverati in Ortopedia previa valutazione ortopedica. Contestualmente al ricovero e quindi prima dell'intervento vengono presi in carico da diverse figure professionali: anestesista, geriatra, fisiatra e, qualora vengano individuati altri problemi specifici, dallo specialista più indicato (cardiologo, ematologo etc). Questo permette di gestire al meglio diversi aspetti quali, per esempio, la sospensione di terapia anticoagulante orale, la gestione del diabete nel peri-operatorio, l'eventuale necessità di FKT respiratoria nella fase pre-intervento.

Valutare se la presenza di un percorso specifico per la gestione della frattura di femore nell'anziano permetta di raggiungere gli indicatori di esito raccomandati in letteratura.

Dal 1/03/2011 al 29/02/2012 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per frattura di femore 177 pazienti di età media di 84,4 (± 6.6) anni. La tabella 1 riassume le caratteristiche dei pazienti. A tre mesi è stato eseguito un follow-up telefonico a cui hanno risposto 147 pazienti (83%). Da tale indagine è emersa una mortalità a tre mesi del 7.1%, una basso numero di nuove cadute (5.6%) e di nuove fratture (1.7%). Inoltre il 58.7% dei pazienti mantiene o migliora le ADL pre-ricovero.

I risultati ottenuti in un anno di lavoro sono molto significativi. Attraverso la presa in carico da parte di più figure professionali si è ottenuto un netto miglioramento della degenza pre-operatoria: 59% di pazienti operati entro 48 ore vs 11% circa nell'anno 2009 nell'ambito dell'ULSS 20, con una media di 46.3 ore di attesa pre-intervento. L'intervento tempestivo e la mobilitazione precoce dei pazienti hanno permesso di raggiungere livelli di mortalità a tre mesi molto bassi per l'età ed un buon recupero funzionale

Tab. I. Caratteristiche dei pazienti.

Numero totale di pazienti	177
Età (anni)*	84.4 (± 6.6)
Sesso (M/F)%	19.2/80.8
ADL pre-morbose conservate*	3.93 (± 2)
Charlson comorbidity index *	5.37 (± 1.5)
Apaches II score*	11.1 (± 2.4)
Deterioramento cognitivo moderato o grave#	29.8
Ore di ricovero pre-intervento*	46.4 (± 25)
Operati entro 48 ore dal ricovero (%)	65
Giorni di degenza totale*	9.6 (± 4.3)
ADL a tre mesi conservate*	3.19 (± 2.1)
Nuove cadute a 3 mesi (%)	5.6
Nuova frattura a 3 mesi (%)	1.7
Mortalità a 3 mesi (%)	7.1

* Valore medio (± deviazione standard)

% di pazienti con valore maggiore a 4 con short portable mental status questionnaire

217

Forza di prensione della mano e ripresa della deambulazione in pazienti anziani operati per frattura di femore

E. Savino¹, E. Martini², M.L. Davoli³, A.M. Zagatti⁴, F. Lauretani⁵, A. Zurlo⁴, S. Volpato¹, M.L. Lunardelli²

¹ Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Nutrizione Clinica, Università di Ferrara, Ferrara; ² Unità di Ortogeriatría, Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna; ³ Unità di Geriatria, Dipartimento di Fisiologia Neuromotoria, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia; ⁴ Unità di Ortogeriatría, Arcispedale S. Anna, Ferrara; ⁵ Unità di Geriatria, Dipartimento di Geriatria e Riabilitazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma

Per il paziente anziano la frattura femorale è spesso un evento catastrofico per il rischio di disabilità e morte. La forza di prensione della mano (handgrip strength) è una misura oggettiva di performance fisica utilizzata come indice del rischio di limitazione funzionale, disabilità e morte.

Questo studio si propone di valutare il potere predittivo della handgrip strength in termini di ripresa della deambulazione dopo frattura femorale. Il campione in esame è composto da 683 pazienti ultrasettantenni ricoverati per frattura femorale in 3 ospedali (Bologna, Ferrara, Reggio Emilia) arruolati nello studio multicentrico osservazionale longitudinale "Ortogeriatría: modelli per la gestione clinica integrata degli anziani con frattura del femore" (Progetto di Ricerca Regione-Università 2007-2009). All'ingresso è stata eseguita valutazione multidimensionale comprendente: esame clinico, test neuropsicologici (Short Portable Mental Status Questionnaire -SPMSQ; Geriatric Depression Scale -GDS), scala di comorbilità (Charlson Index), misure autoriferite di autonomia funzionale (BADL) ed handgrip strength (valore più alto ottenuto in 3 misurazioni analizzato come variabile continua e creando terzili sesso-specifici). Dopo la dimissione lo stato funzionale è stato valutato telefonicamente ogni 3 mesi per 1 anno. La probabilità di

ripresa del cammino autonomo è stata valutata con modelli multivariati di regressione logistica.

L'età media era 85.6 ± 5.5 anni, il 76.1% era donna; il 61.3% del campione aveva difficoltà nelle BADL nei 15 giorni prima della frattura, mentre il 26.2% non era autonomo nel cammino. I valori di handgrip strength erano direttamente correlati allo stato funzionale e cognitivo (BADL, deambulazione autonoma pre-frattura e SPMSQ, $p < 0.001$), ai valori di vitamina D ($p = 0.04$) e al tempo di attesa dell'intervento ($p < 0.001$), mentre erano inversamente proporzionali all'età ($p < 0.001$), alla presenza di sintomi depressivi (GDS, $p < 0.001$), alle comorbilità (Charlson Index, $p < 0.001$), alla presenza di caregiver ($p < 0.001$) e ai valori di proteina C reattiva (PCR, $p = 0.04$). Alla regressione multipla, aggiustata per i possibili fattori confondenti, tra i soggetti che camminavano autonomamente prima della frattura, quelli con maggiore forza della mano avevano una maggiore probabilità di recuperare la capacità di cammino in almeno un follow-up (OR terzile maggiore vs. minore 2.71, C.I. 1.70; 4.30) e per almeno 6 mesi consecutivi (terzile maggiore vs. minore 2.73 C.I. 1.35; 5.53).

Nei soggetti con frattura di femore la handgrip strength si associa in maniera indipendente al recupero funzionale. La valutazione routinaria della forza di prensione della mano nella pratica clinica potrebbe fornire informazioni prognostiche utili nel percorso clinico, terapeutico e riabilitativo di soggetti anziani operati per frattura femorale.

218

Il paziente ortogeriatrico. Un caso clinico complesso

M.A. Brunetti, M. Rafanelli, I. Iacomelli, F. Tesi, A. Ceccofiglio, E. Marrani, A. Giordano, N. Marchionni, A. Ungar

Cardiologia e Medicina Geriatrica, Careggi, Firenze

D.D., donna di 75 anni. Autonoma BADL e IADL, vive sola.

Anamnesi patologica remota. Cirrosi biliare primitiva con ipertensione portale Child Pugh B, F4, sottoposta a TIPS a settembre 2011 per emorragia da varici emorroidarie resistente a terapia medica. Arterioipatia obliterante periferica non meglio precisata. Ipotiroidismo in terapia sostitutiva. Osteoporosi Anamnesi patologica prossima. 11.11.11: caduta accidentalmente in casa con frattura esposta di gamba destra

12.11.11: riduzione chirurgica delle fratture e applicazione di fissatore esterno. Viene intrapresa antibiotico terapia con teicoplanina, tobramicina e metronidazolo.

13.11.2011: agitata, disorientata nello S/T, non collaborante. Ammoniemia 128 microgr/dL. S'inizia terapia con lattulosio e clismi medicati con neomicina.

14.11.11: sta meglio. Non segni di encefalopatia epatica alla visita epatologica. Ammoniemia 63 mcg/dL.

17.11.11: vigile, parzialmente orientata e disforica. Sofferenza nel punto d'angolo distale della ferita.

18.11.11: agitata e disorientata. Alla TC cranio encefalopatia vascolare cronica senza alterazioni acute.

SONO CONSULTATI I GERIATRI DELLA NEONATA ORTOGERIATRIA.

19.11.11: nell'ipotesi di delirium s'inizia terapia con quetiapina. Per deiscenza parziale della ferita si chiedono consulenza microchirurgica ed ecoDoppler arti inferiori e s'inizia ciclo di medicazioni

25.11.11: vigile, tranquilla, orientata. Si riduce quetiapina.

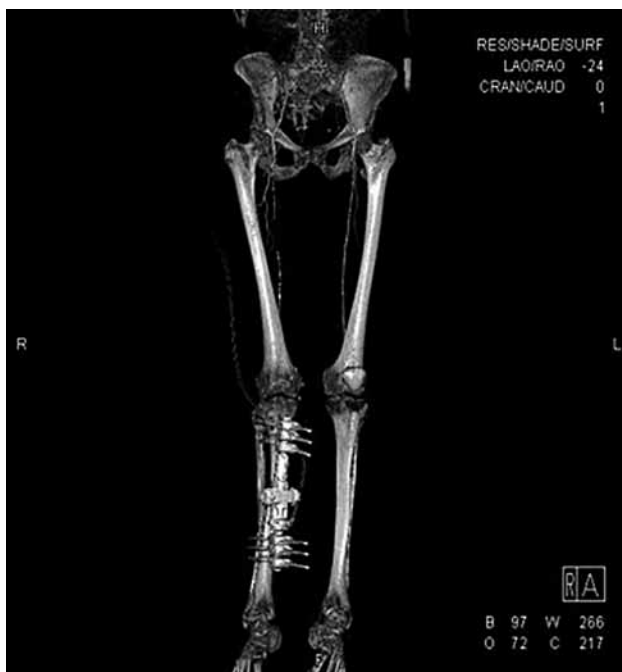
26.11.11: al color Doppler vascolare degli arti inferiori non TVP, occlusione dell'a. femorale superficiale destra, flusso monofasico in poplitea e tibiale anteriore, demodulazione su tibiale posteriore.

INTANTO DEISCENZA E NECROSI DELLA FERITA AUMENTANO.

28.11.11 Valutazione chirurgica vascolare: alto rischio emorragico della paziente, che controindica il trattamento chirurgico per la doppia antiaggregazione postoperatoria.

30.11.11 Valutazione microchirurgica vascolare: escara sul calcaneale con lesioni trofiche sul versante laterale della gamba. Si tenta pulizia chirurgica e copertura con lembo muscolo-cutaneo di soleo.

1.12.11: lembo vitale, inizia VAC therapy.



6.12.11: lembo vitale, ma ferita in peggioramento. Il geriatra consulta il cardiologo interventista per eventuale rivascolarizzazione percutanea.

7.12.11: all'angio-TC degli arti inferiori difetto di opacizzazione dell'a. femorale destra di 5 cm e mancata opacizzazione dell'a. tibiale posteriore dal terzo medio di gamba destra.

13.12.11: Intervento di rivascolarizzazione efficace con PTA e impianto di stent su a. femorale superficiale destra e PTA su poplitea omolaterale.

16.12.11: la ferita migliora. 2.2.2012: dimessa. Mantiene fissatore esterno. Buone condizioni generali a domicilio, ma la ferita torna a peggiorare.

13.3.12: nuovo ricovero per infezione della ferita malgrado terapia antibiotica ad ampio spettro. 23.3.12 viene sottoposta ad amputazione. 13.4.12: dimessa e trasferita in Riabilitazione.

...CHI TIRA LE FILA? IL GERIATRA NON PUO'(NON DEVE) ASPETTARE!

219

Modello assistenziale ortogeriatrico per la frattura di femore

G. Gaglio¹, R. Natoli¹, T. Pipicella¹, E. Russo¹, C. Scibilia¹, F. D'Amico²

¹ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti ASP Messina, Patti, Messina; ² UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti, Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti, Messina

La frattura da fragilità del collo del femore, che è correlata all'invecchiamento, costituisce una emergenza sanitaria in continuo aumento nella popolazione anziana.

Dal mese di Luglio 2007 la UOC di Geriatria del PO di Patti ha attivato un modello assistenziale ortogeriatrico dedicato al paziente anziano con frattura di femore che dalla UO di Pronto Soccorso afferisce alle UOC di Ortopedia e/o alla UOC di Geriatria. Dal 2007 al mese di Giugno 2012 sono stati degenti nell'area di Ortogeriatrico della UOC di Geriatria-Lungodegenza n. 292 pazienti con fratture di femore che sono stati monitorati con Valutazione Multidimensionale (VMD), con Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e con Barthel Index. Dei 292 pazienti osservati 20 pazienti non hanno potuto effettuare il trattamento chirurgico per le gravi condizioni cliniche espresse alla CIRS da un Indice di Severità > 3 e da un Indice di Comorbilità Complessa < 4. Inoltre 64 anziani hanno avuto bisogno di assistenza medica preoperatoria. L'Indice di Barthel riferito al periodo antecedente alla frattura di femore mostrava un punteggio medio + 70/100.

Degli anziani studiati n. 193 pazienti con frattura mediale del femore trattata con intervento chirurgico di artroprotesi hanno presentato il recupero della stazione eretta e sono stati dimessi tra il 15° ed il 25° giorno di degenza (degenza media 20 giorni). Gli altri pazienti, che hanno subito intervento chirurgico di osteosintesi, dopo due-tre giorni hanno assunto la posizione seduta, hanno effettuato il carico dopo 10-25 giorni e sono stati dimessi tra il 40° ed il 60° giorno di ricovero. Nei n. 272 anziani con frattura di femore trattati con intervento chirurgico che alla VMD hanno mostrato Indice di Comorbilità Complessa CIRS >3 (n. 210 pazienti = 75% del campione), declino cognitivo MMSE < 21 (n. 111 pazienti = 38% del campione) e Indice di Barthel preesistente al trauma < 50 (n. 58 pazienti = 20% del campione), sono stati evidenziati outcome riabilitativi inferiori in termini di durata della degenza, di recupero della efficienza, di tasso del recupero del cammino, di guadagno della riabilitazione, di riduzione della dipendenza funzionale. Per i soggetti portatori di altre comorbilità come lesioni da pressione, malnutrizione con albumina < 3,5 g/l, anemia con Hb < 13 g/dl (M) o < 12 g/dl (F), nonché la comparsa di infezioni durante il ricovero ospedaliero, l'outcome riabilitativo ha condizionato la degenza con aumento di 10 giorni della degenza.

L'outcome globale del progetto riabilitativo è stato quello di raggiungere lo stato funzionale preesistente alla frattura. Il modello assistenziale ortogeriatrico per la frattura di femore attivato nella UOC di Geriatria-Lungodegenza ha contribuito nel PO di Patti al raggiungimento di risultati più appropriati sulla qualità della vita e sui costi sanitari.

220

Progetto "Fracture Unit": ottimizzare l'approccio diagnostico-terapeutico nella gestione dell'anziano con frattura di femore da fragilità

E. Zampi¹, S. Leonardi¹, R. Serra¹, V. Prenni¹, M. Baroni¹, R. Gugliotta¹, A. Elmo¹, E. Spagnolo¹, S. Ercolani¹, G. Rinonapoli², P. Mecocci¹, C. Ruggiero¹

¹ Istituto di Gerontologia e Geriatria, Perugia; ² Istituto di Ortopedia e Traumatologia, Perugia

L'anziano ricoverato per frattura di femore è un soggetto ad alta complessità ed elevato rischio di eventi avversi. Per questo paziente è stata dimostrata l'efficacia della gestione multidisciplinare orto-geriatrica nell'ottimizzare gli esiti di salute per il paziente e l'efficienza del modello assistenziale.

Nell'ambito dell'attività ortogeriatrica, è stato ideato per gli anziani con frattura di femore da fragilità un percorso strutturato "Fracture Unit" rivolto ad implementare l'inquadramento diagnostico e la prescrizione terapeutica antifratturativa.

Lo studio prevede 3 fasi: 1) retrospettiva (gennaio-marzo 2011), in cui sono state esaminate 102 cartelle cliniche di anziani ospedalizzati per frattura di femore; 2) implementazione (aprile-dicembre 2011), in cui sono stati attivati protocolli per ottimizzare l'inquadramento diagnostico-terapeutico ed attività di aggiornamento sulla diagnosi e trattamento dell'osteoporosi; 3) prospettica (gennaio-marzo 2012), in cui sono stati analizzati gli indicatori di efficacia dell'intervento attuato sia esaminando le cartelle cliniche di 110 pazienti ospedalizzati per frattura di femore che rilevando gli eventi avversi a 12 mesi per i pazienti arruolati nel 2011. Sono state effettuate statistiche descrittive e di confronto tra i soggetti arruolati nel 2011 e quelli nel 2012 e stima del rischio relativo di cadute e rifratture a 12 mesi.

Nel 2011 e nel 2012, l'80% dei soggetti fratturati di femore sono donne ultraottantenni, che già assumevano trattamento antifratturativo nel 14% e 10% dei casi. Nel 2011 nessun soggetto era stato sottoposto ad indagini biomorali di primo livello e solo al 4% era stato consigliato un inquadramento diagnostico-terapeutico a fronte di un 55% di soggetti che hanno effettuato indagini biomorali e di un 57% a cui è stato programmato un inquadramento diagnostico nel 2012. L'intervento multidisciplinare ha determinato un incremento del 30% sia della prescrizione di calcio e vitamina D ($p < 0.0001$) che di farmaci antifratturativi ($p < 0,0001$). Solo il 60% dei soggetti hanno dichiarato buona aderenza al trattamento a 12 mesi. L'incidenza di caduta e di rifrattura a 12 mesi è stata rispettivamente del 27% e del 5%. Stratificando il campione in rapporto all'assunzione di terapia antifratturativa, il RR di frattura da caduta è di 1.5 (IC95% 1.2-5.7) nei soggetti trattati rispetto a RR 10 (IC95% 5.0-20.1) in quelli non trattati. L'implementazione del percorso strutturato "Fracture Unit" si è rivelata efficace nell'ottimizzare la gestione clinica e ridurre il rischio di rifrattura di anziani ospedalizzati per frattura di femore.

221

Tollerabilità della terapia con Denosumab nel paziente anziano con comorbidità

E.A. De Marinis, L. Tafaro, A. Devito, I. Indiano, S. Raja, M. Stefanelli, L. Toussan, R. Benvenuto, P. Falaschi

UO Geriatria, Azienda Ospedaliera S. Andrea Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Roma

Il Denosumab è un inibitore del RANK ligando per il trattamento dell'osteoporosi postmenopausale, è un anticorpo monoclonale umano di tipo IgG2 contro il RANKL, blocca gli osteoclasti prima che possano raggiungere l'osso mimando il meccanismo d'azione fisiologico dell'osteoprotegerina. Non legandosi all'osso questo farmaco è somministrabile subito dopo la frattura perché non interferisce con la riparazione della frattura ma sembrerebbe favorirla. Questo farmaco non è controindicato in pazienti con grave insufficienza renale ed epatica in quanto il suo metabolismo e la sua eliminazione segue la clearance delle immunoglobuline.

Lo scopo di questo studio è di valutare la tollerabilità della terapia con Denosumab in pazienti anziani ambulatoriali. Sono state incluse nello studio pazienti afferenti all'ambulatorio Osteoporosi-Geriatria dell'A. O. Sant'Andrea di Roma in un periodo tra novembre 2011 e luglio 2012 affette da osteoporosi severa a cui è stato possibile prescrivere il Denosumab 60 mg fl sc ogni 6 mesi poiché presentavano le caratteristiche necessarie per la rimborsabilità del SSN: sesso femminile, età >70aa, diagnosi di osteoporosi post-menopausale con aumentato rischio di fratture, pregresse fratture vertebrali o femorali, T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno < -4 o con almeno uno dei seguenti fattori di rischio aggiuntivi (storia familiare di fratture vertebrali e/o femore, artrite reumatoide e altre connettiviti, pregressa frattura osteoporotica al polso, menopausa precoce, terapia cortisonica cronica). Ad un mese dalla somministrazione le pazienti

sono state contattate telefonicamente per registrare la comparsa di eventuali effetti collaterali o reazioni avverse.

È stato possibile aprire il piano terapeutico per 45 pazienti di sesso femminile con età media $78,4 \pm 5,1$ aa (età minima 70aa, età massima 95 aa); il 95% delle pazienti presentava un T-score del femore < -3 mentre solo il 5% aveva un T-score femore < -4. I parametri di funzionalità renale ed epatica in media erano nei limiti della norma e data l'età media il campione presentava una comorbidità elevata (3+2,7). Ad un mese dalla somministrazione il 99% dei pazienti non ha presentato effetti collaterali né eventi avversi; c'è stato solo un caso di artromialgia persistente localizzata al tratto dorso-lombare in una paziente che per questo motivo ha deciso di non continuare la terapia.

Il Denosumab sembra quindi essere un farmaco che presenta una buona tollerabilità e l'unica paziente che ha presentato l'artromialgia alla colonna era affetta da rotocoliosi, anterolistesi L5-S1, protrusione discale L5-S1 spondilosi e crolli vertebrali multipli e la sintomatologia non è regredita sospendendo il farmaco. In conclusione nostri dati preliminari mostrano che è possibile trattare l'osteoporosi anche nell'anziano con comorbidità utilizzando un farmaco come il Denosumab che coniuga le conoscenze di biologia molecolare alle esigenze di pratica clinica del medico e del paziente.

222

Approccio ortogeriatrico al paziente anziano con frattura di femore: risultati di un modello interdisciplinare

M.C. Pizzoni¹, C. Cornali¹, P. Ranieri¹, H. Raed¹, I. Badini¹, B. Cossu¹, F. Azzola², G. Bonaspetti², A. Bianchetti¹, M. Trabucchi³

¹Dip.to Medicina e Riabilitazione Istituto Clinico S. Anna, Brescia; ²U.O. Ortopedia Istituto Clinico S. Anna, Brescia; ³Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

È dimostrato che la gestione interdisciplinare del paziente anziano con frattura di femore migliora gli outcome di salute e funzionali. Restano ancora dubbi sulla efficacia dei vari modelli organizzativi possibili (consulenziale, cogestionale, integrato).

Scopo dello studio è valutare l'efficacia di un modello di cogestione del paziente anziano (età = 75 anni) con frattura di femore in un setting ospedaliero (Istituto Clinico S. Anna di Brescia).

Il modello gestionale (iniziato nel gennaio 2012) prevede: a) ricovero del paziente nel reparto di ortopedia; b) gestione da parte di un team multidisciplinare (ortopedico e geriatra) della fase pre e post intervento; c) gestione geriatrica della fase riabilitativa.

Nel periodo gennaio-giugno 2012 sono stati ricoverati 58 soggetti con frattura di femore; di questi 56 sono stati sottoposti ad intervento (53% endoprotesi, 47% osteosintesi con chiodo PFNA).

L'età media dei soggetti operati è $83,2 \pm 6,4$ anni (20% maschi). Nell'88,9% dei casi il ricovero è avvenuto nello stesso giorno della frattura, nel 6,7% il giorno successivo e nel 4,4% oltre due giorni successivi. Il tempo medio fra il ricovero e l'intervento chirurgico è stato di $2,9 \pm 1,9$ giorni; il 51,1% dei pazienti viene operato entro 48 ore e il 13,3 entro 72 ore. La degenza media in ortopedia è risultata di $8,1 \pm 5,1$ e quella in riabilitazione di $21,0 \pm 10,5$. Il 68,3% dei pazienti è dimesso al domicilio con attivazione di assistenza domiciliare, il 24,4% dei pazienti è trasferito in reparto di riabilitazione generale geriatrica per prosecuzione della riabilitazione e il 2,4% direttamente in RSA.

Il Mini Mental State Examination (MMSE) medio era $18,8 \pm 7,8$; il 70% presenta valori di MMSE patologici (< 24). Il Charlson Index medio era di $2,8 \pm 2,7$.

Il Barthel Index (BI) premorbo medio era $86,4 \pm 19,1$; il 66,7% dei pazienti era totalmente autosufficienti al domicilio (BI = 90). Il BI medio alla dimissione dopo il periodo riabilitativo è risultato $48,7 \pm 22,6$; il 46% dei soggetti raggiunge una parziale autonomia (BI = 60).

Il 30% dei pazienti ha sviluppato durante la degenza delirium, il 41% infezioni delle vie urinarie, il 27,5% infezione delle vie respiratorie e il 10% scompenso cardiaco.

I fattori significativamente correlati al BI alla dimissione sono risultati l'età ($r = -0,036$; $p < 0,03$), il MMSE ($r = 0,37$; $p < 0,02$), in numero di funzioni perse (IADL) ($r = -0,31$; $p < 0,02$), il punteggio alla Geriatric Depression Scale ($r = -0,40$; $p < 0,05$) e il BI premorbo ($r = 0,614$; $p < 0,01$). Nessun effetto significativo assumono, in questa analisi dei dati preliminari, la comorbidità e il tempo intercorso prima dell'intervento chirurgico, anche se i soggetti che sono sottoposti all'intervento chirurgico entro 48 ore mostrano un più elevato livello di guadagno funzionale (delta BI premorbo vs dimissione, $p < 0,02$).

Un modello ortogeriatrico di co-gestione del paziente permette di sottoporre a intervento gran parte dei pazienti entro 48 ore e ottenere un miglioramento funzionale significativo.

223

Progetto pilota "orto-geriatria" in Umbria

R. Serra¹, V. Prenni¹, M. Baroni¹, R. Gugliotta¹, S. Leonardi¹, C. Loiacono¹, I. Priolella¹, E. Zengarini¹, S. Ercolani¹, G. Rinonapoli², A. Caraffa², P. Mecocci¹, C. Ruggiero¹

¹ Istituto Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia, Perugia; ² Istituto di Ortopedia e Traumatologia, Università di Perugia, Perugia

L'anziano ricoverato per frattura di femore è un soggetto fragile a massima complessità clinico-assistenziale ed elevato rischio di eventi avversi. Evidenze scientifiche suggeriscono che la gestione di questi pazienti secondo la metodologia multidisciplinare orto-geriatrica è in grado di ottimizzare gli indicatori di qualità di assistenza offerta.

Obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia dell'intervento in co-management orto-geriatrico in termini di esiti clinici ed assistenziali a breve e medio termine.

È stata costituita un'Unità Ortogeriatrica, composta da 2 geriatri e 2 ortopedici operanti presso la S.C. Traumatologia, che quotidianamente valutano e si confrontano sulla gestione delle problematiche clinico-assistenziali degli ultra70enni ricoverati per frattura di femore da fragilità. Nel periodo Marzo-Maggio 2012, sono stati arruolati nel progetto pilota 72 pazienti (circa 80% dei ricoverati per frattura femorale da fragilità). Tutti i soggetti arruolati sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale basale, quotidiana condivisione tra geriatra ed ortopedico degli interventi diagnostico-terapeutici più appropriati per la durata della degenza, follow-up telefonico a 1 e 3 mesi dalla dimissione rivolto a raccogliere informazioni su stato vitale, livello di autonomia funzionale ed utilizzo di risorse socio-sanitarie. Sono presentate le analisi descrittive dei dati raccolti al basale ed al follow-up a 3 mesi nei 32 soggetti arruolati nel Marzo 2012.

Le caratteristiche del campione al basale sono riportate in Tabella 1. A fronte dell'elevata percentuale di pazienti con grave rischio operatorio (81%), quasi la metà (47%) è stata sottoposta ad intervento chirurgico entro 48h dall'ingresso. La rapida identificazione e trattamento delle complicanze post-operatorie sia maggiori (41%) che minori (94%) ha consentito la dimissione del 53% dei pazienti in quarta giornata e del 31% in sesta giornata post-operatoria. La durata media di degenza è risultata pari ad 8 giorni. La mortalità intraospedaliera è stata del 3%. Il tasso di mortalità e di riospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione è stato rispettivamente pari a

Tab. 1.

	Campione totale al basale (n = 32)
Età, anno, M ± DS	85 ± 6.7
Donne, N(%)	26 (82,3 %)
BMI Kg/m ² , M ± DS	25 ± 2.9
Disabilità pre-ricovero (ADL score ≤ 3/6), N (%)	11 (39%)
Numero di patologie, M ± DS	5.1 ± 2.2
Numero di farmaci, M ± DS	3.8 ± 2.6
ASA score ≥ 3, N(%)	27 (81%)

11% e 12%, rimanendo invariato a 90 giorni. Il 54% dei pazienti ha richiesto almeno una visita domiciliare da parte del MMG o altro specialista. A 90 giorni dalla dimissione, l'88% dei pazienti è rientrato al proprio domicilio, il 56% presentava una disabilità di grado severo (ADL 3/6) e il 31% necessitava di assistenza privata.

La gestione di anziani fragili fratturati di femore secondo metodologia di co-management orto-geriatrico sembrerebbe efficace nell'ottimizzare gli outcome di processo assistenziale (time to surgery, durata degenza), quelli di esito di salute per i pazienti (gestione efficace delle complicanze intra-ospedaliere e mortalità) e quelli inerenti l'utilizzo di risorse sanitarie (riospedalizzazione e visite mediche a 3 mesi).

224

Fattori predittivi di delirium post-operatorio dopo chirurgia per frattura di femore in pazienti affetti e non affetti da demenza

P. Mazzola¹, G. Bellelli¹, M. Corsi², G. Annoni¹

¹ Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università degli Studi di Milano-Bicocca e Clinica Geriatrica, A.O. San Gerardo, Monza; ² Clinica Geriatrica, A.O. San Gerardo, Monza

L'intervento chirurgico per frattura di femore si associa frequentemente ad elevata incidenza di delirium post-operatorio¹. I pazienti affetti da demenza, secondo il modello multifattoriale di delirium, sono più predisposti a sviluppare tale condizione a causa della loro maggiore vulnerabilità di base². Pochi studi, tuttavia, hanno valutato i fattori di rischio per delirium incidente post-chirurgico nei pazienti affetti da demenza.

Identificare i fattori di rischio associati all'insorgenza di delirium post-operatorio in una popolazione di pazienti ortogeriatrici sottoposti a chirurgia per frattura di femore, suddivisi in base alla presenza di deterioramento cognitivo pre-esistente alla frattura.

Sono stati retrospettivamente arruolati 344 soggetti consecutivamente dimessi dall'Unità di Ortogeriatrica della A.O. San Gerardo nel periodo 2007-2011, raccogliendone dati anagrafici, indici di laboratorio, caratteristiche cliniche e funzionali di base (Charlson Comorbidity Index, anamnesi positiva per demenza, livello di autonomia pre-frattura nelle Activities of Daily Living), tempo ricovero-intervento e potenziali fattori di rischio (sia intra- che peri-operatori) per delirium incidente. La presenza di tale condizione è stata valutata tramite un metodo validato di revisione delle cartelle cliniche³. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software PASW Statistics 18.

I soggetti arruolati sono stati suddivisi in due gruppi in base alla presenza di deterioramento cognitivo pre-esistente la frattura: cognitivamente integri (gruppo 1, n = 177), affetti da demenza (gruppo 2, n = 167). Quest'ultimo gruppo ha incluso i soggetti con diagnosi di demenza codificata e coloro che pur non avendo diagnosi formale avevano un punteggio MMSE = 20/30 all'assessment geriatrico. Questi ultimi erano significativamente più anziani, più dipendenti nelle ADL, più comorbidi, ed utilizzavano un maggior numero di farmaci psicoattivi rispetto ai soggetti del gruppo 1. Alla dimissione tendevano ad essere istituzionalizzati in misura maggiore rispetto agli altri. In un'analisi di regressione logistica multivariata la demenza è risultata il principale fattore predittivo di delirium post-operatorio (vedi tabella). Nelle analisi separate, la dipendenza nelle ADL (per i gruppi 1 e 2) e l'utilizzo di anestesia combinata generale + blocco periferico (per il gruppo 2) hanno altresì mostrato un ruolo predittivo sull'insorgenza di delirium.

Il nostro studio conferma il ruolo del deficit cognitivo e della disabilità pre-esistenti alla frattura come fattori di rischio per lo sviluppo di delirium post-operatorio. Per i soggetti affetti da demenza, la scelta del tipo di anestesia e delle modalità di controllo del dolore post-operatorio dovrebbero essere attentamente valutate nel piano di prevenzione del delirium.

Tab. I. Analisi di regressione logistica (multivariata) per l'identificazione dei fattori predisponenti al delirium post-operatorio.

FATTORI DI RISCHIO	Adjusted Odds Ratio (Intervallo di Confidenza al 95%) P-Value		
	Cognitivamente integri (n = 177)	Affetti da probabile Demenza (n = 167)	Popolazione totale (N = 344)
Sesso maschile	1.97 (0.66-5.86).222	1.78 (0.62-5.12).282	2.18 (1.02-4.66).045
Charlson Comorbidity Index ≥ 5	2.13 (0.61-7.44).238	-	1.44 (0.69-2.98).328
Stato di dipendenza pre-frattura nelle ADL	2.82 (0.98-8.15).050	2.40 (1.02-5.61).044	2.82 (1.47-5.40).002
Punteggio MMSE	0.87 (0.72-1.05).149	-	-
A.S.A. score	1.59 (0.62-4.08).338	-	0.97 (0.56-1.70).925
Albuminemia < 3.5 g/dL	-	1.62 (0.82-3.22).168	1.44 (0.83-2.50).196
Anestesia combinata (generale + blocco nervoso periferico)	-	2.80 (1.35-5.83).006	2.01 (1.13-3.57).018
Trasfusione di >2 unità di emazie	-	1.64 (0.81-3.34).169	1.73 (0.98-3.05).059
Probabile demenza	N/A	N/A	6.38 (3.31-12.30) < .001

N/A = non applicabile

BIBLIOGRAFIA

- Bruce AJ, Ritchie CW, Blizard R, et al. *The incidence of delirium associated with orthopedic surgery: a meta-analytic review.* Int Psychogeriatr 2007;19:197-214.
- Inouye S. *Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients.* Dement Geriatr Cogn Disord 1999;10:393-400.
- Inouye SK, Leo-Summers L, Zhang Y, et al. *A chart-based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the confusion assessment method.* J Am Geriatr Soc 2005;53:312-8.

225**Caratteristiche cliniche ed aderenza terapeutica di anziani afferenti al centro per la prevenzione delle fratture**

E. Zengarini, S. Corradi, M. Baroni, I. Prioleta, E. Spagnolo, A. Elmo, L. Pelini, P. Mecocci, C. Ruggiero

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia, Perugia

L'osteoporosi è una patologia scheletrica a genesi multifattoriale molto frequente nella popolazione anziana, spesso sottodiagnosticata, inadeguatamente studiata e sottotrattata proprio nei soggetti a maggior rischio di fratture.

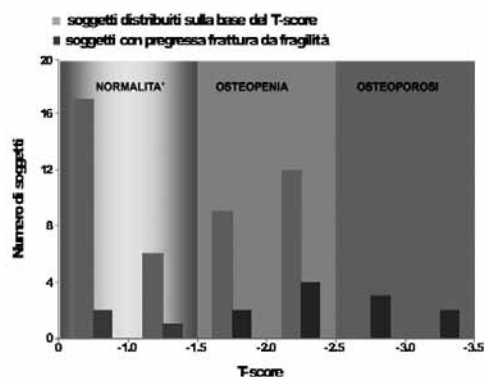
Obiettivo di questo studio è descrivere le caratteristiche basali diagnostico-terapeutiche e l'aderenza alle indicazioni ricevute nell'arco dei successivi 24 mesi. Sono stati presi in esame i dati raccolti su 53 soggetti ultra60enni sottoposti a valutazione multidimensionale, che includeva rilevazione dei fattori di rischio clinico per osteoporosi, rischio di caduta, densitometria ossea mediante DEXA, indicazioni terapeutiche. È stato condotto follow-up telefonico a 24 mesi allo scopo di rilevare l'aderenza alle indicazioni diagnostico-terapeutiche ricevute.

Le caratteristiche del campione, composto per il 90% da donne con età media di 70.73 ± 6.34 , sono riportate in tabella 1. Il 34% (18) del campione risulta clinicamente affetto da osteoporosi, il 12% (6) del quale dichiara di conoscere già la diagnosi e di assumere almeno un trattamento. Il 56% (30) dei soggetti risulta invece affetto da osteopenia, l'80% (24) dei quali presenta uno o più fattori di rischio clinico per osteoporosi. Indipendentemente dalla diagnosi, il 29% (14) dei soggetti dichiara di essere affetto da una o più pregresse fratture da fragilità (femore, vertebra, polso). La prevalenza di soggetti con pregresse fratture da fragilità passa dal 12% in quelli con normale densità minerale ossea, al 26% negli osteopenici ed infine al 56% in quelli osteoporotici (Fig. 1). La metà del campione (12/23) dichiara di aver effettuato le indagini di approfondimento diagnostico di I e II livello consigliate, 23 (43%) soggetti di aver ricevuto chiare indicazioni terapeutiche alle quali si attengono solo nel 65% (15) dei casi. Al follow-up terapeutico a 2 anni, 33 (62%) soggetti dichiarano di assumere almeno un trattamento antifratturativo (30% supplemento di calcio e vitamina D; 42% solo supplemento di vitamina D; 27% bisfosfonati o dual action), che nel 66% (22) dei

casi corrisponde a quello consigliato. L'aderenza al trattamento, valutata nel 75% (25/33) dei soggetti, è risultata superiore all'80% solo nel 28% dei casi. L'osteoporosi è una sindrome sottovalutata sia da chi ne è affetto, particolarmente se soggetto anziano, che dai loro curanti. Pertanto, gli anziani osteoporotici risultano sottotrattati, anche laddove siano già presenti fratture da fragilità. È necessario ottimizzare l'approccio diagnostico-terapeutico ed identificare strategie per migliorare l'aderenza al trattamento proprio nella popolazione anziana in quanto quella responsabile della crescente epidemia delle fratture da fragilità.

Tab. I. Caratteristiche della popolazione (n = 53).

Donne n (%)	48 (90.6)
Età (media \pm DS)	70.7 ± 6.3
BMI (media \pm DS)	25.8 ± 4.2
Pregressa frattura n (%)	14 (26.4)
Fumo n (%)	6 (11.3)
Ridotto introito di calcio n (%)	8 (15.1)
Epatopatie n (%)	0
IRC n (%)	3 (5.7)
BPCO n (%)	2 (3.8)
Artrite reumatoide ed altre malattie infiammatorie croniche n (%)	4 (7.5)
Tireopatie n (%)	14 (26.4)
Diabete Mellito tipo 2 n (%)	6 (11.3)
Neoplasie n (%)	4 (7.5)
Cortisonici n (%)	3 (5.7)
Anticoagulanti orali n (%)	3 (5.7)
Antiepilettici n (%)	0

**Fig. 1.**

226

Il delirium in ortogeriatría: incidenza, persistenza e fattori associati

M. Pagani¹, S. Ghirmai¹, C. Corsini¹, S. Fabbrini², C. Carlino¹, F. Furlani¹, M. Cavanna¹, I. Scarabello¹, B. Bernardini¹, M. Berlusconi¹

¹ IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (Milano); ² Istituto Geriatrico P. Redaelli, Milano

Il delirium è una delle complicazioni più frequenti e temibili nella fase perioperatoria dei pazienti, associato a cattivi esiti clinici e funzionali. L'identificazione dei fattori associati al delirium può portare ad una stratificazione dei pazienti a rischio, utile per la messa in atto di strategie di cura preventive e di maggior efficacia.

Obiettivi dello studio sono di valutare l'incidenza di delirium in una casistica di pazienti operati per frattura di femore ed identificare i fattori associati alla sua insorgenza e persistenza.

Metodi e pazienti. Studio prospettico osservazionale su 335 pazienti (75% donne, età media 83+7 anni) operati per frattura prossimale del femore da fragilità, seguiti nella Ortogeriatría del nostro Istituto. Il progetto Ortogeriatría è iniziato nel 2009, disegnato come un percorso di "fast track surgery" co-gestito in equipe multidisciplinare fra traumatologi, geriatri ed anestesisti.

Le caratteristiche pre-frattura dei pazienti ed i processi-esiti della degenza in traumatologia sono stati misurati con un sistema standardizzato di indicatori. Per l'identificazione del delirium è stato utilizzato il Confusion Assessment Method. Tutti gli indicatori e le misure sono stati rilevati da un medico geriatra.

Risultati. Il 23% pazienti aveva una storia di deterioramento mentale severo. Il 75% aveva due o più patologie croniche pre-frattura. L'incidenza di delirium è stata del 31.6%, più frequente tra i pazienti con anamnesi positiva per demenza rispetto ai pazienti con anamnesi negativa (60% vs 23%; $p < 0.000$). Alla dimissione l'8.0% dei pazienti aveva ancora delirium persistente (segni clinici e/o trattamento con farmaci antipsicotici). Le infezioni ($p < 0.001$) e gli eventi avversi non infettivi ($p < 0.05$) sono risultati fattori significativamente associati all'insorgenza/persistenza del delirium. I pazienti con anamnesi positiva per demenza e/o delirium persistente sono stati dimessi con livelli funzionali significativamente peggiori rispetto ai pazienti senza anamnesi di demenza e/o delirium persistente.

L'anamnesi positiva per demenza è il fattore predittivo più potente di insorgenza e persistenza di delirium nei pazienti portati per frattura di femore. Nella nostra casistica, le infezioni gli eventi avversi non infettivi maggiori appaiono concause importanti di delirium. I nostri dati sono coerenti con auto riportato in letteratura e indirizzano verso una quantificazione puntuale del rischio di delirium e delle sue conseguenze.

BIBLIOGRAFIA

Bernardini B, Gardella M. *IPER 2 (Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione) Manuale d'uso*. Scaricabile dal sito: <http://www.arsliguria.it/images/stories/docs/pdf/quaderno10.pdf>. Ultimo accesso 10 luglio 2012.

RIABILITAZIONE GERIATRICA

229

Utilizzo del dispositivo computer-assistito ULTRA® in aggiunta alla terapia occupazionale nel trattamento delle lesioni dell'arto superiore post-ictus. Casi clinici

B. Vallotti¹, T. Biondi¹, V. Tosti¹, C. Panunzi¹, A. Baroni¹, F. Mayer¹, A. Scoglio², Z. Curto²

¹ IFCG-GIOMI, Firenze; ² Humanware Scuola Superiore S. Anna, Pisa

Il dispositivo computer-assistito ULTRA® (Upper Limb TRacker), è uno strumento meccatronico per la rieducazione dell'arto superiore (spalla, gomito

e polso). È costituito da un manipolo connesso con un braccio articolato che registra i movimenti nello spazio e da una interfaccia grafica che permette esercizi di tracking e reaching di bersagli virtuali, statici o dinamici.

Lo scopo dello studio è quello di osservare in prova aperta le possibilità di impiego di ULTRA® in aggiunta alla terapia occupazionale (TU), rispetto alla sola terapia occupazionale (TO) sul recupero motorio e funzionale dell'arto superiore; gli effetti sui parametri cinematici accuratezza e velocità del movimento.

Risultati: due pazienti, affetti da esiti di ictus emorragico, hanno effettuato prima un training con la sola TO e successivamente TU.

Il paziente 1 ha mostrato, dopo TO, un incremento dei valori di FMI vs FMF di 6 punti (43 vs 49), in seguito, dopo TU un ulteriore incremento di 1 punto (49 vs 50), il paziente 2 è rimasto invariato nei punteggi di sia dopo la TO che dopo TU (FMI e FMF = 42).

Il terzo e quarto paziente (affetti rispettivamente da esiti di ictus ischemico ed emorragico) hanno effettuato prima training con TU e successivamente TO.

Il terzo soggetto ha mostrato un incremento dei valori di FM di 12 punti (23 vs 35) dopo TU e successivamente con TO di 6 punti (35 vs 41).

Il quarto paziente, dopo TU ha acquistato 9 punti alla FM (41 vs 50) e dopo ulteriori 15 giorni di TO 6 punti (50 vs 56).

Per quanto riguarda la Wi-Wf l'andamento del miglioramento rispecchia quello della FM sia per quanto riguarda il tempo di esecuzione che per la prova col dinamometro che per i punteggi nelle abilità.

Gli indici di performance motoria (velocità e accuratezza), in tutti i soggetti, hanno mostrato una riduzione della velocità di esecuzione del training inizio-fine trattamento e una migliore accuratezza.

I 4 casi clinici hanno evidenziato un miglioramento nella motricità e nelle attività funzionali dell'arto superiore. Tale risultato è maggiore nei primi 15 giorni del training, rispetto ai successivi sia con TO che con TU. Inoltre nei due soggetti che hanno effettuato precocemente TU si nota un recupero maggiore nella motricità.

Tutti i soggetti hanno privilegiato l'accuratezza nell'esecuzione del compito rispetto alla velocità di esecuzione.

I dati preliminari incoraggiano la prosecuzione dello studio, e, nella pratica clinica, l'uso precoce della macchina ULTRA® nel trattamento riabilitativo delle lesioni post-ictus dell'arto superiore.

230

Miglioramento nell'equilibrio in degenza riabilitativa: efficacia misurata mediante test Tinetti

E. Marelli¹, M. Colombo¹, G. Procino¹, G. Previderè¹, M. Cairati¹, S. Giorgi¹, P. Caspani¹, S. Bruno¹, M. Cottino¹, A. Guaita²

¹ Istituto Geriatrico "Camillo Golgi", Abbiategrasso (Mi); ² Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (Mi)

I deficit in equilibrio sono importanti per frequenza, specificità fisiopatologica e rilevanza clinica – funzionale presso i pazienti anziani. Tali difetti sono suscettibili di correzioni¹.

Misurare l'esito, in termini di indicatori di equilibrio statico e dinamico, del percorso riabilitativo seguito da pazienti curati presso reparti riabilitativi dell'Istituto Golgi. Allo scopo è stato scelto il test Tinetti: efficiente, pratico, sicuro, semplice, breve e ripetibile; tra gli strumenti più utilizzati e validati, è particolarmente per valutare il rischio di caduta nei soggetti anziani. Sono state studiate 1997 persone, 70 % femmine, ricoverate presso i reparti di riabilitazione specialistica, generale e geriatrica, e di mantenimento, dell'Istituto Golgi. La loro età era compresa tra i 20 ed i 100 anni, con media = 79 anni, deviazione standard = 8,7 anni, moda = 82 anni.

Il guadagno in equilibrio è stato riportato in termini di: A) misure di distribuzione, e B) ripartizioni in classi. A) Alla ammissione, il valore mediano per il test Tinetti era rispettivamente di 6 per l'equilibrio e di 5 per la marcia; alla dimissione, i valori corrispondenti diventavano 10 e 9; per il punteggio totale, la mediana alla ammissione era 11, alla dimissione 18. All'ingresso ben oltre la metà dei pazienti si trovava a forte rischio di caduta; a costoro, vanno aggiunti circa 7 % di pazienti a cui il test non era neppure proponibi-

le. 88,7 % dei pazienti hanno ottenuto un miglioramento al punteggio totale nel test Tinetti, 2,1 % sono andati incontro ad un peggioramento, e 9,3 % non hanno riportato nessun cambiamento. I guadagni medi (deviazione standard) al test Tinetti sono stati rispettivamente: equilibrio = 3,9 (3,2), marcia = 3,1 (2,9), punteggio totale = 7 (5,6). La significatività statistica dei cambiamenti nei punteggi è elevata (p.000 al test di Wilcoxon). 77 % di tutti i pazienti sono classificabili come “responsivi” al test Tinetti, avendo conseguito un incremento ≥ 3 punti al punteggio totale.

B) È stato ottenuto uno spostamento (p. 000) nella distribuzione in classi di punteggio totale al test Tinetti, tra ingresso ed uscita dal reparto, come da tabella:

Evoluzione di classi di Tinetti sul totale dei pazienti:			
Ripartizione test Tinetti in classi	Punteggio totale 0-18	Punteggio totale 19-23	Punteggio totale ≥ 24
% di pazienti alla ammissione	87,4	10,2	2,4
% di pazienti alla dimissione	50,4	33,3	16,4

I nostri risultati sul miglioramento dell'equilibrio statico e dinamico concordano con la letteratura. L'equilibrio – misurato mediante un indicatore a forte rilevanza “ecologica” – è suscettibile di un miglioramento specifico, anche dopo gli 80 anni.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Kuptniratsaikul V, Praditsuwan R, Assantachai P, et al. *Effectiveness of simple balancing training program in elderly patients with history of frequent falls.* Clin Interv Aging 2011;6:111-7.

231

Dolore, delirium ed equilibrio: una interazione complessa in riabilitazione geriatrica

M. Colombo¹, E. Marelli¹, G. Procino¹, G. Previderè¹, M. Cairati¹, S. Giorgi¹, P. Caspani¹, S. Bruno¹, M. Cottino¹, A. Guaita²

¹ Istituto Geriatrico “Camillo Golgi”, Abbiategrasso (Mi); ² Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (Mi)

Dolore 1, e “confusione acuta” [o “delirium”] contraddistinguono la fragilità dei pazienti ricoverati in riabilitazione. Entrambi possono nuocere alle prestazioni motorie, compreso l'equilibrio.

Rilevare i collegamenti tra miglioramenti nell'equilibrio – misurati mediante il test Tinetti – e la presenza e/o evoluzione di: A) dolore e B) delirium, durante la degenza riabilitativa. Sono state studiate 1997 persone, 70 % femmine, ricoverate presso i reparti di riabilitazione specialistica, generale e geriatrica, e di mantenimento, dell'Istituto Golgi. La loro età era compresa tra i 20 ed i 100 anni, con media = 79 anni, deviazione standard = 8,7 anni, moda = 82 anni.

A) Mediana, moda ed intervallo interquartile erano rispettivamente = 5, 0 e 7,75 in ingresso, e 0, 0 e 5 in dimissione. 53 % dei pazienti hanno ottenuto un lenimento del dolore ≥ 1 punto [in una scala compresa tra 0 e 10, ove una riduzione di 1 punto viene considerata come una “minima differenza significativa”]. Il guadagno in punteggio totale al test Tinetti (7 punti) risulta debolmente correlato al livello del dolore accusato in dimissione (Spearman's rho = -.6, p = 0.43).

B) 8,4 % dei degenti presentava delirium alla ammissione (3,3 % solamente all'ingresso, 5,1 % anche intercorrente); 5,2 % dei pazienti hanno manifestato delirium solo in modo intercorrente. La tripartizione in classi al punteggio totale (≤ 18 / tra 19 e 23 / ≥ 24) di test Tinetti [sia alla ammissione che alla dimissione] è risultata migliore per i pazienti che non hanno presentato delirium, né alla ammissione né intercorrente (p.000 alla tabella di contingenza). La responsività al test Tinetti (guadagno ≥ 3 punti al punteggio totale) è migliore per chi non è andato incontro a delirium intercorrente (p.001). Sia la differenza nel punteggio totale al test Tinetti tra dimissione ed ingresso (p.041 al test di Kruskal – Wallis), che la ripartizione

in responsività al test Tinetti, risultano statisticamente differenti a favore dei pazienti che non hanno mai presentato delirium, rispetto a quelli che lo hanno manifestato solo in ammissione, solo intercorrente, o sia in ammissione che intercorrente. Anche la ripartizione nelle 3 classi di punteggio totale al test Tinetti, sia alla ammissione che alla dimissione, riporta uno sbilanciamento analogo, con elevata significatività statistica (p.000).

I nostri risultati confermano i dati di letteratura secondo cui “sindromi geriatriche” quali il dolore 1 ed il delirium incidono negativamente sul processo riabilitativo. In particolare il delirium – espressione a livello cerebrale della fragilità dell'individuo che vi va incontro – interferisce sul recupero in equilibrio.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Kwan MM-S, Lin S-I, Chen C-H, Close JCT, Lord SR. Sensorimotor function, balance abilities and pain influence Timed Up and Go performance in older community-living people. Aging Clin Exp Res 2011; 23: 196-201

232

La psicomotricità come nuovo progetto pilota del consorzio San Raffaele nelle RSA di Andria e di Troia

M. Lopopolo¹, M. Di Pasqua², M.T. Amenduni¹, G. Tortorella²

¹ Andria (BT); ² Troia (FG)

L'idea di inserire nel programma di Terapia Occupazionale la Psicomotricità nasce dalla volontà di incrementare l'attività riabilitativa del paziente demente. La Psicomotricità è indicata per pazienti con demenza di grado moderato-severo. Tale attività cerca di impostare una rieducazione prassica, psicosociale e dei processi cognitivi per far riscoprire la capacità di riuscita nell'interazione con il mondo esterno e il benessere fisico legato al movimento. La Psicomotricità, è quindi un'azione psicologica che utilizza i suoi mezzi per rafforzare le funzionalità psico-motorie del soggetto. Si arriva così ad una concezione globale della rieducazione, sia a livello fisiologico che a livello cognitivo-comportamentale, orientando il paziente a una migliore qualità di vita.

Favorire il riapprendimento dei movimenti complessi e coordinati, scindendoli in movimenti semplici e gradualmente più complessi.

Il processo motorio non va quindi ingenuamente identificato con la riproduzione visibile di un movimento ma con il meccanismo cognitivo sottostante, ossia con la capacità di progettare un'azione in vista di uno scopo, rievocare un programma motorio adeguato e adattabile, differenziare e integrare tale programma sulla base di un nuovo modello, controllare il nuovo programma attraverso il risultato parziale o globale dell'azione. Gli elementi chiave sono: motivazione, ripetizione, attenzione, memoria (abilità cognitive con le caratteristiche di accessibilità e disponibilità). La Psicomotricità incrementa e rafforza anche le funzioni emotivo-affettive stimolando la “motivazione”, cioè quell'agente fisiologico, cognitivo ed emotivo che organizza il comportamento individuale verso uno scopo finalizzato a soddisfare bisogni attinenti al corpo (ricerca di esperienze cinestetiche piacevoli e di autocontrollo del proprio corpo), attinenti all'ambiente (ricerca di competenze motorie adatte a padroneggiare la realtà esterna), attinenti agli altri (ricerca di identificazione positive col gruppo, cooperazione e confronto), attinenti al SÈ (ricerca di fiducia in se stessi, d'identità e di arricchimento dell'autopercezione).

La Psicomotricità, nel soggetto affetto da demenza, è importante perché stimola le capacità mentali e fisiologiche contribuendo a migliorare notevolmente la qualità della vita del paziente. Si riscontra un consumo di energie in eccesso, un migliore sonno notturno, un incoraggiamento ed uno stimolo ai rapporti interpersonali del malato, in poche parole il paziente vive cercando di allontanare quanto più possibile il “sopravvivere” della inattività motoria caratterizzato dall'impovertimento dell'anima e dell'intelletto. Oltre alle funzioni emotive-affettive, la Psicomotricità, impedisce al demente, la regressione psico-fisica.

233

L'attività fisica adattata in pazienti geriatrici con polipatologia nelle R.S.A. del Consorzio San Raffaele: follow-up 12 mesi

G. Belgiovine¹, L.M. Addante², A. Allegretti¹, A. Cannone², M. Moret Lurilli¹, M. Miracapillo¹

¹ Andria (BT); ² Modugno (BA)

La "Attività Fisica Adattata" (A.F.A.) è un programma specifico di esercizi svolti in gruppo ed appositamente disegnati per cittadini con malattie croniche, capaci di migliorare lo stile di vita e di prevenire o limitare la disabilità. Valutare l'efficacia di un progetto di attività motorie atte al mantenimento funzionale e alla prevenzione, adattato e somministrato a soggetti geriatrici affetti da polipatologia compensata farmacologicamente, ricoverati presso le RSA, mediante la valutazione tempestiva dei deficit clinico-funzionali globali ("Gestione riabilitativa di pazienti geriatrici affetti da pneumo-patie croniche in r.s.a.: follow-up a 6 mesi" E. Tupputi, et al.; Multidisciplinary Respiratory Medicine 2011), proseguendo il mantenimento del benessere acquisito e la prevenzione dell'insorgenza di uno stato di totale cronicità e disabilità, quindi attraverso un fisiologico proseguimento della riabilitazione. Valutati 80 soggetti (40 M; 40 F; età media 80,5 anni), escludendo gli stati comatosi, ricoverati in R.S.A. del Consorzio San Raffaele. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un programma di A.F.A. (esercizi di mantenimento dei passaggi posturali con corretto allineamento, attività motoria semplice o coordinata, training deambulatorio del passo e esercizi di mantenimento funzionale e propriocettivo), con una cadenza di 25 sedute mensili da 45 min. per un periodo di degenza di 12 mesi. I pazienti sono stati valutati, all'inizio del training e dopo 3, 6, 9, 12 mesi mediante le seguenti scale di valutazione: attività base di Vita Quotidiana (ADL) e Attività strumentali di Vita Quotidiana (IADL), per valutare l'autonomia nelle attività di vita quotidiana; Barthel index, per quantificare e monitorare il grado di disabilità; Tinetti Equilibrio e Tinetti Andatura, per valutare i deficit della coordinazione neuromotoria necessaria all'attività di deambulazione ("Gestione riabilitativa di pazienti con polipatologia in r.s.a. del Consorzio San Raffaele: follow-up a 1 anno" G. Belgiovine et al.; Atti 56° Congresso Nazionale S.I.G.G. 2011). I dati ADL, IADL, Barthel Index e Tinetti, sono stati ottenuti calcolando il valore medio su tutti i soggetti valutati. I dati riscontrati all'inizio del training definiscono una popolazione il cui assessment clinicofunzionale è costituito da fragilità di tipo medio-grave, da un livello di disabilità elevato, da un elevatissimo rischio di caduta. Nelle successive valutazioni, invece, sono evidenti soltanto i progressi funzionali grazie al training progettato, che forniscono un dato significativo, confrontabile rispetto al tempo, e che trovano conferma nelle osservazioni cliniche.

I risultati ottenuti confermano l'efficacia della A.F.A. sia come forma di mantenimento della motilità complessiva e delle abilità funzionali che di prevenzione della disabilità; si evidenzia, inoltre, l'incidenza positiva sull'andatura e sulla postura nei diversi decubiti e nel promuovere il benessere anche nelle persone sane.

Scales	Gruppo sperimentale					Ranges
	Time "0"	Time "3"	Time "6"	Time "9"	Time "12"	
ADL	3.4	3.8	4.2	4.7	5.2	0-6
IADL	2.7	3.3	3.7	4.3	4.8	0-8
BARTHEL	45.3	48.6	55.6	60.2	64.3	0-100
TINETTI	10.3	12.4	14.2	17.8	19.3	0-28

234

Gestione dei pazienti geriatrici affetti da BPCO nelle R.S.A del Consorzio San Raffaele: follow-up a 12 mesi

L.M. Addante¹, G. Belgiovine², A. Bertolini¹, M. Santoro³, A. Allegretti², E. Tupputi², G. Vitobello², N. Colasuonno², F. Monterisi², G. Coratella²

¹ Modugno (BA); ² Andria (BT); ³ Ostuni (BR)

La valutazione quantitativa dei deficit clinico-funzionali globali di soggetti geriatrici ricoverati presso le R.S.A. affetti anche da pneumopatologie croniche ("Gestione riabilitativa di pazienti geriatrici affetti da pneumo-patie croniche in r.s.a.: follow-up a 6 mesi" E. Tupputi, et al.; Multidisciplinary Respiratory Medicine 2011) compensate farmacologicamente, indirizzata a consentire il monitoraggio, il mantenimento funzionale globale acquisito e la prevenzione dell'insorgenza di uno stato di totale cronicità e disabilità. Sono stati valutati 100 soggetti (50 M; 50 F, età media 83,5), escludendo gli stati comatosi, ricoverati nelle R.S.A. del Consorzio. I soggetti sono stati sottoposti ad un progetto riabilitativo costituito da un programma di rieducazione respiratoria (fisioterapia toracica, allenamento dei muscoli respiratori, ossigenoterapia al bisogno) e da un programma di rieducazione neuromotoria (rieducazione ai passaggi posturali con corretto allineamento, training deambulatorio del passo e rieducazione funzionale), con una cadenza di 20 sedute mensili da 45 min. per un periodo di degenza di 12 mesi. I pazienti sono stati valutati, all'inizio del training e dopo 3, 6, 9, 12 mesi mediante le seguenti scale di valutazione: attività base di Vita Quotidiana (ADL) e Attività strumentali di Vita Quotidiana (IADL), per valutare l'autonomia nelle attività di vita quotidiana; Barthel index, per quantificare e monitorare il grado di disabilità; Tinetti Equilibrio e Tinetti Andatura, per valutare i deficit della coordinazione neuromotoria necessaria all'attività di deambulazione ("Gestione riabilitativa di pazienti con polipatologia in r.s.a. del Consorzio San Raffaele: follow-up a 1 anno" G. Belgiovine et al.; Atti 56° Congresso Nazionale S.I.G.G. 2011) e scala di BORG modificata, per valutare la dispnea.

I dati ADL, IADL, Barthel Index, Tinetti e la scala di Borg, sono stati ottenuti calcolando il valore medio su tutti i soggetti valutati. I dati riscontrati all'inizio del training definiscono una popolazione il cui assessment clinicofunzionale è costituito da fragilità di tipo medio-grave, da un livello di disabilità elevato, da un elevatissimo rischio di caduta e da un grado di dispnea piuttosto intensa. Nelle successive valutazioni, invece, sono evidenti soltanto i progressi grazie al training combinato, che forniscono un dato significativo, confrontabile rispetto al tempo, e che trovano conferma nelle osservazioni cliniche.

I risultati ottenuti confermano l'efficacia del progetto riabilitativo combinato (rieducazione neuromotoria e rieducazione respiratoria) sia come forma di recupero che di mantenimento e prevenzione della motilità complessiva e delle abilità della vita quotidiana; si evidenzia inoltre l'incidenza positiva della rieducazione respiratoria nel follow-up di studio a 12 mesi non solo sull'andatura e sulla postura nei diversi decubiti ma anche nella gestione della dispnea in pazienti affetti da pneumopatologie croniche.

235

Progetto Arca: l'impatto del trattamento riabilitativo in associazione alle cure mediche sulla disabilità nei pazienti accolti presso l'Ospedale di Comunità di Tregnago

L. Bottacini¹, C. Castiglioni¹, F. Piubello², J. Bakri³, R. Borin⁴

¹ Fisioterapista Centro Zerbato, Tregnago; ² Coordinatore Centro Zerbato, Tregnago; ³ Geriatra ULSS 20, Verona; ⁴ Dirigente ULSS 20, Verona

Valutare l'efficacia degli interventi riabilitativi nella riduzione della disabilità nei pazienti anziani accolti presso l'Ospedale di Comunità e sottoposti ad un programma di rieducazione funzionale osteoarticolare, di riattivazione motoria e di riabilitazione neuromotoria.

Dei 203 pazienti accolti nel 2011, 103 necessitavano di un programma riabilitativo individualizzato con età media di $80 \pm 6,52$ e giorni di degenza media $28 \pm 11,32$. Sono stati sottoposti, dopo stabilizzazione clinica, a riattivazione motoria in sindrome ipocinetica da prolungato allettamento per un evento acuto e/o cronico riacutizzato nel 58,25%, rieducazione funzionale osteoarticolare in esiti di frattura nella maggior parte femorale nel 23,30%, rieducazione neuromotoria in esiti di ictus cerebrali ischemiche o emorragiche, in patologie neurologiche degenerative con compromissione motoria nel 18,45%. Sono state eseguite due valutazioni del Barthel Index all'ingresso e alla dimissione per verificare gli outcomes.

È stato osservato un miglioramento dell'indice di disabilità 'Barthel Index' tradotto in recupero funzionale ed un miglioramento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana.

In questi pazienti fragili, con comorbidità e severa disabilità, il trattamento riabilitativo associato alle cure mediche si è dimostrato essere fondamentale nel processo di recupero dell'autonomia con conseguente miglioramento della qualità della vita, ristabilendo un equilibrio così precario che se non recuperato in tempi ragionevoli rischia di passare ad una situazione d'invalidità permanente con un pesante impatto socio-sanitario.

PUNTEGGI BARTHEL INDEX	% PAZIENTI ALL'INGRESSO	% PAZIENTI ALLA DIMISSIONE
Dipendenza Totale (0 - 24)	26,20	1,90
Dipendenza Severa (25 - 49)	38,80	13,00
Dipendenza Moderata (50 - 74)	30,60	45,60
Dipendenza Lieve (75 - 90)	3,80	24,00
Dipendenza Minima (91- 99)	0,60	15,50

236

Impact of exoskeleton human body posturizer on the fall risk in the elderly: a pilot study

V. Gianturco, G. Troisi, B. Marigliano, M. Ripani, V. Marigliano
Roma

Amongst elderly people bone fractures in relation to falls are a frequent phenomenon. These accidents are often associated with physical decline, negative impact on quality of life and reduced survival.

The aim of this trial was to evaluate the impact of Exoskeleton Human Body Posturizer on the fall risk in the elderly. This study was a double blind-randomized controlled trial. The trial was carried out at the University Hospital of Rome, Umberto I with the collaboration of University of Rome Foro Italico. Baseline evaluation included a test battery of physiological parameters related to balance and falls (Tinetti Gait and Balance test, Short Physical Performance Battery, Numeric Pain Rating Scale) in order to determine fall risk in elderly people. 150 subjects with mild fall risk met inclusion criteria (mean age 64,85 ys) were randomized into two groups: 75 for group treated with Human Body Posturizer (HBP) and 75 for placebo group. HBP group showed a significant difference in Short Physical Performance Battery, Tinetti Scale and Pain Numeric Rating Scale ($p < 0.05$). A significant reduction in fall risk was shown in HBP group.

The use of exoskeleton Human Body Posturizer seems to be a new significant device for prevention of fall in elder patients. The use of robotic technology for fall prevention in the elderly could represent a new potential strategy for this huge socio-economic problem. Further studies will be performed in order to demonstrate the efficacy of this device on elder patients.

237

Utilizzo di profili riabilitativi per la presa in carico di anziani non autosufficienti in centri di servizi

A. Matteazzi, L. Perdon, A. Mantiero, P. Costa, P. Fortuna

ULSS 6 "Vicenza", Vicenza

Gli strumenti dei quali si serve la Medicina Riabilitativa negli interventi a favore di anziani ospiti in Centri di Servizi (C.S.) sono: 1) Il "progetto riabilitativo individuale" che tiene conto delle caratteristiche dell'ospite per quanto riguarda le abilità residue e recuperabili, i bisogni, le preferenze, la situazione familiare ed i fattori ambientali e personali; 2) Il "progetto riabilitativo di struttura" che interessa l'organizzazione della struttura di accoglienza, che deve acquisire una generale "valenza riabilitativa".

Negli ultimi anni all'ospite con bisogni soprattutto socio-assistenziali, se ne è sostituito uno più anziano, più "malato", che ha goduto di ogni supporto disponibile per rimanere nel proprio ambiente, ma che spesso in modo acuto, ha visto divenire inefficaci quelle provvidenze. La necessità di ridefinire un modello di azione riabilitativa nei C.S. che tenga conto dei nuovi bisogni ha dato vita, presso l'IPAB-Vicenza, a partire dal 2005, ad un gruppo di lavoro formato da Fisiatri, Fisioterapisti, Logopedista e Terapista Occupazionale, che ha elaborato e sperimentato dei modelli "Profili riabilitativi" che permettono di razionalizzare tipologie di richieste riabilitative e offerte terapeutiche. Ad ogni profilo corrisponde un trattamento individuale appropriato e una azione sulla organizzazione della struttura residenziale. Sono stati individuati sette profili riabilitativi: ACUTO, NON ACUTO, MENOMAZIONE, GRUPPO, CONSULENZA, NON FARE e ZERO. In particolare, "acuto" è il caso di perdita recente di competenze per il quale si ritiene possibile il recupero di abilità/attività significative grazie ad interventi solleciti e concentrati nel tempo. Per ogni profilo sono indicati: causa e tipo di disabilità, prognosi, modalità di avvio del percorso, durata e frequenza delle sedute, durata del ciclo, modalità di verifica e indicazioni al C.S. sulle modalità assistenziali. Sono contenuti anche un protocollo per la valutazione ed il trattamento delle retrazioni mioarticolari con scheda facilitata per l'esame articolare, check-list per la raccolta di informazioni per scelta appropriata e documentabile di presidi e raccomandazioni per il personale di assistenza. I profili riabilitativi proposti sono uno strumento operativo utile per: 1) fornire il trattamento idoneo degli ospiti relativamente a tipologia di intervento e intensità di cura nella logica di equità erogativa, e appropriatezza clinica; 2) armonizzare le tipologie di richiesta e di interventi in tutti i C.S. dell'ULSS 6 "Vicenza", anche per favorire un percorso di crescita culturale degli operatori dei C.S. e meglio garantire servizi agli ospiti e sostenibilità economica.

238

Correlazione tra decadimento cognitivo e recupero funzionale in una popolazione di pazienti anziani ricoverati presso un dipartimento di riabilitazione

R. Turco¹, F. Guerini², F. Del Santo², A. Morandi², E. Lucchi², S. Morghen², T. Torpilliesi³, S. Gentile³, G. Bellelli³, M. Trabucchi⁴

¹ Dipartimento Riabilitazione Casa di Cura "Ancelle della Carità"; Gruppo di Ricerca Geriatrica, Cremona; Brescia; ² Dipartimento Riabilitazione Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona; ³ Università di Milano "Bicocca", Milano; ⁴ Università di Roma "Tor Vergata", Roma

Gli studi sull'efficacia della riabilitazione dei pazienti con deficit cognitivo sono contrastanti. Alcuni dati infatti sembrerebbero mostrare che il deficit cognitivo rappresenti una barriera all'intervento riabilitativo mentre altri sembrerebbero rilevare uguale efficacia di trattamento, indipendentemente dalle performance cognitive.

Scopo dello studio è valutare l'effetto del trattamento riabilitativo in pazienti anziani affetti o non affetti da deficit cognitivo.

Materiali e metodi. Studio retrospettivo su soggetti di età ≥ 65 anni ricoverati per la prima volta presso il nostro Dipartimento di riabilitazione dal 1 Gennaio 2009 al Settembre 2011. Sono stati esclusi dallo studio i

pazienti ricoverati per ictus di recente insorgenza (< 1 mese), per frattura di femore e quelli con delirium all'ammissione. Tutti i pazienti inclusi nello studio erano stati sottoposti a valutazione multidimensionale, comprendente le caratteristiche socio-demografiche, stato nutrizionale (MNA) e di salute somatica (albuminemia, proteina C-reattiva), Acute Physiology Score, stato cognitivo e del tono dell'umore (MMSE, GDS), e stato funzionale (Barthel Index, Tinetti scale, Functional Independence Measure). Il Guadagno Funzionale Relativo (RFG) è stato calcolato usando la seguente formula: (Barthel Index dimissione-Barthel Index ammissione)/(Barthel Index pre-ammissione-Barthel Index ammissione) x100. Tutti i pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi in base al punteggio al MMSE: senza decadimento cognitivo (MMSE = 24-30), con decadimento cognitivo lieve (MMSE = 16-23), con decadimento cognitivo moderato-severo (MMSE = < 15).

I pazienti reclutati sono stati 564. Il 47.3% dei pazienti non aveva problemi cognitivi (gruppo 1), il 35.5% aveva un decadimento cognitivo di grado lieve (gruppo 2) e il 17.2% di grado moderato-severo (gruppo 3). Rispetto agli altri, i soggetti del gruppo 3 erano più malnutriti, più disfagici ed avevano uno stato funzionale premorboso, all'ammissione e alla dimissione più compromesso. Non è stata rilevata alcuna differenza in termini di guadagno funzionale tra i tre gruppi. Anche l'RFG è risultato non significativamente differente. Nella regressione lineare multipla si è osservata una correlazione statisticamente significativa tra RFG e Barthel Index premorboso e tra Barthel Index all'ammissione e l'insorgenza di eventi clinici avversi, mentre non si è osservata alcuna correlazione tra RFG e MMSE.

I dati dimostrano che i pazienti anziani, dopo un ciclo di riabilitazione, ottengono mediamente un recupero funzionale alla dimissione che è clinicamente rilevante. Lo stato funzionale pre-ricovero e gli eventi avversi intercorrenti sono gli unici elementi che condizionano l'entità del recupero. Quest'ultimo non è per nulla condizionato dal livello di performance cognitive rilevate all'ammissione. Ciò supporta l'idea che anche i pazienti affetti da decadimento cognitivo sarebbero meritevoli del trattamento riabilitativo.

239

Overlap dei sintomi neurocognitivi in pazienti anziani ricoverati in un setting riabilitativo

A. Morandi¹, F. Guerini², R. Turco², F. Del Santo², V. Emiliani², S. Morghen², E. Lucchi², S. Gentile², G. Bellelli³, M. Trabucchi⁴

¹ Dipartimento di Riabilitazione Casa di Cura "Ancelle della Carità"; Gruppo di Ricerca Geriatrica, Cremona, Brescia; ² Dipartimento di Riabilitazione Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona; ³ Clinica Geriatrica Università Milano-Bicocca, Milano; ⁴ Università Tor Vergata, Roma

Lo scopo di questo lavoro è di descrivere la prevalenza dell'overlap dei sintomi neurocognitivi in una popolazione di pazienti anziani ricoverati in un setting riabilitativo.

Materiali e metodi. Dal 01 gennaio 2004 al 10 giugno 2011 sono stati valutati tutti i pazienti con età = 65 anni, ricoverati presso il Dipartimento di Riabilitazione della Casa di Cura Ancelle di Cremona dopo un'ospedalizzazione per un evento acuto. La presenza di deficit cognitivi è stata definita con la Mini Mental State Examination (MMSE < 24), i sintomi depressivi con la Geriatric Depression Scale (GDS = 10) ed il delirium all'ingresso in riabilitazione con il Confusion Assessment Method. L'overlap dei sintomi neurocognitivi è stato definito sulla base della coesistenza dei deficit cognitivi, del delirium e dei sintomi depressivi. L'overlap dei sintomi depressivi con i deficit cognitivi è stata valutata solamente per i pazienti con MMSE 16-24, poiché la GDS è stata somministrata soltanto ai pazienti con valore di MMSE > 15/30. Sono state inoltre raccolte le caratteristiche socio-demografiche, relative allo stato nutrizionale ed infiammatorio (albuminemia, proteina C-reattiva), allo stato funzionale (Barthel Index pre-ricovero di ingresso e di dimissione), alla durata della degenza ed al setting di destinazione alla dimissione. Sono stati valutati 2357 pazienti con età mediana di 80 anni (interquartile 74-85), prevalentemente di sesso femminile (71%). Il 42.7% non presentava

alcun tipo di sintomo neurocognitivo (Tabella). Il 43.7% non aveva delirium, ma sintomi depressivi e/o deficit cognitivi. Infine il 13.6% presentava un overlap delle 3 condizioni. In particolare nel 2.5% dei pazienti era stata evidenziata la presenza di delirium, deficit cognitivi e sintomi depressivi contemporaneamente.

I dati mostrano che i sintomi neurocognitivi sono frequenti in pazienti anziani ricoverati in un setting riabilitativo. Ulteriori analisi sono necessarie per determinare l'impatto di tali sintomi ed il loro overlap sugli outcome funzionali.

Tab. Prevalenza dell'overlap dei sintomi neurocognitivi in 2357 pazienti anziani ricoverati presso il Dipartimento di Riabilitazione Casa di Cura Ancelle di Cremona.

Variabile	N = 2357
NO delirium-sintomi depressivi-deficit cognitivi	1006 (42.7%)
NO delirium – SI sintomi depressivi e deficit cognitivi	181 (7.7%)
NO delirium e sintomi depressivi – SI deficit cognitivi	693 (29.4%)
NO delirium-deficit cognitivi – SI sintomi depressivi	155 (6.6%)
SI delirium e sintomi depressivi – NO deficit cognitivi	42 (1.8%)
SI delirium-deficit cognitivi – NO sintomi depressivi	199 (8.4%)
SI delirium – NO sintomi depressivi e deficit cognitivi	23 (0.9%)
SI delirium – sintomi depressivi- deficit cognitivi	58 (2.5%)

240

Progetto di massaggio corpo in anziani con ictus cerebrale

R. Grasso¹, A. Cetraro¹, M. Damiano², G. Segreto¹, F. D'Amico³

¹ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti ASP Messina, Patti, Messina; ² RSA San Piero Patti ASP Messina, San Piero Patti; ³ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti, Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti, Messina

In Italia l'ictus cerebrale è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie e la sua incidenza aumenta con l'aumento dell'età e rappresenta la principale causa di invalidità.

In Italia si sta assistendo alla domanda sempre più elevata di impiego di terapie non farmacologiche all'interno di progetti preventivi, terapeutici e riabilitativi. Lo studio vuole verificare, attraverso l'applicazione di un protocollo di nursing, gli effetti del trattamento massaggio corpo nella terapia del dolore in pazienti anziani con ictus cerebrale. Hanno partecipato allo studio n. 12 pazienti (M 7, F 9, età media 79 + 3 anni) degenti per ictus cerebrale in UOC di Geriatria. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: 1) un gruppo di n. 6 pazienti ha continuato a effettuare la terapia programmata; 2) in un secondo gruppo alla terapia programmata è stato aggiunto il massaggio corpo. All'inizio dello studio i pazienti sono stati controllati con la valutazione multidimensionale geriatrica (MMSE, GDS, ADL, IADL, BARTHEL INDEX, CIRS, NRS).

Il massaggio corpo consisteva in un massaggio lento e ritmico nella regione posteriore del torace effettuato prima di dormire per dieci minuti e per sette giorni consecutivi. I pazienti sono stati valutati prima dell'inizio dello studio, al 7° giorno di trattamento, dopo 3 giorni dalla conclusione del trattamento. Rispetto al gruppo di controllo il gruppo massaggio corpo ha mostrato una riduzione del dolore e dell'ansia, accompagnata da riduzione dei valori di pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. Inoltre gli effetti sia sul corpo che sulla mente persistevano anche dopo giorni dalla sospensione del trattamento. Il trattamento massaggio corpo si sta applicando in altri pazienti ospedalizzati e in pazienti nella fase postacuta dell'ictus cerebrale degenti in RSA, per cui l'analisi dei risultati permetterà un confronto tra pazienti in due setting assistenziali diversi e una significatività statistica maggiore.

È dimostrabile che il massaggio corpo può essere un trattamento complementare alla terapia farmacologica e inoltre un trattamento efficace nella terapia del dolore e dell'ansia.

241

Valutazione della popolazione afferente nell'anno 2011 al reparto di riabilitazione dell'Istituto Geriatrico Frisia di Merate

C. Quaranta, A. Maiolo, C. Brivio, S. Ghezzi, D. Radan, M. Perego, E. Francese, I. Santi

Istituto Geriatrico e Riabilitativo Frisia di Merate, ASP IMMES e Pio Albergo Trivulzio, Merate

L'Istituto Geriatrico e Riabilitativo Frisia di Merate nasce negli anni 60 e viene accreditato dalla Regione Lombardia nel 1994. Comprende un Istituto di Riabilitazione (IDR) di 40 posti letto (10 specialistici, 24 generale-geriatrici e 6 mantenimento), 6 unità di offerta RSA (204 posti letto), 1 Nucleo Alzheimer RSA (20 posti letto) e 10 posti letto autorizzati destinati a progetti sperimentali.

Scopo. Esaminare la popolazione afferente al nostro IDR, descriverne le caratteristiche demografiche, cliniche e gli esiti, al fine di comprendere i bisogni dei pazienti (pz) e delle loro famiglie e come il territorio li accoglie dopo un evento acuto.

Soggetti e metodi. Abbiamo valutato 249 pz (età media: 80,2 aa \pm 7.5DS), 181 donne (età media: 80,9 aa \pm 6.5DS) e 68 uomini (età media: 78,4 aa \pm 7.2DS). 190 pz provenivano da Enti ospedalieri, 13 dal domicilio, 13 da altri IDR e 13 da RSA di altri Istituti. I pz con patologie ortopediche erano 185 (116 fratture femore, 33 protesi anca e ginocchio per artrosi, 9 complicazioni in protesi d'anca, 12 sindrome (s.) da allettamento da pregresse fratture), 55 con patologie neurologiche (37 ictus ischemici, 7 emorragie cerebrali, 9 s. da allettamento da altre patologie neurologiche), 9 s. ipocinetiche da problematiche internistiche. Dall'analisi dei DGR, relativa alle patologie associate, è emerso che l'ipertensione arteriosa risulta la patologia prevalente (66%), seguita dalla cardiopatia ischemica (30%), dalla fibrillazione atriale e diabete mellito (20%), dalla sindrome depressiva (7%), e dalla demenza (6%). Il 17% dei pazienti presentava lesioni da decubito per lo più al sacro e talloni. Risultati: dei 249 pz, 192 sono rientrati al domicilio (77%), 19 sono stati accolti in altre RSA, 6 nelle nostre RSA, 1 con patologia oncologica è stato trasferito in Hospice, 9 sono deceduti per eventi acuti intercorrenti e 22 sono stati trasferiti in ospedale per eventi clinici acuti non gestibili in Istituto. 4 pz sono stati affidati all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e 2 pazienti hanno proseguito la riabilitazione in ambulatori territoriali. Tra i dimessi per il domicilio in 26 sono stati attivati i servizi sociali territoriali.

Conclusioni. La fragilità negli anziani può essere contrastata da adeguati interventi riabilitativi, che possano recuperare e mantenere le competenze residue del pz. Durante il ricovero in IDR, l'Equipe predispone dimissioni protette con prescrizione di ausili e presidi e l'attivazione dei servizi territoriali socio-sanitari necessari. Nel nostro territorio è presente una rete dei servizi ben organizzata ed efficiente che comprende IDR, ADI, Dip. Fragilità, Continuità delle cure ecc. e risponde in modo adeguato ai bisogni dei nostri pz e delle loro famiglie.

242

Adapted physical activity (APA) in residenza sanitaria assistenziale (RSA): un anno di esperienza all'Istituto Geriatrico Frisia di Merate

F. Castellazzi, F. Bobbiesi, A. Ravasi, A. Maiolo, C. Brivio, E. Francese, I. Santi
Equipe RSA Istituto Geriatrico e Riabilitativo G. e C. Frisia di Merate, Lecco ASP IMMES e Pio Albergo Trivulzio, Milano, Merate (LC)

L'Adapted physical activity (APA), nasce in Quebec nel 1973 e si rivolge a soggetti in condizioni fisiche limitate, quali disabili e anziani. Ha come obiettivi generali prevenire i processi condizionanti la perdita di autosufficienza, conservare le autonomie in atto, recuperare le capacità psicofisiche residue, rallentare il deterioramento cognitivo, favorire l'integrazione sociale, la conservazione o il rafforzamento dei legami con i famigliari, con il gruppo di convivenza e con l'ambiente esterno.

Obiettivi della nostra esperienza sono il miglioramento dell'equilibrio, ridurre il rischio di cadute, ridurre le limitazioni articolari, migliorare il trofismo muscolare e la resistenza alla fatica, con allenamento cardiocircolatorio e respiratorio, prevenire la perdita ossea, migliorare l'autonomia, migliorare le abilità cognitive.

Materiali e metodi. L'attività di gruppo è iniziata nel 2011; sono stati reclutati 5 donne, ospiti in RSA (età media 90 aa \pm 3.5 DS), autonome nel cammino e parzialmente autonomi nelle ADL. Durante l'anno altri 3 Ospiti (età media 86 aa \pm 1.5 DS) 1 uomo e 1 donna in carrozzina e 1 donna autonoma ma con disturbi cognitivi, si sono avvicinati al gruppo in modo spontaneo e sono stati inseriti nel programma. Le sedute, coordinate da un fisioterapista, risultavano di un'ora, a cadenza bisettimanale, in giorni e orari fissi. Le attività sono svolte nel salone del reparto, luogo accessibile a tutti gli ospiti. I materiali utilizzati sono gli arredi stessi (tavoli e sedie), bastoni, elastici e palle. Gli esercizi proposti comprendono attività di coordinazione motoria, reazione muscolare, mobilitazione articolare segmentaria e globale, esercizi aerobici eseguiti in carico e contro resistenze. Risultati: gli ospiti hanno manifestato molto interesse ed una partecipazione regolare al progetto, inoltre 3 ospiti hanno richiesto di essere ammessi al progetto e sono stati inseriti successivamente. L'appuntamento, definito dagli utenti "giorno della ginnastica", era atteso e vissuto positivamente anche quale momento di socializzazione tra ospiti, operatori e talvolta parenti e risultava spesso un'occasione per raccontare episodi di vita passata o analizzare e risolvere problemi e conflitti. Dal punto di vista motorio l'autonomia funzionale è stata mantenuta. Una signora ha manifestato un episodio cerebrovascolare ed è uscita dal gruppo. Deambulazione ed equilibrio sono migliorati e non si sono verificate cadute. L'Ospite con disturbi comportamentali ha seguito con interesse le sedute di APA riproducendo gli esercizi proposti, contenendo i comportamenti disturbanti. L'APA ha permesso inoltre agli operatori di valutare al meglio le abilità residue di ogni soggetto.

Conclusioni. Alla luce della positiva esperienza, se pur preliminare, vorremmo ampliare il progetto APA alla maggior parte degli ospiti del reparto, formando gruppi omogenei per abilità motorie e cognitive, per poter meglio adattare le attività proposte.

243

Il diario clinico integrato come strumento di pianificazione e controllo dei processi di cura: progetto pilota

C. Corsini, S. Ghirmai, M. Pagani, V. Colantonio, M. Corrada, S. Martinelli, F. Tenore, B. Bernardini

IRCCS, Istituto Clinico Humanitas, UO Neuroriabilitazione, Rozzano (Milano)

Sia direttive regionali che gli standard di Joint Commission International impongono l'utilizzo di strumenti integrati di pianificazione delle cure che, oltre a facilitare la comunicazione all'interno del Team, siano in grado di documentare quotidianamente il programma stabilito per il paziente. Nella nostra Unità Operativa adottiamo dal gennaio 2012 un form di diario clinico integrato (DCI) che raggruppa per area professionale (medica, infermieristica, riabilitativa e sociale) indicatori standardizzati di processo I.

Obiettivo di questo lavoro è di presentare il rationale e la struttura del DCI e verificarne l'utilità in termini di facilità d'uso ed efficacia informativa.

La parte medica del form del DCI è centrata sull'instabilità medica (alterazione parametri vitali, ossigenoterapia/ventilazione non invasiva, ridotta vigilanza, delirium, infezione, evento avverso non infettivo) e su processi o condizioni importanti dal punto di vista gestionale e prognostico (dolore, depressione, malnutrizione). La presenza di marcatori di instabilità medica rappresenta una "bandiera rossa" per tutti i professionisti circa il rischio del paziente e l'impossibilità di partecipare al programma riabilitativo. La parte infermieristica si riferisce a processi programmabili sul breve-medio periodo (disfagia, alimenti di consistenza modificata, sondino naso gastrico/PEG, contenzione, incontinenza urinaria/catetere vescicale, catetere venoso, tracheostomia). La parte riabilitativa è centrata sulla disabilità comuni-

cativa, la destrezza manuale, la dipendenza funzionale nell'alimentarsi e nella mobilità al letto e lo spazio immediatamente circostante. Il form del DCI contiene una sezione dedicata all'uso degli ausili ed un panel per la registrazione dei tempi e della tipologia dei trattamenti riabilitativi. Nel panel sono esplicitati il livello funzionale del lavoro riabilitativo ed il livello di partecipazione del paziente al trattamento stesso. Infine, il form contiene uno spazio dedicato alla registrazione della riunione di Team (tre volte a settimana nella nostra organizzazione), sintetizzata con indicatori di complessità sociale e di attivazione di supporto alla dimissione.

Le attività del Team di cura sono organizzate in processi diagnostico-terapeutici simultanei che devono rispondere in tempo reale ai bisogni del paziente. Gli indicatori (marcatori di complessità) costituiscono il data-set minimo informativo che ci siamo prefissati ed al contempo rappresentano lo schema logico nel quale inserire le osservazioni specifiche di ogni figura professionale. L'introduzione nella nostra pratica del DCI ha rappresentato un miglioramento significativo per la comunicazione all'interno del Team e la pianificazione dei processi di cura. Gli indicatori del DCI rappresentano una misura oggettiva della complessità del paziente, per varietà e durata dei processi critici di cura, che può essere utilizzata anche a scopo di ricerca.

244

Terapia occupazionale e attività significative per gli anziani ricoverati nelle RSA

M. Bentivegna, C. Brunetti, E. Dell'Oca, L. Almerico, V. Magnani, K. Amonti, P. Rossi, M. Monti

Azienda di Servizi alla Persona "Pio Albergo Trivulzio", RSA, Milano, Milano

La Terapia Occupazionale (TO) usa le attività con fini terapeutici riconoscendone il valore per la persona nelle diverse fasi della sua esistenza; le occupazioni sono fonte di benessere se permettono di realizzarsi nel personale progetto di vita e includono molti elementi volti al recupero di aspetti motori, funzionali ed emotivi, assumendo maggior valenza terapeutica se hanno significato per la persona. Da qui l'importanza, da parte della TO, di presentare al paziente un ventaglio di proposte (dimensionate su valutazione funzionale, biografia e patologia di cui è affetto) capaci di stimolarlo verso ciò che per lui è significativo oltre che riabilitativo. Nelle RSA l'attività è strumento poliedrico che contrasta atteggiamenti di rinuncia tipici dell'istituzionalizzazione e favorisce la partecipazione. Promuovere "la capacità di scelta" dell'anziano significa stimolarne l'interesse, la fiducia in sé e il senso del proprio valore.

Lo studio nasce dalla necessità di individuare le attività maggiormente preferite dagli anziani ricoverati nelle RSA per impiegarle nei programmi occupazionali ai fini riabilitativi. Una lista di 57 attività è stata sottoposta a 64 pazienti afferenti al Servizio di TO con questionario a risposta chiusa per raccogliere il grado di interesse rispetto le attività occupazionali proposte. Le attività più scelte saranno implementate per favorire una miglior performance occupazionale.

I pazienti (17 M e 47 F), di età media 83,6 ($\pm 7,2$) con punteggio medio di MMSE 20,5 (± 5) e di indice di Barthel 40,5 ($\pm 29,3$) ed una scolarità media di 7,3 ($\pm 3,7$) anni, considerati nella loro totalità, hanno privilegiato maggiormente attività quali vivere all'aria aperta (passeggiate, stare a contatto con la natura) e quelle che comportano una dimensione di socialità (incontrarsi con parenti e amici). Nel dettaglio, le donne con bassa scolarità hanno scelto attività relative alla cura personale e quelle con scolarità più alta si sono indirizzate verso compiti quali leggere, viaggiare e ricordare; gli uomini con bassa scolarità si sono indirizzati verso attività come ascoltare la radio e guardare la tv, mentre quelli con più elevata scolarità hanno privilegiato matematica, musica e viaggiare.

La lista proposta agli anziani favorisce un loro maggior coinvolgimento, stimolandoli ad essere attivi nel realizzare il programma riabilitativo e sollecita la TO ad analizzare gli elementi specifici dell'attività, così da renderne possibile lo svolgimento anche qualora non rientrasse nei comuni canoni

riabilitativi. Sarà quindi possibile intervenire in modo specifico sulle attività più gradite lavorando sia sul setting che sul metodo ad es. proponendo immagini, suoni e colori che richiamino l'ambiente esterno per la vita all'aria aperta o incrementando le terapie di gruppo per valorizzare l'incontro tra i pazienti e la creazione di un tessuto relazionale per il desiderio di socialità.

SARCOPENIA E INVECCHIAMENTO

245

Prevalenza di insufficienza e deficit di vitamina D in anziani viventi in comunità

R. D'Angelo, R. Castoldi, E. Fogato

A.S.P. Golgi-Redaelli, Ist. Geriatrico P. Redaelli, Milano

La vitamina D controlla, direttamente o indirettamente, più di 200 geni, tra i quali geni che regolano la proliferazione cellulare, la differenziazione, l'apoptosi, l'angiogenesi; è un potente immunomodulatore; inibisce la sintesi della renina, stimola la produzione di insulina, aumenta la contrattilità miocardica, ha un'azione diretta sul muscolo aumentando il numero e l'area di sezione delle fibre muscolari. È logico quindi aspettarsi che una carenza di vitamina D possa essere fattore di rischio per diverse patologie. Infatti sono in continuo aumento le segnalazioni di evidenza di associazione di bassi livelli di vitamina D con declino cognitivo, rischio di cadute e fratture, di cancro colon rettale, di morte per cause cardiovascolari. Di particolare interesse per il geriatra l'ipotesi che mantenere livelli adeguati di vitamina D possa contribuire a prevenire la sarcopenia, il declino funzionale, quindi la disabilità e la fragilità.

Date queste premesse, visto che è stato stimato che 1 miliardo di persone nel mondo siano in condizione di insufficienza o deficit di vitamina D e che diversi studi hanno dimostrato che la prevalenza di insufficienza o deficit di vitamina D in anziani viventi in comunità in Europa o negli Stati Uniti varia dal 40 a 100%, abbiamo voluto valutare, con questa indagine, lo stesso dato epidemiologico in una popolazione di anziani comunitari, ancora con discreto grado di autonomia, residenti a Milano.

A questo scopo abbiamo sottoposto a screening tutti i pazienti ammessi al Day-Hospital dell'Istituto Geriatrico Redaelli di Milano in 1 anno (dal 1 gennaio al 31 dicembre 2011). In tutti questi pazienti è stato valutato il tasso serico di 25-OH vitamina D dosata con metodo immunologico chemiluminescente (Architect 25-OH Vitamin D). Sono stati quindi valutati 426 pazienti, 311 donne e 115 uomini. La tabella riassume i risultati.

Si dimostra quindi che il 74,2% dei soggetti (il 71,4% delle donne e il 81,7% degli uomini) presenta insufficienza o deficit di vitamina D.

I risultati confermano quindi anche nella popolazione milanese il dato preoccupante riferito dalla letteratura mondiale. In conclusione, i risultati ottenuti suggeriscono l'opportunità di sottoporre a screening tutti gli anziani, anche se comunitari, autosufficienti e apparentemente in buone condizioni

	Totale	F	M
n. soggetti valutati	426	311	115
media (ng/ml)	25,0	26,0	22,3
int conf 95% (ng/ml)	23,3-26,7	23,9-28,2	20,1-24,4
mediana (ng/ml)	19,8	20,5	18,7
< 10 ng/ml (deficit grave)	31 (7,3%)	24 (7,7%)	7 (6,1%)
10-20 ng/ml (deficit)	183 (43,0%)	127 (40,9%)	56 (48,7%)
21-29 ng/ml (insufficienza)	102 (23,9%)	71 (22,8%)	31 (26,9%)
> / = 30 ng/ml	110 (25,8%)	89 (28,6%)	21 (18,3%)
< 30 ng/ml	316 (74,2%)	222 (71,4%)	94 (81,7%)

di salute; di includere tra i consigli per uno stile di vita salutare, in occasione di visite mediche ambulatoriali o di incontri a carattere educativo, il suggerimento di ottimizzare quando possibile l'esposizione al sole (in assenza di precise controindicazioni), di assumere una quantità adeguata di alimenti ricchi di vitamina D e, se necessario, di aderire alla prescrizione medica per una sua eventuale supplementazione.

246

Relazione tra sarcopenia ed indici di infiammazione cronica: ruolo della butyryl-colinesterasi in pazienti anziani maschi non obesi

A. Magliocca¹, G. Pirozzi¹, C. Basile¹, L. Guadagno¹, M. Schiavone¹, M. Teano¹, R. Untila¹, F. Cacciatore², F. Rengo¹, P. Abete¹

¹ Università di Napoli Federico II, Cattedra di Geriatria, Napoli; ² Fondazione Salvatore Maugeri, Istituto di Campoli/Telese, Benevento

È noto che nel paziente anziano gli indici di sarcopenia si associano a markers infiammatori (p.e. interleuchina-6 e proteina C-reattiva), anche in assenza di patologia manifesta. Alcune evidenze hanno dimostrato che l'attività delle esterasi plasmatiche (p.e. la butyryl-colinesterasi) non si modifica con l'età ma presenta uno stretto rapporto con l'infiammazione cronica.

Scopo del presente studio è stato quello di verificare la relazione tra massa e forza muscolare in soggetti anziani maschi non obesi ed i valori di butyryl-colinesterasi. La forza muscolare è stata determinata con un dinamometro digitale mentre la massa utilizzando un bioimpedenziometro ed applicando l'equazione di Janssen. Il dosaggio della butyryl-colinesterasi era eseguito di routine nel prelievo per la biochimica.

Sono stati studiati 120 soggetti con le seguenti caratteristiche: età media di 74.8 ± 7.5 , peso 72.0 ± 9.9 kg, BMI 21.5 ± 5.5 kg/m². Il valore medio della forza muscolare è stato di 15.1 ± 7.4 kg, della massa muscolare corporea media di 9.2 ± 2.2 kg/m² e della butyryl-colinesterasi di 5701 ± 2117 U/L. La regressione lineare indica una relazione significativa tra forza e massa muscolare ($y = 6.2 + 0.20x$; $r = 0.70$; $p < 0001$). La relazione, inoltre, si presenta ancora più evidente quando si correlano la forza muscolare ($y = 2600 + 204.5x$; $r = 0.71$; $p < 0001$) e la massa muscolare ($y = -520.1 + 674.9x$; $r = 0.70$; $p < 0001$) con butyryl-colinesterasi.

Si conclude che, nel soggetto anziano maschio non obeso, esiste una stretta relazione tra massa e forza muscolare con le metodiche utilizzate (dinamometro ed impedenziometro). Di notevole importanza, inoltre, è la relazione lineare significativa tra forza e massa muscolare ed i valori di butyryl-colinesterasi, indice di uno stretto rapporto tra sarcopenia ed infiammazione cronica.

247

Studio della composizione corporea di soggetti anziani mediante analisi densitometrica total body con apparecchio Lunar iDEXA™

R. Minonne, V. Castriotta, G. Guglielmi, A. Romano, A. Piscitelli, G. Vendemiale

Università di Foggia, Foggia

Nell'anziano si assiste alla progressiva riduzione della massa magra a favore della massa grassa, con una distribuzione di tipo prevalentemente addominale. Tali evidenze derivano dall'impiego di tecniche di imaging come TC e RMN, entrambe non effettuabili routinariamente (alti costi e dosi di radiazioni, difficile esecuzione in presenza di pacemaker e protesi). L'assorbimetria a raggi X a doppia energia (DXA) può aggiungere ulteriori informazioni a quelle fornite dalla sola valutazione di peso e BMI consentendo di determinare la distribuzione corporea del tessuto adiposo e viscerale, quest'ultimo importante fattore di rischio CV.

Caratterizzare la composizione del tessuto corporeo di una popolazione di anziani sovrappeso-obesi mediante densitometro Lunar iDXA.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati pazienti ambulatoriali over 65 con BMI superiore a 25. I pazienti eleggibili sono stati sottoposti a valutazione antropometrica e routine ematochimica. Lo studio della composizione corporea è stato effettuato mediante densitometro Lunar iDXA™ (GE Healthcare, Wisconsin, USA) che rispetto ai densitometri di vecchia generazione, è in grado di misurare la distribuzione del grasso nella regione androide e ginoide, di valutarne il rapporto e di stimare il tessuto adiposo viscerale.

Sono stati analizzati 30 pz (15F/15M) di età media pari a 73,5 (F:75,0; M:70,7; $p = n.s.$). Essi presentavano i seguenti parametri: contenuto minerale osseo (BMC) pari a 2,3Kg, una massa grassa di 38,9Kg (44,9% del tot) e una massa magra, indice di massa muscolare, di 45,4Kg (54,3% del tot.). L'analisi del campione suddiviso per sesso ha evidenziato una BMC e una massa magra significativamente maggiori nel sesso maschile rispetto a quello femminile (BMC: M 2,6Kg vs F 2,1Kg, $p < 0,05$; massa magra: M 50,9Kg vs F 42,6Kg, $p < 0,05$). Il 58% del campione esaminato presentava un'obesità prevalentemente androide, il 42% aveva una distribuzione adiposa di tipo ginoide. Non si sono rilevate differenze significative tra distribuzione androide e ginoide nel sesso femminile; al contrario nel sesso maschile, la distribuzione androide del grasso è risultata significativamente prevalente su quella ginoide (Androide: 53,8%, Ginoide: 42,5%; $p < 0,03$). Considerando la massa grassa nel complesso, il tessuto adiposo viscerale medio stimato era pari a 2,6Kg (F:2,3Kg; M:3,3Kg; $p < 0,05$).

Il densitometro Lunar iDEXA consente rispetto agli apparecchi DEXA di vecchia generazione l'analisi completa della composizione corporea. Riteniamo tale strumento particolarmente utile ai fini delle modificazioni geriatriche del peso corporeo. La valutazione approfondita della massa magra e grassa è utile nei casi di prefragilità e sarcopenia, dove una precoce identificazione della riduzione della massa muscolare può consentire il tempestivo intervento con opportune strategie (stile di vita, attività fisica programmata, eventuale ricorso ad integratori nutrizionali) tese a contrastare l'evoluzione del quadro clinico.

248

Sarcopenia: effetti dell'invecchiamento e disuso

E. Muti¹, M. Venturelli², C. Milanese³, C. Tarperi³, R. Scarsini¹, R. Bottura¹, B. Barchetti¹, F. Schena³

¹ Fondazione Mons Arrigo Mazzali, Mantova; ² University of Utah, Salt Lake City; ³ Università di Verona, Verona

La riduzione di massa muscolare e l'incremento di massa grassa corporea sono due fenomeni fisiologici età-correlati, con un'etiologia multifattoriale. Il disuso però è un cofattore ingravescente che sommato all'effetto dell'invecchiamento può portare in alcuni casi all'allettamento. Precedenti studi riportano che la sarcopenia colpisce prevalentemente gli arti inferiori, ma non è chiaro quanto il disuso o il naturale invecchiamento abbiano effetti a livello sistemico, periferico, e funzionale.

Gli obiettivi di questo studio sono stati perciò, indagare gli effetti dell'invecchiamento e disuso sul sistema muscolo scheletrico a livello sistemico, periferico, e funzionale.

Dieci giovani donne (YG, 22-25 anni), dieci anziane deambulanti (OWG, 79-96 anni) e dieci anziane non deambulanti da almeno due anni a causa di ridotta forza ed equilibrio muscolare negli arti inferiori (ONWG, 80-92anni), hanno eseguito una serie di test di forza massimale isometrica che coinvolgevano gli arti superiori (elbow flexion e handgrip) e gli arti inferiori (knee extension e plantar flexion). In tutti i soggetti sono state misurate le masse corporee, il grasso e muscolo attraverso DXA (Prodigy Primo Lunar, GE) I valori di forza massimale sono stati normalizzati per la massa muscolare utilizzata durante l'esercizio.

Valori medi e deviazioni standard sono riportati in tabella, esempio DXA in figura. I dati di questo studio indicano che l'invecchiamento causa una riduzione di massa muscolare sistemica indipendente dal livello di motricità del soggetto, mentre l'accumulo di grasso, soprattutto addominale sembra

essere superiore nei soggetti non in grado di deambulare. La riduzione di massa muscolare appendicolare è più pronunciata nei muscoli prossimali, ed influenzata dal disuso del muscolo stesso, mentre i muscoli appendicolari distali sembrano essere non fortemente colpiti dalla sarcopenia e disuso. L'invecchiamento inoltre diminuisce le capacità di generare forza nei muscoli più interessati dalla sarcopenia ma sembra essere meno evidente nei muscoli con minor quantitativo di fibre glicolitiche. Possiamo perciò concludere che l'invecchiamento agisce a livello sistemico causando un progressivo deterioramento delle fibre muscolari a prevalente fenotipo glicolitico, presenti in prevalenza nei muscoli appendicolari prossimali, il disuso da mancanza di mobilità sembra invece avere effetti più periferici e funzionali.

249

Associazione tra anoressia e sarcopenia in una popolazione di anziani non istituzionalizzati: risultati dello studio iSIRENTE

D. Quattrocchi, O. Fusco, L. Panico, R. Liperoti, M. Tosato, F. Landi, R. Bernabei

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

Diverse evidenze in letteratura dimostrano come l'anoressia nell'anziano sia responsabile di disabilità fisica e cognitiva. D'altro canto, un numero significativo di anziani riferisce un ridotto introito proteico-calorico. La perdita di peso corporeo dovuta all'anoressia rappresenta nell'anziano un fattore prognostico sfavorevole indipendente, essendo in grado di predire morbidità e mortalità tra i pazienti anziani seguiti in diversi setting assistenziali. Lo scopo del nostro studio è valutare la relazione tra anoressia e sarcopenia in una popolazione di anziani ultraottantenni residenti in comunità.

I dati sono stati ricavati dalla valutazione al baseline di 354 soggetti arruolati nello Studio iSIRENTE. Lo Studio iSIRENTE è uno studio di coorte prospettico condotto in una comunità montana residente nell'area geografica del Sirente (L'Aquila, Abruzzo) nel Centro Italia. Abbiamo definito l'anoressia come la presenza di mancanza di appetito e/o ridotto introito alimentare. Secondo i criteri elaborati dall'European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP), la diagnosi di sarcopenia richiede che venga documentata la presenza sia di una ridotta massa muscolare che di una ridotta forza muscolare e/o performance fisica. La relazione tra anoressia e sarcopenia è stata stimata tramite valori di odds ratio (OR) ottenuti con modelli di regressione logistica multipla in cui la sarcopenia costituiva la variabile dipendente.

Il 21% circa del campione in studio riferiva i sintomi dell'anoressia. Utilizzando i criteri diagnostici dell'EWGSOP, sono stati identificati 103 soggetti (29.1%) sarcopenici, di cui 34 (46.6%) tra quelli affetti anche da anoressia e 69 (24.6%) tra quelli non anoressici ($p < 0.001$). Dopo aver corretto le nostre analisi per i potenziali fattori confondenti, tra cui età, sesso, deficit funzionali e cognitivi, attività fisica, incontinenza urinaria, comorbidità, scompenso cardiaco cronico, broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO), depressione, assunzione di farmaci anti-colinergici, livelli plasmatici degli indici di flogosi (TNF-alfa), i soggetti con anoressia risultavano avere un rischio di sarcopenia maggiore se confrontati con i soggetti non anoressici (HR 1.88, IC 95%: 1.01-3.51).

L'anoressia è una condizione molto comune tra gli anziani italiani non istituzionalizzati. I nostri risultati suggeriscono che tra i soggetti di età estremamente avanzata (>80anni) l'anoressia sia indipendentemente associata con la sarcopenia.

TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO

250

Quale gestione del segno vitale dolore?

A. Sibilano, S. Lopez, R. Gornati, C. Ballerio, R. Balconi

Parabiago

Nell'anziano il dolore è il sintomo che più di altri viene riportato, seppur non sia altrettanto frequentemente valutato e trattato in modo adeguato. In letteratura si segnala una prevalenza del dolore che varia dal 45% ad oltre l'80% per le persone anziane istituzionalizzate.

Il progetto si articola nel biennio 2011-2012, nell'ambito delle attività istituzionali svolte dalla UOC Accreditamento e Controlli Strutture Socio Sanitarie dell'ASL Milano 1, e ha lo scopo di sensibilizzare il personale delle strutture residenziali per anziani, ad un'attenzione nei confronti del dolore, utilizzando per la rilevazione strumenti appropriati alle condizioni cliniche. Si è indagato sull'attuazione dello screening e sulla gestione del dolore in caso di riscontro nell'ultimo trimestre dal controllo.

Le verifiche sono state effettuate in 46 RSA, per un totale di 1.101 controlli. La popolazione sottoposta a screening è pari all'81,6% (898), per il 29,9% di età tra 85-89 anni. Gli anziani con demenza grave sono il 44,9%. Gli strumenti di valutazione più utilizzati sono rappresentati da PAINAD 27%, VAS 17,5%, NRS 14,4%, Scala Espressioni Facciali 13,9% e NOPPAIN 11% dei casi. Gli strumenti di valutazione sono di tipo self-report nel 63,7% delle 168 persone prive di compromissione cognitiva; di tipo osservazionale nell'85,1% dei 404 ospiti con demenza grave. La presenza di dolore negli ultimi 3 mesi, è stata rilevata nel 41,6% (458) del campione di 1.101 ospiti. Le evidenze documentali del dolore erano riportate, come previsto dalla Lg. 38/2010, sia nel diario medico che in quello infermieristico ad eccezione di 41 fascicoli. Il riscontro di dolore ha riguardato soprattutto persone con demenza avanzata nel 33,2% e in quelle vigili, prive di compromissione cognitiva, nel 24,5% dei casi. Cause più frequenti di dolore: artrosi/artrite 31,4%, lombalgia 6,3%, esiti di fratture e problematiche gastroentericali 5,9%, neoplasie 4,8%, neuropatie 3,28%. L'89,9% (412) dei 458 pazienti con dolore, è stato sottoposto a trattamento sia farmacologico che non farmacologico. Il trattamento del dolore è stato effettuato con molecole analgesiche quali Paracetamolo (30%), FANS (20,6%), Oppioidi Deboli (11,5%), Oppioidi Maggiori (8,1%). Al riscontro di dolore, il monitoraggio con le scale di valutazione è stato effettuato in fase iniziale, intermedia e/o al termine dell'episodio algico nel 33,6% dei casi. La modalità con cui l'organizzazione ha gestito il dolore, è stata riportata nel Piano Assistenziale Individualizzato nel 45,2% dei casi.

I risultati di questo primo anno di attuazione del progetto ci fanno ritenere che possa essere questa la strada giusta da percorrere, affinché la cura del dolore sia percepita non solo per alleviare la sofferenza delle persone e migliorare la loro qualità di vita, ma divenire sempre più un obiettivo clinico primario, al pari della riduzione delle cadute e della cura delle ulcere da pressione.

251

La gestione del dolore in RSA

P. Pagliari¹, L. Barili², G. Ardoino³, M.L. Barrionuevo¹, M.F. Brau⁴, P. Cosso¹, A. Francesciani⁵, A.B. Ianes⁶, C. Palmacci⁷, D. Rigoldi⁸, A. Torsello⁹, A. Ferrini¹⁰, G. Ricci¹

¹ RSA Villa San Clemente, Villasanta; ² RSA Saccardo, Milano; ³ RSA Santa Giulia - RSA Santa Chiara, Milano; ⁴ Residenza San Nicola, Sassari; ⁵ Residenza Famagosta, Milano; ⁶ Direzione Medica - Segesta, Gruppo Korian, Milano; ⁷ RSA Villa Azzurra, Terracina; ⁸ RSA Giovanni Paolo II, Melzo; ⁹ RSA Santa Marta, Milano; ¹⁰ Residenza San Giuseppe, Roma

Il dolore è una condizione assai diffusa fra gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistite, anche se le evidenze in letteratura italiana e mondiale indicano che il dolore è sotto diagnosticato e sottotrattato

Obiettivi del lavoro. Valutare in dieci RSA del Gruppo Segesta-Korian, la propensione a riconoscere e a trattare il sintomo dolore e verificare le molecole più usate per il trattamento del dolore. Abbiamo valutate le caratteristiche socio-anagrafiche (sesso, età, scolarità) e la presenza delle patologie d'organo o apparato in base alle 14 classi della CIRS. Abbiamo poi verificato le terapie antidolorifiche prescritte differenziandole in cronica (> 30 giorni), acuta (< 30 giorni) ed al bisogno. Abbiamo verificato, infine, quali fossero le molecole più utilizzate fra gli antidolorifici.

L'analisi è stata condotta in una giornata campione (15 aprile 2012).

Sono stati valutati 1053 soggetti con una netta prevalenza di sesso femminile [F = 800 (76%) - M = 253 (24%)], con età media di $83,45 \pm 9,36$, una scolarità di $7,68 \pm 4,10$ ed una severa comorbidità somatica, rappresentata soprattutto da demenze, patologie urinarie, dell'apparato intestinale, osteoarticolare, sensoriale (impairment visivo ed uditivo), cardiovascolare. (vd Tabella I)

Il trattamento del dolore ha interessato 306/1053 ospiti (29,1%), con una forte utilizzazione dei farmaci al bisogno [265/306 (25,2%)], seguita dalla terapia cronica [135/306 (12,8%)] e dal trattamento acuto del sintomo [47/306 (4,5%)]. Il farmaco più utilizzato è stato il paracetamolo, sia in monoterapia [251/306 (82,02%)] che in associazione preconstituita [58/306 (18,94)], seguito dagli oppiacei [69/306 (22,54%)], dai FANS [37/306 (12,09%)], mentre l'uso degli inibitori della COX2 3 (0,98%) è stata marginale (Tab. I).

I dati in nostro possesso hanno confermato che, rispetto alla elevata presenza di patologie potenzialmente algogene, il sottotrattamento del sintomo dolore è una situazione frequente, soprattutto tenendo conto della bassa prevalenza della terapia somministrata "cronicamente" ed il concomitante elevato uso di terapia al bisogno. Questi dati, nonostante i limiti legati all'indagine, effettuata in una singola giornata, appaiono in linea con quelli della letteratura e meritevoli di un approfondimento su un maggior numero di osservazioni ed in un lasso di tempo più prolungato. Quanto ai farmaci utilizzati, fermo restando la preferenza quale antidolorifico del paracetamolo, appare evidente la propensione all'uso degli oppiacei deboli e forti, mentre è limitato l'uso di FANS e trascurabile quello degli inibitori della COX2

Tab. I.

Caratteristiche generali della Popolazione studiata		
Soggetti = 1053	F = 800 (76%) - M = 253 (24%)	
Età	83,45 ± 9.36	
Scolarità	7,68 ± 4.10	
Barthel Index	28,88 ± 28.59	
MMSE	12,41 ± 10,29	
Patologie SOSIA	Si	No
Patologie Cardiovascolari	572 (54,3%)	481 (45,7%)
Iperensione Arteriosa	643 (61,1%)	410 (38,9%)
Patologia Respiratoria	266 (25,3%)	787 (74,7%)
Patologia OONGL	670 (63,6%)	383 (36,4%)
Patologia Apparato Digerente Superiore	456 (43,3%)	597 (56,7%)
Patologia Apparato Digerente Inferiore	803 (76,3%)	250 (23,7%)
Patologia Fegato e Vie Biliari	110 (10,4%)	943 (89,6%)
Patologia Renale	113 (10,7%)	940 (89,3%)
Patologia Urogenitale	863 (82,0%)	190 (18,0%)
Patologia Muscolo Scheletrica Cutanea	849 (80,6%)	204 (19,4%)
Patologia Neurologica (SNC-SNP)	577 (54,8%)	476 (45,2%)
Patologia Endocrino Metabolica	390 (37,0%)	663 (63,0%)
Patologia Psichiatrica - Demenze	950 (90,2%)	103 (9,8%)

Terapia antalgica	Si	No
Terapia antalgica (totale)	306 (29,1%)	747 (70,9%)
Terapia antalgica cronica	135 (12,8%)	918 (87,2%)
Terapia antalgia "acuta"	47 (4,5%)	1006 (95,5%)
Terapia antalgica "al bisogno"	265 (25,2%)	788 (74,8%)

Farmaci usati per il trattamento del dolore (% sui 306 ospiti trattati)	
Paracetamolo	251 (82,02%)
FANS	37 (12,09%)
diclofenac	8 (2,61%)
ibuprofene	4 (1,30%)
indoxenetacina	1 (0,32%)
nimesulide	14 (4,57%)
piroxicam	1 (0,32%)
ketoprofene sale di lisina	5 (1,63%)
ketorolac trometamina	4 (1,30%)
diclofenac	8 (2,61%)
I-COX2	3 (0,98%)
etoricoxib	3 (0,98%)
OPPIACEI	69 (22,54%)
tramadolo	40 (13,07%)
fentanil	23 (7,51%)
morfina solfato	1 (0,32%)
ossicodone cloridrato	5 (1,63%)
ASSOCIAZIONI (precostituite)	59 (19,28%)
paracetamolo - codeina	57 (18,62%)
paracetamolo - ossicodone	1 (0,32%)
ossicodone - naloxone cloridrato	1 (0,32%)

252

Dolore cronico e depressione in RSA

G. Ricci¹, L. Barili², G. Ardoino³, M.F. Brau⁴, P. Cosso¹, A. Francescani⁵, A.B. Ianes⁶, C. Palmacci⁷, P. Pagliari¹, D. Rigoldi⁸, A. Torsello⁹, A. Ferrini¹⁰

¹ RSA Villa San Clemente, Villasanta; ² RSA Saccardo, Milano; ³ RSA Santa Giulia - RSA Santa Chiara, Milano; ⁴ Residenza San Nicola, Sassari; ⁵ Residenza Fama-gosta, Milano; ⁶ Direzione Medica - Segesta, Gruppo Korian, Milano; ⁷ RSA Villa Azzurra, Terracina; ⁸ RSA Giovanni Paolo II, Melzo; ⁹ RSA Santa Marta, Milano; ¹⁰ Residenza San Giuseppe, Roma

Depressione e dolore sono fenomeni strettamente interconnessi, sia da un punto di vista soggettivo, che da quello dei mediatori biologici. L'interazione depressione-dolore è bidirezionale: la depressione causa abbassamento della soglia del dolore, con aumento delle sofferenze; il dolore a sua volta è causa di depressione

Obiettivo del lavoro è stato di valutare in dieci strutture residenziali del Gruppo Segesta-Korian, la prevalenza di dolore cronico e depressione, la prevalenza di soggetti trattati per depressione ed i farmaci usati per la terapia della depressione in ambito residenziale.

L'analisi è stata condotta analizzando i dati inerenti a dolore e depressione, nonché verificando la terapia antidepressiva somministrata in una giornata campione (15 aprile 2012).

Sono stati studiati 1.053 soggetti, in prevalenza femmine (800, 76%) di età media di $83,45 \pm 9,36$ anni. Di questi 135 soggetti (12,8%) sono stati segnalati come portatori di dolore cronico in base ad un trattamento con farmaci antilorfici di durata superiore ai 30 giorni. 338 soggetti (32,1%) avevano diagnosi di depressione, associata dolore cronico nel 18,3%, isolata nell'81,7% dei casi. 329 (97,33%) dei 338 soggetti depressi erano in terapia antidepressiva nel giorno indice (vd. Tab.).

I farmaci antidepressivi più somministrati nel nostro campione sono il citalopram cloridrato, trazodone e sertralina; gli altri farmaci hanno frequenza di utilizzazione inferiore. Quasi del tutto abbandonati i farmaci triciclici. La depressione in RSA è riconosciuta in un terzo degli ospiti ed è trattata in più del 97% dei casi. La prevalenza del dolore cronico è sottostimata. I farmaci antidepressivi più usati sono citalopram, trazodone e sertralina, mentre altri farmaci sono usati meno frequentemente. Sporadico l'uso dei triciclici.

Un adeguato trattamento della sindrome dolore cronico depressione non può prescindere da un migliore approccio diagnostico del dolore

Caratteristiche generali della Popolazione studiata	
Soggetti = 1053	F = 800 (76%) - M = 253 (24%)
Età	83,45 ± 9.36
Depressione	Si = 338 (32,1%) No = 715 (67,9%)
Dolore cronico	Si = 135 (12,8%) No = 918 (87,2%)
Depressione + dolore cronico	62 (18,3%)
Depressione senza dolore	276 (81,7%)
Dolore cronico senza depressione	73 (10,2%)
No dolore, no depressione	642 (89,8%)
Trattamento antidepressivo	329/338 (97,33%)
Citalopram Cloridrato	82 (24,92%)
Trazodone	82 (24,92%)
Sertralina	68 (20,66%)
Mirtazapina	31 (9,42%)
Venlafaxina	16 (4,86%)
Paroxetina	14 (4,25%)
Duloxetina Cloridrato	11 (3,34%)
Escitalopram	9 (2,73%)
Levosulpiride	5 (1,52%)
Amitriptilina Cloridrato	3 (1,51%)
Fluoxetina	2 (0,60%)
Mianserina	2 (0,60%)
Agomelatina	1 (0,30%)
Amisulpride	1 (0,30%)
Clomipramina Cloridrato	1 (0,30%)
Clorpromazina	1 (0,30%)

253

Gestione di edema e dolore in donne anziane fragili con esiti di frattura di femore tramite agopuntura. Protocollo di studio e dati preliminari

L. Saba, L. Mettini, S. Riganello, S. Fabbrini, T. Suardi

Istituto Geriatrico P. Redaelli, Milano

La IASP (International Association for the Study of Pain 1986) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. È un'esperienza individuale soggettiva a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".

L'approccio al tema del dolore nel paziente anziano rappresenta certamente una sfida difficile. In questo contesto ogni fase del percorso diagnostico-terapeutico è resa problematica dalla scarsità di elementi obiettivi, di rilevamento della presenza di dati bio-umorali aspecifici e talora da situazione

di inaffidabilità descrittiva del paziente che rende incerta l'interpretazione del tutto.

Il dolore è una innegabile presenza anche nelle procedure diagnostiche e/o terapeutiche e costante riflesso di paura e ansia per tutto quello che la malattia comporta: fra tutti è il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e più angoscia e preoccupa i suoi familiari con un notevole impatto sulla qualità della vita.

La presenza di dolore e di edema nel paziente anziano fragile sottoposto a intervento ortopedico per frattura di femore è di riscontro pressoché costante in fase di riabilitazione.

La comorbidità elevata di questi pazienti rende spesso difficoltoso l'impiego di farmaci per il controllo del dolore.

La comparsa di edema dell'arto traumatizzato è da considerare un ulteriore ostacolo ad una buona ripresa dell'attività motoria, accentuando il quadro doloroso e ritardando il recupero funzionale.

Lo scopo che ci proponiamo è di valutare la possibile influenza dell'agopuntura sul percorso riabilitativo in termini di controllo del dolore, riduzione dell'edema e recupero funzionale nel paziente fragile sottoposto ad intervento chirurgico (protesi o sintesi) per frattura di femore.

Saranno presentati i risultati sull'efficacia del trattamento dei primi pazienti trattati e sarà effettuata la ricerca di un profilo clinico e funzionale dei soggetti particolarmente sensibili al trattamento, tramite gli indicatori di salute valutati al momento del ricovero.

Seguiranno le considerazioni e le conclusioni che emergeranno dall'elaborazione dei risultati.

254

Efficacia, sicurezza e tollerabilità della stimolazione midollare nel trattamento del dolore cronico non neoplastico

M. Palazzo, G. Liberatoscioli, L.F. Nardi, M. Rossi

Campobasso

La stimolazione midollare (SCS: spinal cord stimulation) è una neuro-modulazione tecnica che utilizza impulsi elettrici, proposta per la prima volta da Shealy nel 1967, come alternativa alle procedure di neuroablazione. Negli ultimi vent'anni, i progressi della tecnologia riguardante la stimolazione midollare hanno consentito di ottenere buoni risultati in diverse condizioni cliniche di dolore cronico.

Valutare, con approccio multidimensionale al dolore cronico non neoplastico, l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità della stimolazione midollare in soggetti anziani (età > 65 anni) affetti da dolore cronico non neoplastico. La casistica è rappresentata da 32 soggetti. Criteri d'inclusione: dolore cronico non oncologico refrattario da più di 3 mesi. Criteri d'esclusione: dolore cronico di origine neoplastica e controindicazioni al trattamento con SCS. È stata eseguita una valutazione multidimensionale del dolore con la Numerical Rating Scale (NRS), la Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ) e la Nottingham Health Profile (NHP).

I risultati riguardano 20 F e 12 M (età media 75,97 ± 5,62 - min 67 aa, max 84 aa). Ventotto pazienti risultano affetti da low back pain con radicolopatia determinato da stenosi del canale lombare, di cui 20 su base degenerativa (spondilosi osteofitaria, protrusioni discali), 6 su base iatrogena (Failed Back Surgery Syndrome) e 2 su base congenita (stenosi congenita, peduncolo breve). Due pazienti presentano dolore vascolare determinato da arteriopatia obliterante degli arti inferiori. Due pazienti hanno posizionato lo stimolatore midollare a causa di dolore neuropatico pelvico post-isteroannessiectomia e dolore neuropatico post-toracotomia. Ventisei pazienti hanno conservato un pain relief maggiore del 50% in t2, con valori medi alla NRS di 9,85 ± 0,51 in t0 e di 3,54 ± 2,21 in t2. La durata media del trattamento è stata di 127,36 settimane (min 5, max 780). Il 60,6% dei pazienti è portatore con beneficio dello stimolatore midollare da più di 50 settimane. Il 69,7% ha avuto un miglioramento della qualità del sonno; nel 18,8% dei pazienti si è osservata una riduzione dei farmaci analgesici rispetto a t0. La riduzione del

dolore ha determinato un miglioramento della funzionalità complessiva e della qualità della vita come evidenziato dal risultato statisticamente significativo alla RMDQ (t0 21,3 ± 1,9 e t1 9,7 ± 7,2, p < 0.001) e alla NHP (t0 27,3 ± 4,6 e t1 12,9 ± 8,9, p < 0.001).

Nella nostra casistica la stimolazione midollare ha rappresentato uno strumento terapeutico efficace, sicuro e tollerabile nel medio/lungo periodo nel trattamento del dolore cronico intrattabile, sia vascolare che rachideo, non solo in termini di riduzione dell'intensità della sintomatologia algica, ma anche in termini di miglioramento della qualità della vita e della funzionalità residua.

255

Il dolore in anziani ricoverati in RSA: risultati Studio Shelter

F. Cerullo, G. Onder, M. Tosato, F. Landi, R. Bernabei

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

Il dolore è uno dei sintomi più frequenti nella popolazione anziana¹ ed ha un notevole impatto sulla qualità della vita e sull'autonomia del vivere quotidiano dell'individuo². Nonostante ciò, ancora oggi, risulta spesso sottostimato e, conseguentemente, sottotrattato. Gli anziani istituzionalizzati e residenti nelle RSA, in particolare, presentano la più alta quota di soggetti con dolore non controllato^{3,4}.

Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare la prevalenza di dolore e l'uso di farmaci analgesici in una popolazione di anziani ricoverati in RSA. Le presenti analisi sono state eseguite sui dati ricavati dallo studio SHELTER (Services and Health for Elderly in Long TERM care); uno studio multicentrico europeo condotto su una popolazione di anziani ricoverati in 57 RSA in Europa. Di ogni paziente veniva valutata l'eventuale presenza di dolore, la frequenza e l'intensità di tale sintomo (resosi manifesto nei tre giorni precedenti la valutazione) e l'efficacia della terapia antidolorifica somministrata durante la degenza.

La popolazione oggetto di studio era costituita da 3926 pazienti anziani; di questi 1900 (48.4%) presentavano dolore al momento della valutazione. La prevalenza di tale sintomo aumentava in presenza di fratture (adj OR 2.43, CI 95% 1.65-3.59), cancro (adj OR 1.46, CI 95% 1.18-1.81) e depressione (adj OR 1.66, CI 95% 1.43-1.92) mentre si riduceva nei pazienti affetti da demenza (adj OR 0.78, CI 95% 0.58-0.80) o con problemi di comunicazione (moderate adj OR 0.79, CI 95% 0.64-0.98, severe adj OR 0.77, CI 95% 0.60-0.98). Nel 43% dei casi l'intensità del dolore risultava elevata (presenza di dolore moderato/severo nei tre giorni precedenti la valutazione). Circa il 24% della popolazione non riceveva alcun analgesico. Tuttavia, nell'81% dei casi il dolore veniva valutato come sufficientemente controllato.

Il dolore è un sintomo comune nei pazienti residenti in RSA. Una corretta valutazione del dolore ed una adeguata prescrizione terapeutica può comportare una migliore gestione di tale sintomo nel paziente anziano.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. *The epidemiology of chronic pain in the community*. Lancet 1999;354:1248-52.
- 2 AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *The management of persistent pain in older persons*. JAGS 2002;50:S205-24.
- 3 Herr K. Pain in the older adult: an imperative across all health care settings. Pain Manag Nurs. 2010;11(2 Suppl):S1-10.
- 4 Baan MA, Mesa AA, der Steen AL, et al. *Survey on the prevalence of pain in dutch district nursing care*. J Palliat Med 2011;14:696-9.

256

Trattamento di stimolazione multisensoriale integrato nella terapia del dolore del paziente anziano ospedalizzato

T. Pipicella¹, F. Caronzolo¹, P. Crescenti¹, R. Natoli², F. D'Amico³, A. Cetraro¹

¹ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti ASP Messina, Patti, Messina; ² Casa della Vita, Patti; ³ UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti - Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti, Messina

È stato programmato in pazienti anziani ospedalizzati un progetto di intervento riabilitativo con Stimolazione Multisensoriale da integrare alla terapia del dolore.

Lo studio si propone di valutare l'efficacia di un trattamento di Stimolazione Multisensoriale in stile "Snoezelen" nella terapia del dolore del paziente anziano ospedalizzato. La scelta della tipologia di intervento muove dal bisogno di arricchire l'esperienza sensoriale dell'anziano deprivata dall'immobilizzazione.

Lo studio è stato condotto in n. 9 pazienti (M 4, F 5, età media 83+5) degenti nella UOC di Geriatria e nella UO Lungodegenza del PO di Patti, che presentavano dolore (acuto, neuropatico, muscoloscheletrico, misto). I pazienti, che nella fase pre-trattamento sono stati studiati con la valutazione multidimensionale (MMSE, GDS, ADL, IADL, BARTHEL INDEX, NRS), presentavano cognitivtà normale (MMSE >24/30). Sono state considerate la vita vissuta, le abitudini e le preferenze ai fini della selezione degli stimoli da proporre durante il trattamento. L'intervento riabilitativo si basava sulla somministrazione di stimoli sensoriali (stimoli olfattivi mirati alle reminiscenze strumentali della vita quotidiana, analisi di stimoli visivi complessi, ascolto di musiche rilassanti) alternati ad esercizi di respirazione guidata. La valutazione prevista in ciascuna seduta prevedeva: l'analisi dell'intensità del dolore percepito (Numerical Rating Scale - NRS) in fase pre-trattamento e post-trattamento; la misurazione della frequenza cardiaca per la valutazione dello stato di rilassamento acquisito nella fase precedente (T0), intermedia (T1), finale (T2) e ad un'ora dall'intervento (T3); il "sollevio dal dolore" percepito in fase post-trattamento (variazione di NRS-Sollevio). Considerando che alla NRS si rilevava un punteggio medio iniziale 8.9 e un punteggio medio finale di 7.1, dall'analisi dei risultati emerge una riduzione del dolore percepito del 26,34%. La stimolazione dei sensi combinata agli esercizi di respirazione guidata ha favorito un progressivo stato di rilassamento messo in rilievo dal rallentamento dei battiti cardiaci in termini di riduzione percentuale: T0-T1 12,7%; T0-T2 13,4%; T0-T3 13,3%. Questo ultimo dato attesta che il rilassamento acquisito si mantiene nel breve termine e presuppone un contestuale controllo del dolore nel periodo medesimo. Infine alla NRS-Sollevio si è rilevato un punteggio medio di 3.4 che rappresenta l'intensità del sollevio percepito dai pazienti e che conferma i dati sull'efficacia del trattamento di Stimolazione Multisensoriale.

Dallo studio si può rilevare una riduzione del dolore percepito e un effettivo aumento dello stato di rilassamento corporeo accompagnato da una sensazione di sollevio e dal miglioramento del tono dell'umore. I dati confermano l'utilità di un intervento di Stimolazione Multisensoriale integrato alla terapia farmacologica nel controllo del dolore del paziente anziano ospedalizzato.

MISCELLANEA

257

Il Call Center Alzheimer del Consorzio San Raffaele in Puglia: due anni di attività

A. Bertolini, T. Balsamo, M. Chirico, G. Pistoia, L.M. Addante

Modugno (BA)

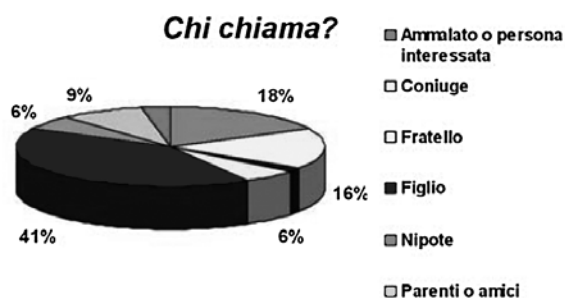
A due anni dall'attivazione del "Call Center Alzheimer" (Numero Verde: 800.494949) è costante il numero di richieste di aiuto che giunge dai pazienti affetti dalla Malattia di Alzheimer e dai suoi familiari. A tale servizio, la cui sede è stata individuata all'interno del Consorzio, rispondono telefonicamente a turno i geriatri con una equipe che comprende: psicologo, assistente sociale, educatori professionali e fisioterapisti coordinati dalla Direzione Sanitaria ogni martedì e giovedì dalle 15 alle 18. L'iniziativa è stata promossa dal Consorzio San Raffaele unitamente alla Regione Puglia e all'Ordine dei medici di Bari.

I sanitari rispondono ai familiari ed agli operatori del settore su quesiti riguardanti la malattia (diagnosi, decorso, prognosi, terapia), le informazioni sui servizi esistenti (per diagnosi, riabilitazione e cura), la gestione di problemi specifici (gestione dei disturbi comportamentali, problemi di alimentazione e nutrizione, problemi riguardanti l'autosufficienza), disponibilità di servizi per l'assistenza a domicilio, il supporto familiare, assistenza legale e amministrativa; invia inoltre i familiari presso le Strutture Sanitarie dedicate alla diagnosi o cura della malattia (UVA territoriali).

Sono stati confermati i dati ottenuti nel 2011, nel 60% dei casi chi chiama è il caregiver (Coniuge 16%, Figli 41%) Nel 46% dei casi sono state richieste informazioni di carattere sanitario e farmacologico utili per la gestione della quotidianità del paziente e dei disturbi del comportamento, nel 24% informazioni riguardanti i centri specialistici per la diagnosi e cura, nel 18% informazioni di carattere medico legale e nel 12% sono state chieste informazioni sulle strutture per il ricovero. Circa l'85% dei pazienti viene gestito al proprio domicilio e più del 30% vive solo con il coniuge.

È importante rilevare che nel 80% dei casi le informazioni ricevute dal "Call Center Alzheimer" costituivano una novità che non avevano appreso attraverso nessun'altra fonte e che tutti i chiamanti lo hanno percepito come un mezzo per sentirsi meno soli. Inoltre grazie a studiate e mirate campagne di comunicazione (Check up gratuiti e Care Desk Alzheimer e messa in onda SPOT sul Call Center Alzheimer sulle maggiori TV locali) i contatti aumentano a dismisura. Il dato sottolinea che l'informazione sanitaria settoriale è ancora "troppo" poco sviluppata e articolata. Ad oggi il "Call Center Alzheimer" è riuscito a fornire un primo aiuto telefonico ai caregiver, siano essi familiari oppure operatori socio-sanitari del settore, aiutandoli nella gestione di una quotidianità troppo difficile da affrontare da soli.

Call Center Alzheimer 800.49.49.49



nel 60% chi chiama è il caregiver!

258

Il sostegno psicologico con metodologia gruppoanalitica: l'esperienza di una R.S.A. del Consorzio San Raffaele

E. Peragine, A. Spica, F. Ulisse, L. Ladisi, L.M. Addante

Modugno (BA)

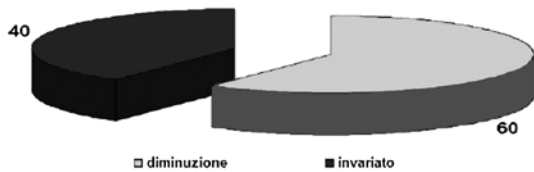
Come evidenziato da Alice von Platen analista e gruppoanalista afferente alla Group Society di Londra: "l'applicazione della metodologia gruppoanalitica nelle Istituzioni e nel lavoro ha già alle spalle anni di esperienze e di ricerca e riflette gli sviluppi della psicologia clinica, che dalle sue origini, giunge, attraverso le ricerche condotte nell'Inghilterra post-bellica, alle sue attuali applicazioni gruppoanalitiche". La terapia di gruppo ha iniziato a diffondersi dopo le guerre mondiali. e W. R. Bion e S. H. Foulkes ne possono essere considerati gli iniziatori. Foulkes nel 1944 organizza i primi gruppi per lavorare e svolgere diverse attività di recupero e di apprendimento. Successivamente, Jane Abercrombie, capisce che la didattica tradizionale fallisce del tutto nel formare gli operatori delle helping professions e decide di intraprendere un training formativo con S. Foulkes applicando le disposizioni analitiche. Fattore fondamentale che egli scoprirà è il processo di mirroring reaction, ossia "rispecchiamento", che scaturisce dall'interazione e comunicazione interstiziale di rete tra i partecipanti al lavoro di gruppo.

Sulla base delle esigenze, rilevate all'interno dell'R.S.A di Modugno ed evidenziata la forte carica di sofferenza psichica da parte dei relativi entourage familiari, si è pensato di proporre un lavoro di sostegno gruppoanalitico rivolto ai caregiver, per una reale ed efficace presa in carico psicologica del proprio vissuto emotivo in relazione al compito assistenziale. Ogni incontro, con cadenza trisettimanale, ha durata di 75 min. per ca. 6 mesi, effettuati in un setting delimitato con specifiche coordinate spaziali e temporali e disposizioni analitiche. Preziosa si rivela la collaborazione, per i colloqui preliminari di inserimento nell'esperienza di gruppo ed il monitoraggio della situazione clinica, del medico strutturale e del coordinatore infermieristico. Sono state, altresì, somministrate ad inizio e fine trattamento (novembre 2011-dicembre 2012) due scale: la Hamilton Depression Rating Scale e la Caregiver Burden Inventory).

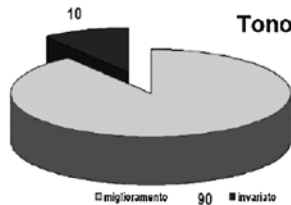
I dati raccolti mediante test e colloqui psicologici con i caregiver divisi in gruppi di massimo 15 partecipanti (n = 50 complessivi, età media 55 anni, 55% donne) mostrano un forte sovraccarico assistenziale da parte dei parenti. A fine trattamento si rileva tuttavia che il 60% dei caregiver evidenzia un alleviamento di tale sovraccarico, mentre per il 40% di loro la situazione emotiva rimane per lo più costante; si evidenzia un miglioramento del tono dell'umore nel 90% dei caregiver, mentre nel 10% di essi la situazione rimane per lo più costante.



Carico Assistenziale



Tono dell'Umore



Le rilevazioni quantitative e qualitative effettuate evidenziano l'efficacia del trattamento gruppoanalitico di sostegno per l'alleviamento del senso di sovraccarico emotivo assistenziale e il miglioramento globale del proprio benessere psicologico.

259

Predittori di eventi avversi in pazienti "oldest-old" affetti da ictus ischemico

F. Maioli¹, P. Forti², G. Procaccianti³, V. Nativio¹, G. Arnone¹, M. Martelli¹, E. Magni⁴, M.V. Lega², M. Coveri¹, M. Zoli², T. Sacquegna³

¹ Dipartimento Medico Stroke Geriatria Ospedale Maggiore Bologna, Bologna; ² Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, Bologna; ³ Stroke Unit Neurologia IRCSS di Bologna, Bologna; ⁴ Dipartimento Emergenza Medicina Riabilitativa Ospedale Maggiore Bologna, Bologna

L'incidenza di stroke ischemico (SI) aumenta esponenzialmente con l'età. La conoscenza dei fattori associati ad eventi avversi dopo IS acuto nei pazienti anziani è necessaria al fine di migliorare la qualità di cura ed ottimizzare l'allocazione delle risorse.

Dal giugno 2007 al giugno 2011, sono stati arruolati nello studio tutti i 436 pazienti affetti da IS di età ≥ 80 anni (86.8 ± 4.4), consecutivamente affetti nella Stroke Unit (SU) dell'Ospedale Maggiore, Bologna. Sono state valutate: caratteristiche demografiche, disabilità prestroke ed alla dimissione (Scala Rankin modificata = 3), comorbidità (punteggio = 2 all'Indice di Comorbidità di Charlson), eziologia (classificazione TOAST) e sottotipi (classificazione Oxfordshire) dello SI, grado di severità mediante il National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score, parametri clinici e laboratoristici all'ingresso, e complicanze nel corso della degenza. I dati sono stati estratti dal registro informatizzato della SU. I dati erano completi per tutti i pazienti eleggibili. Mediante regressione logistica multipla sono stati ricercati i predittori indipendenti dei seguenti eventi avversi: morte durante la degenza in SU (out come primario), nuova disabilità post-SI, durata della degenza, dimissione dalla SU senza piano riabilitativo, dimissione senza rientro diretto a domicilio. I risultati sono stati espressi come Odds Ratio ed i loro corrispondenti intervalli di confidenza.

La mortalità durante la degenza in SU era associata al sesso maschile (OR = 2.78, 1.24-6.25), alla fibrillazione atriale prestroke (OR = 3.65, 1.51-8.83), allo SI criptogenetico (OR = 6.58, 2.51-17.22), al punteggio NIHSS (7-15, OR = 2.07, 0.33-12.93; >15 [OR = 17.21, 3.48-85.10], e alla necessità di ossigeno-terapia [OR = 5.56, 2.42-12.74]. L'incidenza di nuova disabilità era associata all'età, al punteggio NIHSS, alla necessità di sondino nasogastrico, e alle complicanze mediche. La durata della degenza era inversamente correlata all'età e alla demenza e positivamente associata all'ipertensione arteriosa, al sottotipo non lacunare, alla necessità di sondino naso gastrico e di catetere vescicale, e alla disabilità incidente. La dimissione a domicilio senza riabilitazione era più frequente nei pazienti più anziani e meno frequente per quelli con NIHSS da 7 a 15. I pazienti con disabilità prestroke non erano esclusi a

priori dal trattamento riabilitativo ad eccezione di coloro che già a domicilio, prima dello SI, richiedevano assistenza continuativa. Il rischio di non rientrare direttamente a domicilio era associato al punteggio NIHSS, alla necessità di sondino nasogastrico, e a bassi livelli sierici di albumina.

La scala NIHSS è risultata il principale predittore di eventi avversi in questa popolazione di pazienti oldest-old affetti da SI acuto. Tuttavia anche lo stato di salute e funzionale precedente all'evento acuto contribuiscono indipendentemente alla prognosi.

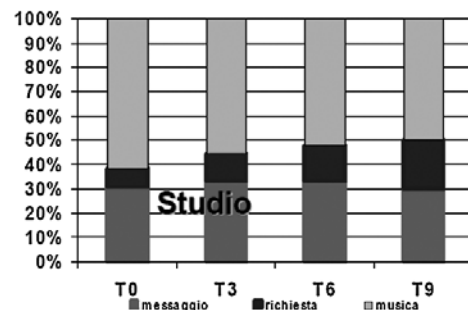
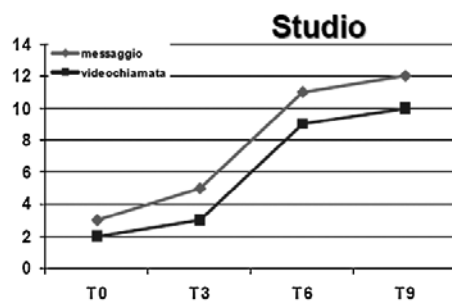
260

L'ausilio della tecnologia in progetti per favorire la comunicazione e l'impiego del tempo in persone con sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

A. Spica, L.M. Addante, M. Bonerba, P. Briganti, F. Ulisse
Modugno (Ba)

La SLA è una malattia neurologica degenerativa che comporta la morte progressiva delle cellule nervose del midollo spinale e di zone specifiche del cervello verificabile in un "rinsecchimento" (Sclerosi) delle sue parti laterali (Laterale) con riduzione progressiva delle masse muscolari innervate dalle cellule nervose degenerate (Amiotrofia). La degenerazione progressiva dei motoneuroni conduce alla loro morte e di conseguenza la capacità del cervello di muovere i muscoli è irrimediabilmente perduta. L'incidenza in Italia è di 2-3 casi/100.000 abitanti e la sua prevalenza è di 6-8 casi/100.000 abitanti, circa 4.000 persone nel nostro Paese tra 40 e 60 anni di età. La morte avviene di solito 3-6 anni dopo la diagnosi della malattia ed è principalmente causata da infezioni respiratorie.

Valutare l'ausilio della tecnologia in progetti per favorire la comunicazione e l'impiego del tempo libero. Lo studio che ha coinvolto due pazienti SLA è iniziato con le sessioni di base sui messaggi di testo e collegamento video. Il I Studio ha coinvolto un uomo di 51 anni con tetraparesi flaccida per il quale è stato utilizzato un sistema che gli consentisse di scrivere e inviare messaggi di testo e stabilire connessioni video con i suoi familiari. La tecnologia utilizzata si basa su due sistemi informatici, che controllano le due componenti del programma, lavorando insieme tramite software dedicato, e un microinterruttore ottico che può essere attivato attraverso piccoli movimenti del capo.



Il II Studio ha coinvolto un uomo di 65 anni con tetraparesi spastica e depressione del tono dell'umore per lui è stato utilizzato un sistema che gli potesse consentire di svolgere attività ludiche, redigere richieste per i suoi bisogni primari, scrivere e inviare messaggi di testo. Utilizzato il pacchetto software Clicker 5. Le sessioni introduttive / pratiche sono state seguite da 37 sessioni di intervento regolari. Egli ha anche inviato una media di 3,5 messaggi e ascoltato 2,5 messaggi per sessione indipendente. Canzoni e video non sono stati sempre seguiti per la tutta loro durata naturale.

I risultati sono stati incoraggianti. Il partecipante allo studio I ha utilizzato la tecnologia per stabilire comunicazione e interazione con partner multipli e con i familiari. Le percentuali medie sulle misure singole ha superato il 95%. Il partecipante allo studio II ha potuto utilizzare la tecnologia per l'impegno del tempo libero, comunicare richieste e contatti con familiari. L'importanza dell'uso della tecnologia per aiutare le persone con SLA in stadio avanzato a mantenere un ruolo attivo e costruttivo sono oggetto di discussione. Il problema della postura, del gesto e degli aspetti senso-percettivi sono nella gran parte dei casi determinanti per reale utilizzabilità dell'ausilio tecnologico. Ricercare una condizione di benessere è il primo passo per cercare di recuperare quanto più possibile un contatto con queste persone.

261

Progetto Arca: l'Ospedale di Comunità di Tregnago nuovo ed efficace modello nell'assistenza sanitaria territoriale

J. Bakri¹, M.B. Gazzola², R. Borin³, M.V. Nesoti⁴, C. Bovo⁵

¹ Geriatra ULSS 20, Verona; ² Dirigente medico ULSS 20, Verona; ³ Direttore Distretto ULSS 20, Verona; ⁴ Direzione Sanitaria ULSS 20, Verona; ⁵ Direttore Sanitario ULSS 20, Verona

L'Ospedale di Comunità di Tregnago è una struttura di cure intermedie, inserita nella rete dei servizi del Distretto 4 dell'ULSS 20 di Verona ed è parte integrante del Progetto Arca rivolto all'anziano fragile. Si rivolge a pazienti in dimissione dall'Ospedale per acuti, per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche o proseguire il processo di recupero dell'autonomia, oppure a pazienti in assistenza domiciliare che presentano una necessità assistenziale temporaneamente più elevata, non assicurabile a domicilio, ma per la quale un ricovero ospedaliero potrebbe risultare inappropriato.

La struttura è dotata di 15 posti letto. Accoglie 200 pazienti all'anno con un'età media di 81 ± 10 ; circa il 50% proviene dal domicilio, il 30% da reparti per acuti ed il 20% da reparti di Lungodegenza e Riabilitazione. Tutti i pazienti presentavano comorbidità spesso associata a criticità, instabilità clinica e disabilità. Circa il 40% dei pazienti venivano accolti per iniziare o proseguire programmi di rieducazione funzionale osteoarticolare in esiti di frattura, di rieducazione neuromotoria in esiti di ictus cerebrali e di riattivazione motoria in sindrome ipocinetica da prolungato allettamento, il 10,5% per affezioni broncopulmonari, l'8,5% per patologie cardiovascolari in labile compenso emodinamico, l'8% per patologie gastroenteriche e metaboliche complicate da disidratazione e malnutrizione, il 9% per grave decadimento cognitivo associato a disturbi comportamentali. Un altro 6% defedati con ulcere trofiche di 3-4° grado complicate da sovra-infezioni, il 6% per convalescenza post-chirurgica, il 6% per patologie neoplastiche e cure palliative, il 4,5% per patologie reumatiche. Viene attuata una presa in carico globale ed un percorso individualizzato per preservare e/o migliorare l'autosufficienza dei pazienti e la qualità della loro vita; viene attivata la dimissione protetta e condiviso con il MMG il processo diagnostico e terapeutico, garantendo così una continuità assistenziale anche dopo la dimissione. Solo quando le condizioni del paziente o difficoltà familiari impediscono il rientro a domicilio, il paziente viene avviato presso strutture a residenzialità definitiva.

Il 78% dei pazienti rientra al proprio domicilio, il 7% è stato inviato in Ospedale per eventi acuti, l'9% è stato trasferito in Residenze per anziani, i decessi sono stati il 6%. I giorni di degenza media sono stati 27 ± 13 .

Questo modello di struttura ha dimostrato di essere efficace per garantire un buon recupero delle condizioni cliniche e l'autonomia dei pazienti, in un'ottica di successivo rientro a domicilio. L'esperienza può fornire un contributo

all'attuale dibattito su ruolo e funzione delle strutture per la post-acuzie, anche alla luce di quanto è indicato dal recente Piano Sanitario della Regione Veneto che prevede un considerevole sviluppo degli Ospedali di Comunità e un probabile ridimensionamento dei posti letto per la Lungodegenza ospedaliera

262

Un caso clinico di insufficienza renale acuta farmaco-indotta

P. Gareri¹, R. Lacava¹, A. Castagna¹, A. Merante², G. Russo², A.M. Conditto³, N.M. Marigliano⁴, V.G.L. Manfredi⁵, G. De Sarro⁶, G. Ruotolo²

¹ASP, Catanzaro; ²SOC Geriatria, Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro; ³Medicina D'Urgenza AO Pugliese Ciaccio, Catanzaro; ⁴RSA "Madonna di Porto", Gimigliano (CZ); ⁵Medico in Formazione, Catanzaro; ⁶Cattedra di Farmacologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Magna Graecia", Catanzaro

Il termine Triple Whammy definisce il trattamento farmacologico costituito da un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina o un antagonista dell'angiotensina II, da un diuretico e da un antinfiammatorio non steroideo. L'utilizzo concomitante di questi tre farmaci è correlato ad un incremento del rischio di insufficienza renale, specialmente nel soggetto anziano, che sovente è politrattato. Il termine Triple Whammy viene anche utilizzato per definire lo stesso evento avverso causato da questa combinazione. Presentiamo un caso di triple whammy in una donna di 79 anni ricoverata in Geriatria per astenia ed edema facciale.

In anamnesi si segnalava un intervento chirurgico per protesi aortica biologica 7 anni prima, ipertensione arteriosa, depressione e artrite. Un mese prima era stata ricoverata in ospedale per dolori addominali, dimessa con funzione renale normale. Pochi giorni dopo era stata visitata a domicilio per sintomi depressivi, dolore alla spalla destra e cistite. Aveva assunto ketoprofene per via orale (50 mg/die) unitamente a ciprofloxacina (500 mg/die) per sei giorni ed era in trattamento cronico con furosemide (25 mg/die), aspirina (100 mg/die), carvedilolo (12.5 mg/die), omeprazolo (20 mg/die) e ramipril (5mg/die). Una settimana dopo iniziò a presentare inappetenza, astenia ed edema facciale. Gli esami ematochimici evidenziarono insufficienza renale acuta, mentre l'obiettività clinica evidenziava scompenso cardiaco e versamento pleurico bilaterale. Venne di nuovo ospedalizzato e le sue condizioni cliniche apparvero subito gravi. L'emogasanalisi evidenziò acidosi metabolica. Le terapie ed anche l'emodialisi furono inutili e la paziente morì tredici giorni dopo il suo ricovero in ospedale.

La storia suggerisce un'insufficienza renale acuta farmaco indotta, definita come triple whammy. I meccanismi probabilmente coinvolti sono riconducibili all'alterazione di una serie di meccanismi fisiologici che comprendono l'inibizione del tono sia del sistema arteriolare glomerulare afferente, controllato dalle prostaglandine, che di quello a carico delle arteriole efferenti, modulato dall'angiotensina. I diuretici, infine, attraverso una riduzione del volume plasmatico, possono determinare una ridotta perfusione renale.

Il caso è suggestivo della necessità di evitare associazioni tra ACE-inibitori, FANS e diuretici nell'anziano; il triple whammy è stato descritto anche con l'utilizzo di inibitori delle COX2.

263

Lunghezza telomerica, telomerasi e dieta mediterranea: ruolo ed implicazioni nell'invecchiamento di successo

V. Boccardi, A. Esposito, M. Rizzo, R. Marfella, I. Ambrosino, M. Barbieri

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, Napoli

I telomeri, strutture nucleo-proteiche evolutivamente conservate, proteggono l'estremità dei cromosomi da eventi di degradazione e fusione, permettendo alla cellula di distinguere le porzioni terminali da siti di rottura del DNA (DSB-Double Strand Breaks). La completa replicazione delle estremità

cromosomiche avviene a seguito dell'azione di una specifica trascrittasi inversa chiamata telomerasi, essenziale per il mantenimento di un numero appropriato di ripetizioni in modo da contrastare la continua erosione dei telomeri che si osserva nelle cellule prive di quest'enzima. La telomerasi, nell'uomo, generalmente non è attiva in tutte le cellule ma solo in cellule della linea germinale, staminale e a basse concentrazioni nei globuli bianchi periferici così che i telomeri si accorciano ad ogni divisione cellulare fino alla perdita di un numero critico di ripetizioni che conduce all'arresto del ciclo cellulare, meccanismo molecolare alla base della senescenza cellulare. È noto che la lunghezza e la stabilità telomerica (LTL) correlano inversamente con l'invecchiamento cellulare e che i soggetti centenari sani possiedono telomeri più lunghi e stabili rispetto agli anziani fragili. È noto altresì che una dieta corretta, ricca in frutta, vegetali, legumi, pesce e prodotti a basso contenuto di grassi, come la dieta mediterranea, si associa ad un più basso rischio di malattie croniche-degenerative come il cancro e le malattie cardiovascolari, promuovendo una migliore qualità di vita ed invecchiamento di successo. Tali osservazioni hanno suggerito il legame tra lunghezza telomerica, attività telomerasica e dieta mediterranea, ma l'effetto della dieta sulla modulazione dell'attività telomerasica e di conseguenza sulla regolazione dell'erosione e stabilità telomerica durante il fisiologico invecchiamento non è ancora noto.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare il potenziale ruolo della diversa aderenza della dieta mediterranea sull'attività telomerasica e stabilità telomerica in soggetti anziani con e senza fragilità. Abbiamo pertanto analizzato se la differente aderenza alla dieta mediterranea in soggetti anziani provenienti da diverse aree del sud Italia correlava con un diverso grado di attività telomerasica nei globuli bianchi periferici e di conseguenza abbiamo analizzato il potenziale ruolo nella variazione dell'indice di erosione telomerica.

La più alta aderenza alla dieta mediterranea, quantificata attraverso lo score MDS (Mediterranean diet score), si associava a più alti livelli di attività telomerasica nei globuli bianchi periferici, così come a telomeri più lunghi e stabili indipendentemente dall'età.

Tali risultati confermano gli effetti positivi della dieta mediterranea nella promozione dell'invecchiamento di successo e spiegano come a livello cellulare tale dieta promuovendo l'attività telomerasica si associa a stabilità telomerica e svolge un ruolo chiave nella modulazione del fisiologico invecchiamento.

264

Variazioni nella distribuzione territoriale di pazienti anziani in politerapia nella regione Lombardia tra il 2000 e il 2010

C. Franchi¹, D. Mari², P. Risso¹, M. Cartabia¹, M. Tettamanti¹, A. Parabiaghi¹, I. Fortino³, A. Bortolotti³, L. Merlini³, L. Pasina¹, C.D. Djade¹, A. Nobili¹

¹ Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano; ² IRCCS Cà Granda Osp. Maggiore Policlinico, Milano; ³ Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

La politerapia rappresenta un problema importante per la salute pubblica in quanto causa frequente di esiti clinici negativi e di aumentati costi sanitari per la gestione del paziente stesso.

Scopi dello studio sono stati quelli di 1) mettere a punto un criterio di identificazione dei pazienti anziani affetti da politerapia e 2) di valutare eventuali differenze nel trend della distribuzione geografica della prevalenza dei pazienti politerapici sul territorio lombardo negli anni 2000-2010. Per la messa a punto della definizione di "politerapia", le analisi sono state condotte solo su pazienti anziani di 65-94 anni, residenti a Lecco nel 2008 mediante l'utilizzo di un database amministrativo. Sono stati esplorati 3 cut-off già utilizzati in letteratura di 3 o più, 5 o più e 10 o più farmaci differenti, selezionati sulla base del IV livello dell'ATC. Tre diversi approcci sono stati analizzati: suddivisione dell'anno in (1) 4 finestre di 3 mesi ciascuna (es. gennaio-febbraio-marzo, la prima; aprile-maggio-giugno, la seconda); (2) "finestre mobili" di 3 mesi ciascuna (es. gennaio-febbraio-marzo, la

prima; febbraio-marzo-aprile, la seconda); (3) singoli mesi. Attraverso il calcolo dell'indice di Moran è stata valutata la presenza di autocorrelazione spaziale nella distribuzione comunale del tasso di prevalenza di politerapici. Nei casi in cui tale indice conferma la presenza di autocorrelazione spaziale, sono stati inoltre individuati i cluster territoriali di comuni ad alta e bassa prevalenza di pazienti politerapici, tramite il calcolo della statistica G di Getis-Ord. I dati ottenuti sull'asl di Lecco saranno a breve estesi a tutta la regione Lombardia per gli anni dal 2000 al 2010.

Mediante l'utilizzo dell'approccio (1), i pazienti in politerapia con 10 o più farmaci presentavano autocorrelazione spaziale durante tutto il corso dell'anno e in generale nella zona nord dell'asl di Lecco si osservarono comuni a bassa prevalenza di politerapia, mentre nella parte centrale si osservarono cluster di comuni ad alta prevalenza. Considerando l'approccio (2), i pazienti politerapici per almeno 6 mesi nell'anno presentavano un incremento della significatività dell'autocorrelazione spaziale, man mano che aumentava il numero minimo di farmaci assunti (4 farmaci, $p = 0.35$; 5 farmaci, $p = 0.06$; 6 farmaci, $p = 0.01$). Si è osservata inoltre la presenza di un cluster significativo di comuni con alta percentuale di anziani a nord del territorio dell'ASL, in cui si nota anche la minor presenza di pazienti politerapici. I risultati dell'ultimo approccio sono in fase di realizzazione.

La valutazione delle differenze geografiche nella prevalenza della politerapia può rappresentare un utile strumento per ridurre in modo mirato i rischi ad essa legati.

265

Appropriatezza dei ricoveri dei pazienti anziani provenienti da strutture residenziali

E. Martini, D. Golinelli, E. Saltarelli, G. Cremonini, M. Lunardelli
 UO Geriatria, Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna

I pazienti anziani residenti in strutture protette sono spesso inviati in Pronto Soccorso (PS) e vengono molto frequentemente ospedalizzati. Il loro tasso di ospedalizzazione risulta infatti essere doppio rispetto a quello degli anziani residenti a domicilio e 8 volte maggiore rispetto ai pazienti più giovani. Questo crescente numero di anziani è caratterizzato da patologie croniche, spesso con presentazione atipica, polifarmacoterapie, instabilità clinica e alterazioni cognitive e mettono a dura prova lo staff del PS. Numerosi studi suggeriscono come molti di questi ricoveri siano inappropriati, evitabili o causati da condizioni che potrebbero essere trattate al di fuori dell'ospedale, evitando di esporre il paziente ai noti e numerosi eventi avversi legati al ricovero e con una significativa riduzione dei costi sanitari.

Verificare l'appropriatezza dei ricoveri dei pazienti provenienti da strutture protette in un reparto di geriatria del Policlinico S.Orsola Malpighi di Bologna.

Abbiamo reclutato 116 pazienti anziani ricoverati in geriatria di cui 35 provenienti da strutture residenziali e 81 provenienti da casa. Oltre alla raccolta dei dati anagrafici abbiamo applicato ai pazienti una Valutazione Multidimensionale (VMD) Geriatrica di base con valutazione di stato cognitivo (SPMSQ), comorbilità (Charlson index), autonomia basale (ADL) e stato emotivo affettivo (GDS 5 item). Abbiamo poi analizzato più in dettaglio variabili indicative di appropriatezza del ricovero: stato di gravità clinica (APACHE II), degenza media, mortalità intraospedaliera, diagnosi di dimissione. I pazienti provenienti da strutture sono risultati significativamente più anziani, con maggior comorbilità, maggior deterioramento cognitivo e maggior livello di dipendenza rispetto agli anziani provenienti da domicilio. Per contro questi pazienti non avevano un punteggio medio APACHE II superiore e ben il 45% di essi otteneva un punteggio APACHE II basso non cioè indicativo di patologia acuta rilevante. Il 32% dei pazienti provenienti da CP/RSA aveva una degenza media inferiore ai 5 giorni e ben il 51% di essi era stato ricoverato nel fine settimana. La mortalità intraospedaliera non risultava significativamente differente nei due gruppi. L'analisi delle diagnosi di dimissione ha mostrato che circa il 30% dei ricoveri non presentava una patologia meritevole di ricovero ospedaliero.

Almeno il 30% dei ricoveri analizzati è risultato inappropriato poichè caratterizzato da basso punteggio APACHE II, bassa degenza media e assenza di patologia acuta nella diagnosi di dimissione. La maggior parte di questi ricoveri avviene nel fine settimana. Servono interventi sia a livello del personale delle strutture residenziali con lo scopo di migliorare l'appropriatezza degli invii in PS che a livello e dello staff del PS per selezionare più accuratamente i pazienti che necessitano il ricovero.

266

Identificazione e caratterizzazione funzionale di nuovi alleli nel promotore del gene del trasportatore della serotonina

D. Seripa¹, S. Iurescia², G. Paroni¹, C. Gravina¹, M. Urbano¹, M. Rinaldi², A. Pilotto³

¹ Laboratorio di Ricerca in Gerontologia e Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); ² Istituto di Farmacologia Traslazionale, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma; ³ Laboratorio di Ricerca in Gerontologia e Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza e Unità Operativa Complessa di Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Ospedale S. Antonio, Padova, San Giovanni Rotondo (FG), Padova

La serotonina (5-idrossitriptamina o 5-HT) è un neurotrasmettitore sintetizzato e rilasciato dai neuroni serotoninergici nei nuclei del rafe nel sistema nervoso centrale. La funzione nervosa di natura serotoninergica dipende largamente dal riassorbimento della serotonina da parte dei neuroni pre-sinaptici che l'hanno rilasciata. La molecola deputata al riassorbimento della 5-HT è il trasportatore della serotonina (5-HT transporter o 5-HTT). Questa proteina è codificata dal gene solute carrier family 6 (neurotransmitter transporter, serotonin), member 4 (SLC6A4) al locus 17q11.2 ed è responsabile della concentrazione della serotonina nella sinapsi, e quindi della trasmissione del segnale nervoso di natura serotoninergica. La 5-HTT-linked polymorphic region (5-HTTLPR) identifica un polimorfismo VNTR (variablenumber of tandem repeat) di 14-16 copie di una sequenza imperfetta di 20-23 paia di basi nella regione del promotore del gene SLC6A4 che è stata suggerita influenzare l'espressione di questo gene. Dal punto di vista funzionale, rispetto all'allele L (long) di 16 ripetizioni, l'allele S (short) di 14 ripetizioni è stato associato ad un minore efficienza di trascrizione del promotore, risultante in una ridotta espressione del gene e del conseguente riassorbimento della 5-HT [1].

Caratterizzare dal punto di vista funzionale due nuovi alleli del 5-HTTLPR, un allele extra lungo (XL) con 18 ripetizioni, ed un allele extra corto (XS) con 13 ripetizioni, già precedentemente descritto in letteratura [2].

L'analisi funzionale degli alleli XS e XL condotta mediante "reporter gene analysis" nella linea cellulare di coriocarcinoma placentare umano (JAR) indica una riduzione non significativa dell'espressione in presenza dell'allele XS in confronto agli alleli S (0.898 ± 0.628 vs 1.000 ± 0.000 ; $p = 0.118$), L (0.898 ± 0.628 vs 1.746 ± 1.047 ; $p = 0.185$) ed XL (0.898 ± 0.628 vs 1.362 ± 1.045 ; $p = 0.537$). Nessuna differenza è stata riscontrata nell'attività trascrizionale basale tra l'allele XL e l'allele L. Attualmente è in corso l'analisi funzionale nella linea cellulare neuronale embrionale di ratto RN46A. L'assenza di attività trascrizionale in seguito al clonaggio degli alleli nell'orientamento inverso dimostra che la produzione della proteina reporter è dipendente dal promotore.

La 5HTTLPR potrebbe avere un ruolo funzionale nell'influenzare l'espressione del gene SLC6A4, dipendente dal numero delle ripetizioni VNTR presenti nel promotore, che potrebbero agire in maniera dose-dipendente. Ulteriori studi su linee cellulari neuronali sono necessari per dimostrare il ruolo funzionali degli alleli del 5-HTTLPR.

267

Valutazione di possibili forme di apprendimento in persone in stato vegetativo e/o in stato di minima coscienza nelle RSA del Consorzio San Raffaele: outcome

M.T. Amenduni¹, A. Allegretti¹, M. Santoro¹, G. Lancioni², L.M. Addante²

¹ Andria (BT); ² Modugno (BA)

Nel 2010, nelle RSA del Consorzio San Raffaele, è partito un progetto di ricerca promosso dal Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bari. Ci si è avvalsi dell'ausilio di tecnologie specifiche (microswitch) che permettono a persone in stato vegetativo o di minima coscienza con gravi disabilità multiple, di interagire con l'ambiente circostante attraverso semplici risposte a stimolazioni di vario tipo.

Lo studio si proponeva, di sviluppare nell'ospite risposte adattive attraverso l'uso di microswitch e una stimolazione contingente; consolidare e mantenere tali risposte nel tempo; dimostrare la presenza di consapevolezza del mondo circostante e capacità di differenziare gli stimoli.

Lo studio, effettuato in una donna di 53 anni in stato vegetativo post-coma conseguente ad incidente stradale, con l'ausilio di un microswitch (piastra dotata di micro-sensore su cui l'ospite doveva effettuare una leggera pressione con le dita), ha previsto una sequenza sperimentale di tipo ABABB1CB1. A era la fase di baseline, durante la quale veniva contato il numero delle risposte che la paziente dava toccando il sensore spontaneamente, senza ricevere alcuna stimolazione; B era la fase di intervento in cui l'emissione della risposta aveva come conseguenza l'attivazione della stimolazione (musica preferita consigliata dai parenti); B1 oltre alla musica si effettuava massaggio corporeo; C la fase di controllo durante la quale la musica e il massaggio erano presenti per tutta la durata della sessione, indipendentemente dalla risposta comportamentale dell'ospite in esame. Da 2 a 11 sessioni al giorno, della durata di 5 min., per 6 mesi. I risultati ottenuti indicano che nella prima fase A (22 sessioni), la frequenza media di attivazione di risposte è stata pari a 11 per sessione, seguita dalla prima fase B (114 sess.) in cui la frequenza media di attivazione è salita a 17 per sessione, per poi scendere nuovamente, nella seconda fase A (18 sess.) ad una frequenza media di risposte pari a 10; infine, la seconda fase B (136 sess.) ha visto un incremento del numero medio di risposte pari a 19 per sessione. Durante la prima fase B1 (214 sess.) la frequenza media di attivazione di risposte è stata pari a 23 per sessione, scesa a 16 durante la fase C (36 sess.), per aumentare a circa 26 per sessione nella seconda fase B1 (109 sess.). Le differenze tra i livelli di risposta ottenuti durante le fasi di baseline e quelli ottenuti durante le fasi di intervento, sono risultate statisticamente significative al Kolmogor-Smirnov Test.

Con la progettazione di strategie di intervento basate sull'uso di microswitch e stimolazione contingente, è possibile incrementare i livelli generali di attività e lo sviluppo dell'autodeterminazione del paziente. La diagnosi iniziale di Stato Vegetativo potrebbe essere sostituita con una di Minima Coscienza in quanto si è riscontrato nell'ospite apprendimento, consapevolezza dell'ambiente circostante e differenziazione degli stimoli.

268

Progetto M.I.R.A.: tipologie e cause delle A.D.R.

R. Girardello, G. Dusi, M. Boni, D. Broch, M. Camin, L. De Moliner, G. Fontana, D. Longo, E. Marangoni, S. Minervini, M. Debiassi, L. Fin, M. Saiani, G. Walcher

Unità Operativa Geriatria, Rovereto

Lo scorso anno abbiamo presentato i risultati preliminari del Progetto M.I.R.A., esperienza di farmacovigilanza attiva svolta nell'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale di Rovereto.

La prima fase del progetto si è conclusa alla fine di gennaio 2012: in questa comunicazione presentiamo i risultati del primo anno di applicazione del Progetto, che prosegue nell'attività istituzionale quotidiana del reparto.

Dal 1 febbraio 2011 al 31 gennaio 2012 sono stati effettuati 1273 ricoveri. Nello stesso periodo di tempo sono stati segnalati 116 eventi avversi da farmaci in 108 pazienti con una incidenza percentuale del 9,1 %, di cui 68 con carattere di gravità. Di questi, 47 (3,7 %) hanno portato al ricovero, e 69 (5,4 %) si sono verificati durante la degenza.

Differenziando le ADR in quelle che hanno portato al ricovero e quelle insorte durante la degenza abbiamo osservato alcuni aspetti interessanti: nei casi di ADR che hanno portato al ricovero in ospedale i problemi più frequenti sono risultati le emorragie, seguite nell'ordine da disturbi del sistema nervoso centrale, nefropatie e turbe elettrolitiche, sintomi gastrointestinali, ipoglicemie. I farmaci più spesso coinvolti in queste ADR sono risultati gli anticoagulanti orali e gli antiaggreganti piastrinici, seguiti dai farmaci del SNC, dai farmaci cardiovascolari, dagli antibiotici, dai FANS in cinque casi, dagli ipoglicemizzanti orali in tre casi, in un caso dall'insulina.

Nei casi di ADR insorte durante la degenza il disturbo più frequente è risultato l'eruzione cutanea, seguita da disturbi generali e altri sintomi aspecifici, sintomi relativi al sistema nervoso centrale e all'apparato gastrointestinale, movimento degli enzimi epatici, problemi ematologici. I farmaci più frequentemente coinvolti nelle ADR durante il ricovero sono stati gli antibiotici, i farmaci cardiovascolari, gli antidolorifici, le eparine a basso peso molecolare, i farmaci del SNC, gli inibitori di pompa protonica; in tre casi non è stato possibile identificare con certezza il farmaco responsabile. Nella Tabella presentiamo le tipologie di ADR all'ingresso e durante la degenza.

Le ADR nel paziente anziano si verificano probabilmente con frequenza maggiore di quanto finora documentato e l'attenzione del geriatra nella loro prevenzione e controllo è un obiettivo significativo di salute. Le tipologie di ADR e i farmaci che le causano differiscono tra ADR che si verificano a domicilio e che portano al ricovero ospedaliero e ADR che insorgono durante la degenza in ospedale. Il monitoraggio attento e intensivo delle ADR e la multiprofessionalità dell'intervento costituiscono la chiave di volta per il miglioramento dell'approccio terapeutico nel paziente anziano.

Tipologie ADR	Ingresso	Degenza
Emorragia	12	0
Sintomi SNC	9	7
Nefropatia/turbe elettrolitiche	7	2
Sintomi gastrointestinali	6	7
Ipglicemia	4	0
Sintomi cardiovascolari	3	1
Eruzione cutanea	2	30
Epatopatia	2	6
Anafilassi	1	2
Sintomi ematologici	1	4
Altri sintomi	0	10
TOTALE	47	69

269

La VMD come criterio di valutazione dell'invalidità civile negli ultra65enni

C. Pizzorni¹, L. Sampietro¹, I. Brucciani¹, M. Sconfietti¹, M. Serra¹, E. Palumieri²

¹ ASL 3 Genovese, Genova; ² Ospedale Galliera, Genova

La normativa sul diritto all'indennità di accompagnamento negli ultra65enni individua il riconoscimento a chi "non è in grado di compiere i comuni atti della vita quotidiana" o "impossibilitato a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore", ma non esplicita l'entità delle limitazioni, né gli strumenti da adottare per la valutazione. La mancanza di chiarezza è spesso fonte di difficoltà interpretative e fenomeni di dis-equità sociale.

Dal maggio 2011 l'Ambulatorio di Geriatria in una RSA della ASL 3 Genovese, ha offerto una consulenza incentrata sulla VMD. Su 230 visite svolte in un anno, le "Visite con VMD per certificazione della non autosufficienza" sono state 122 (53%), richieste da MMG, Commissioni invalidi.

La valutazione oltre ad anamnesi e esame obiettivo, contemplava l'analisi clinica e funzionale con uno screening di base composto da:

CIRS – SIC per la comorbidità e lo stato clinico;

MMSE – SPMSQ – CDT – CDR – GDS per lo stato cognitivo, disturbi comportamentali e tono dell'umore;

NPI – CBI per il burden del caregiver;

ADL – IADL per lo stato funzionale;

Tinetti, PTT, Scala Morse per l'autonomia motoria e il rischio di caduta;

Breve Anamnesi sociale

A questi test potevano sommarsi la Valutazione Neurosensoriale, il MNA e una quantificazione delle Grandi Sindromi Geriatriche.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a VMD. I test più predittivi di non autosufficienza si sono confermati Barthel e Tinetti, per la valutazione della autonomia funzionale e motoria, MMSE per lo stato cognitivo. Punteggi compresi tra 0 e 10/65 per la Barthel ADL e tra 0 e 10/45 per la Barthel mobilità; così come punteggi di MMSE pari o inferiori a 17/30, o punteggi di Tinetti inferiori a 2/28, sono da considerarsi fortemente predittivi di dipendenza totale, ma è l'integrazione con gli altri test che può meglio definire le problematiche come l'instabilità clinica, spesso causa di ricoveri ospedalieri, e le condizioni sociali che possono determinare una scarsa compliance e il rischio di iatrogenicità. Il progetto mira a definire uno score numerico che attraverso MMSE e CDR, ADL e IADL, Tinetti, identifichi un punteggio al di sotto del quale si possa determinare con certezza il requisito di dipendenza totale o al di sopra del quale non ci siano sicuramente difficoltà persistenti. Nella "grey zone" che rimane, gli altri strumenti della VMD saranno di supporto alle Commissioni.

Ad oggi solo la Provincia Autonoma di Trento nel 1999 ha indicato la Barthel e il MMSE per l'identificazione delle "difficoltà persistenti" negli ultra65enni, ma è chiaro che dopo 13 anni, anche alla luce della crisi economica e delle profonde modifiche sociali, non si può più prescindere da una condizione reddituale e dalla variabilità dei bisogni. Solo una valutazione completa con metodiche standardizzate e validate, effettuata in ambiente specialistico, può fornire ad una Commissione invalidi la certezza di un riconoscimento equo e inappellabile.

270

L'outcome dell'ictus ischemico nel paziente in età geriatrica: l'indice di Charlson come strumento di valutazione del ruolo della comorbidità

F. Giambanco, L. Denti, M. Casella, A. Artoni, E. Focardi, E. Sutti, G.P. Ceda

Clinica Geriatrica Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Parma

La comorbidità ha potenzialmente un ruolo importante nell'esito dell'ictus ischemico acuto, specie in età geriatrica, e deve essere tenuta in considerazione sia nella gestione clinica del paziente sia nella valutazione della qualità dell'assistenza ai fini della correzione per case-mix. Dati conclusivi su questo argomento non sono disponibili, specie per l'assenza di un consenso sullo strumento di valutazione da utilizzare. L'indice di Charlson modificato (mCI) è un indice di comorbidità specifico per il paziente con ictus acuto, che ha dimostrato un buon potere predittivo per mortalità e disabilità a breve (dimissione o 90 giorni) o a lungo termine (1 anno). Tali studi hanno tuttavia alcune limitazioni: stima del mCI sulla base di dati amministrativi, inadeguata correzione per i potenziali fattori confondenti e l'esclusione dei pazienti più anziani.

Analizzare il ruolo predittivo della comorbidità stimata con il mCI, nell'outcome a breve termine dell'ictus ischemico nel paziente anziano. I dati relativi a 225 pazienti di età = o >60 anni, ricoverati in Clinica Geriatrica dal 1 gennaio 2002 al 31 dicembre 2007, sono stati estratti dal

database del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ictus ischemico-primario evento, implementato nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dal 2001.

Nel nostro campione, la comorbidità è rappresentata prevalentemente da alcuni specifici items del mCI (cardiopatía ischemica, BPCO, arteriopatia periferica, insufficienza cardiaca e demenza), con un punteggio medio indice di un grado moderato di comorbidità (2.34, 95% CI 2.09-2.59). Il punteggio al mCI è risultato associato ad una maggiore gravità dell'ictus all'esordio, stimato sia in termini di sindrome clinica che di punteggio neurologico e indicatori di impairment. All'analisi di regressione (logistica e di Cox, a seconda della variabile dipendente) è emersa un'associazione indipendente e ai limiti della significanza tra mCI e l'endpoint Poor Outcome (PO), definito come mortalità e disabilità, (OR 1.18, 95% CI 1.00-1.39, per ogni aumento di 1 punto dello score), mentre nessuna associazione è emersa con mortalità e disabilità. È stato pertanto sviluppato un nuovo score (CI-new), che nel modello finale multivariato di predizione, è risultato significativamente associato con il PO, indipendentemente da potenziali confondenti (OR 1.33, 95% CI 1.12-1.59 per ogni punto di incremento dello score).

La comorbidità ha un ruolo nell'esito a breve termine dell'ictus acuto nel paziente anziano, ma il suo contributo può essere rilevato e valutato solo disponendo di strumenti specifici per l'età e il tipo di outcome considerato (mortalità, disabilità o endpoint aggregati). La comorbidità inoltre condiziona fin dall'esordio una maggiore severità dell'ictus, che tuttavia non ne spiega del tutto l'effetto sull'esito.

271

Effetti dell'invecchiamento sulle differenze sesso-correlate nell'outcome dell'ictus ischemico: analisi da una corte di pazienti trattati secondo un percorso diagnostico terapeutico di riferimento

M. Casella¹, L. Denti¹, F. Giambanco¹, A. Artoni¹, U. Scoditti², E. Focardi¹, E. Sutti¹, G.P. Ceda¹

¹ Clinica Geriatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ² Clinica Neurologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma

L'ipotesi che il fattore sesso possa influenzare l'esito a breve e lungo termine dell'ictus è supportata da presupposti teorici ed evidenze sperimentali, solo in parte confermati dai dati osservazionali. In particolare, nonostante la maggior parte degli studi siano a favore di una maggiore incidenza di disabilità nelle donne, esistono dati a supporto di un effetto protettivo del sesso femminile nei confronti della mortalità. Inoltre, la possibilità che tali differenze possano cambiare durante l'arco della vita, in relazione alle modificazioni età-correlate dell'assetto steroideo femminile, è stata scarsamente investigata.

Scopo di questo studio è stato quello di esplorare, attraverso un disegno osservazionale retrospettivo su un data-base raccolto prospettivamente, l'interazione dell'età con il sesso nel determinare l'outcome a breve termine dell'ictus ischemico, in una corte di 1555 pazienti trattati secondo un protocollo comune al fine di evitare l'effetto confondente di eventuali differenze tra i due sessi nelle modalità gestionali.

Il sesso femminile è risultato associato ad una maggiore severità dell'ictus fin dall'esordio, indipendentemente dall'età. Le donne inoltre hanno presentato una mortalità sovrapponibile agli uomini (HR 0.77; 95% CI 0.56-1.06), ma una maggior rischio di disabilità residua (OR 1.54, 95% CI 1.23-1.93). Tuttavia, la correzione, oltre che per età, anche per indici di severità dell'ictus all'esordio (punteggi neurologici) e per diversi indicatori di impairment (disfagia, necessità di cateterismo vescicale, scarso controllo del tronco) ha fatto emergere un'associazione inversa del sesso femminile con la mortalità (HR 0.66, 95% CI 0.47-0.93). Infine è emersa una significativa interazione di sesso ed età nel determinare il rischio di mortalità. Questo fenomeno è stato ulteriormente studiato attraverso la

rappresentazione grafica della correlazione tra le stime di HR relativo al sesso femminile e l'età, che ha dimostrato un progressivo aumento dell'HR in relazione all'età, con valori significativamente < 1 nelle classi di età più giovani, e aumento oltre 1 nel passaggio dei 65 anni.

Il nostro studio dimostra che il sesso femminile, indipendentemente da età ed altri fattori confondenti, è protettivo nei confronti della mortalità a breve termine per ictus ischemico, per cui la donna, pur presentando forme più severe di ictus già all'esordio, supera più frequentemente la fase acuta. Ne consegue il maggior rischio di disabilità residua, che si è confermato nel nostro studio. Tale effetto protettivo è più evidente in età pre-menopausale, a sostegno dell'ipotesi di un ruolo protettivo dell'assetto steroideo endogeno femminile nella risposta neuronale all'insulto ischemico, dimostrato in studi sperimentali.

272

Gestione della terapia farmacologica nel paziente geriatrico: quali predittori di outcome?

F. Monacelli¹, C. Giannotti¹, P. Odetti¹

¹ DIMI Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche Università di Genova Azienda Ospedaliera S. Martino Genova, Genova

La gestione della terapia farmacologica (compliance and adherence) nel paziente anziano ha eziogenesi multipla (polipatologia, polifarmacoterapia, fattore di personalità e socio ambientale). L'età è il maggior fattore predittivo per l'uso di farmaci con una prevalenza del 34% negli ultra 65 anni. Il 50-70% dei pazienti non assume il farmaco prescritto con costi economici indiretti crescenti¹. La crescente complessità clinica del paziente, pongono interessanti focus sulle abilità e competenze necessarie al paziente per gestire la propria terapia. Tuttavia, ad oggi, mancano strumenti standardizzati predittivi di outcome².

Sono stati arruolati 25 pazienti anziani in setting ospedaliero, al fine di valutare la prevalenza di difficoltà nella gestione di terapia farmacologica e identificare i fattori di rischio predittivi di outcome negativo.

25 pazienti (F20:M5;età media 86.24 ± 1.49anni), con MMSE (20.64 ± 1.17 score),CIRS(3.52 ± 0.98score);polifarmacoterapia(6.64 ± 0.61farmaci);BADL (3.32 ± 2.34 score); IADL (3.08 ± 2.58 score); HAND GRIP (HG) (8.04 ± 0.98 Kg), sono stati sottoposti a test composito di valutazione corretta gestione dei farmaci (identificazione del farmaco, apertura e somministrazione della posologia) per farmaci differenti per preparazione e modalità di somministrazione (cpr per os a blister e lamina; iniezione sc con penna da insulina; inalatore per os tipo diskus e nebulizzatore; gocce per os con tappo a vite e tappo antibambino) al tempo 0, durante ricovero presso Cure Intermedie dell'Ospedale S. Martino Genova.

Analisi statistica: analisi non parametrica di correlazione (Spearman) ed analisi parametrica di varianza (one way Anova).

I risultati dello studio dimostrano, che solo l'1% dei pazienti è in grado di eseguire correttamente tutte le prove. I risultati dimostrano una correlazione negativa statisticamente significativa tra età e score totale del test (scT) (n25; r = -0.43; p < 0.001),una correlazione positiva statisticamente significativa tra MMSE e scT (n = 25;r = 0.71;p < 0.03) tra ADL e scT (n = 25;r = 0.73;p < 0.0001),tra IADL e scT (n = 25;r = 0.67;p < 0.0002),tra HG e scT (n = 25;r = 0.54;p < 0.007).

Il presente studio dimostra, seppure in numerosità limitata, che la complessità clinica del paziente (dipendenza funzionale, sarcopenia, polipatologia e decadimento cognitivo) insieme all'età rappresentano forti predittori di outcome negativo nella corretta gestione della terapia. Tali dati, se supportati da ampliamento di casistica e da dati basati sull'evidenza, pongono un focus clinico importante per lo sviluppo di uno strumento specifico predittivo di outcome nella popolazione geriatrica.

BIBLIOGRAFIA

- O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. *Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue*. Med Care Rev 1992;49:435-54.
- Elliott RA, Marriotti JL. *Standardised assessment of patients' capacity to manage medications: a systematic review of published instruments*. BMC Geriatr 2009;9:27-37.

273

Concentrazione plasmatica di D-Dimero in una popolazione di anziani ospedalizzati

K. Molinar¹, F. Greppi², G. Isaia², M. Bo¹, S. Rrodhe², A. Pastorino², A. Bernardi², L. Ausiello², C. Ruatta³, P. Sapone¹, M. Zanolchi¹, G.C. Isaia¹

¹ Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, SCDU Geriatria, AOU San Giovanni Battista, Torino; ² Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, SCDU Geriatria, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano, Torino; ³ Dipartimento di Area Medica, SSD Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Ospedale San Lorenzo, Carmagnola, Torino

Il tromboembolismo venoso (TEV) comprende la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP). L'ampia varietà e la scarsa specificità di segni e sintomi rendono difficile la diagnosi clinica. Il D-dimero (DD) rappresenta il principale indicatore diagnostico pur avendo scarso valore predittivo positivo.

L'obiettivo dello studio è valutare l'intervallo di concentrazione plasmatica di DD in una tipica popolazione anziana ricoverata in ospedale ed i fattori ad esso correlati per verificare le variazioni medie dei livelli di DD in relazione all'età.

Il campione è composto da 446 pazienti (età media $81,6 \pm 8,8$ anni), di cui 236 femmine. Di questi, 342 pazienti hanno almeno una funzione persa all'ADL (media $2,1 \pm 2,4$) e 186 pazienti presentano deterioramento cognitivo. Il 7,3% dei pazienti è deceduto durante il ricovero e la durata media della degenza è stata di $9,1 \pm 8,3$ giorni.

Un elevato numero di pazienti (85%) ha mostrato una concentrazione plasmatica di DD $> 0,500$ mg / ml (valori medi: $2,450 \pm 3,500$ mg / ml) ed i valori elevati sono risultati correlati significativamente con l'età.

Nell'analisi univariata sono risultati significativamente correlati con la concentrazione plasmatica di DD età, TEV pregresso, riposo a letto, albuminemia, neoplasia, insufficienza cardiaca, declino cognitivo e diabete. L'analisi multivariata ha mostrato una correlazione statisticamente significativa tra la concentrazione plasmatica di DD e rispettivamente età, presenza di neoplasie e scompenso cardiaco.

La letteratura internazionale ha dimostrato che la concentrazione plasmatica di DD è utile come strumento per escludere EP nel 60% dei pazienti di età inferiore a 40 anni, ma solo nel 5% dei pazienti di età superiore a 85 anni.

I nostri risultati confermano l'ampia gamma di valori di DD nei pazienti anziani, risultati che possono essere spiegati da situazioni diverse o caratteristiche cliniche. La presente analisi dimostra che l'età è significativamente e indipendentemente correlata con le concentrazioni plasmatiche di DD.

Alcuni autori hanno proposto nuovi livelli di cut-off per la concentrazione plasmatica di DD, dimostrando che un aggiustamento per età del cut-off di DD è in grado di aumentare la proporzione di pazienti nei quali EP possa essere esclusa rispetto al convenzionale valore di $0,500$ mg / ml.

I nostri risultati non possono confermare o contrastare questa ipotesi, perché il numero di pazienti arruolati non consente di generalizzare i risultati, e questo rappresenta il limite principale della nostra ricerca.

274

L'infezione da clostridium difficile in una popolazione di anziani istituzionalizzata

M.C. Neri¹, A. Porta², D. Moretti¹, N. Antonioti¹, S. Frugoni¹, M. Monti¹, L.C. Bergamaschini²

¹ ASP-IMMeS Pio Albergo Trivulzio, Milano; ² Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche, Università di Milano, Milano

L'infezione da Clostridium Difficile (CdAD) è la causa più comune di diarrea nosocomiale associata ad antibiotici, con una frequenza variabile dal 3 al 29%. La CdAD è causata da un microorganismo gram-positivo, anaerobio, formante spore, che produce due tossine enterotossiche. La CdAD ha una sintomatologia variabile dalla colonizzazione asintomatica alla colite pseudo membranosa. La patogenesi della CdAD è sconosciuta: in pazienti

ospedalizzati (immumodepressi) la concomitante presenza di patologie disabilitanti e di antibiotici alterano la flora batterica del colon creando così le condizioni favorevoli alla proliferazione del CD. L'invecchiamento è stato identificato come fattore di rischio: fattori predisponenti sarebbero i cambiamenti della flora intestinale età-correlati, l'immunosenescenza, le patologie invalidanti.

Valutare la prevalenza dell'infezione da CD in pazienti istituzionalizzati ed identificare fattori di rischio. Sono state reclutate le cartelle di pazienti con diagnosi di CdAD ricoverati in RSA in un Istituto Geriatrico dal 2007 al 2010 e valutati: il tempo di permanenza, la provenienza, il grado di disabilità fisica (Indice Barthel) e mentale (Mini Mental State), le comorbidità (CIRS), la terapia, in particolare l'uso di antibiotici entro le 12 settimane precedenti, lo stato nutrizionale, i parametri clinici.

I casi di CdAD sono stati 65, età 74-102 (media $84,8 \pm 6,9$). 80% proveniva dalle degenze riabilitative, 20% dal domicilio. Il tempo di permanenza in RSA prima di sviluppare l'infezione variava da 0 a 27 anni (mediana = 5 mesi), con un allungamento progressivo dal 2007 al 2010. In 16 pazienti l'infezione si è manifestata nel primo mese di ricovero in RSA, di questi 13 soggetti provenivano da reparti riabilitativi. I soggetti esaminati presentavano: forte disabilità, grave comorbidità, alto rischio di malnutrizione con lesioni da decubito. 60 pazienti erano stati sottoposti a terapia antibiotica nelle 8 settimane precedenti. In 26 casi si erano evidenziate piccole epidemie. 42 pazienti hanno presentato gravi complicanze intese come recidive o decessi entro 1 mese dall'infezione: 8 con ipertensione e 23 con ipotensione arteriosa. Tali pazienti risultavano più fragili in termini di età, deterioramento cognitivo, allettamento, decubiti, malnutrizione e comparsa di ipotensione. Significativamente più frequente è risultata anche la presenza di nutrizione enterale artificiale. Non sono emerse differenze significative per quanto riguarda la comorbidità e le terapie.

L'infezione da CD in RSA rappresenta un problema legato sia all'assistenza sanitaria che alla complessità dei pazienti ricoverati, fragili con alte comorbidità. Compito del personale sanitario assistenziale è non solo quello di curare l'infezione e di mettere in atto una serie di provvedimenti e strategie per garantire la prevenzione e la trasmissione della malattia, ma anche quello di correggere lo stato nutrizionale e ripristinare una flora intestinale corretta in grado di impedire la colonizzazione del battere.

275

Il paziente anziano con BPCO ricoverato nel reparto di geriatria: uno studio osservazionale

F. Mastroianni, P. Schino, L. Pinto, A. Carrassi, M. Errico

Ospedale Regionale Generale "F.Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA)

La BPCO rappresenta in Europa la terza causa di morte (8%) dopo le malattie cardiovascolari ed i Tumori. Il 50% dei decessi in ospedale entro 30 gg dal ricovero è rappresentato da pazienti affetti da BPCO. La BPCO ha una prevalenza del 7,6 % sulla popolazione generale, aumenta progressivamente con l'età fino a raggiungere il 14% nei soggetti di età > 65 anni.

Valutare la prevalenza e le caratteristiche del paziente con BPCO che si ricovera nel reparto di Geriatria per qualsiasi causa. Lo studio, osservazionale di prevalenza, ha arruolato 40 pazienti consecutivi nel periodo marzo-aprile 2012, ricoverati tramite PS. 25 di questi pazienti (62%) hanno eseguito anche una spirometria.

40 pazienti, 26 maschi e 14 femmine, età media di 80,56 anni, sono stati sottoposti ad una valutazione geriatrica multidimensionale. Sono stati somministrati test e scale per la valutazione dell'autonomia e dell'auto-sufficienza (ADL, IADL), la scala CIRS per la valutazione delle comorbidità, l'MNA, per la valutazione dello stato nutrizionale ed iMMSE, in versione ridotta a 10 items, per la valutazione del deficit cognitivo globale. Sono stati poi esaminati i farmaci assunti a domicilio. 23 pazienti, sono stati o sono ancora fumatori (57,9%), mentre 15 soggetti non avevano mai fumato (37,9%). La valutazione geriatrica multidimensionale ha evidenziato i dati riportati nella tabella 1. La prevalenza ottenuta è del 43,9%. (40 pz ricoverati per tutte le cause ed affetti da BPCO su un totale di 91 pz ammessi in reparto

nel periodo di osservazione). In base ai risultati delle prove di funzionalità respiratorie effettuate sui pazienti oggetto dello studio, considerando la classificazione GOLD ed ERS-ATS, emerge che i soggetti rientrano nei livelli II-III (FEV1 sino al 50% del teorico). Il valore medio di FEV1 è stato di 1.23 lt/min, quello della FVC di 1.38, quello del Tiffeneau (FEV1/FVC %) di 79%, dati che inquadravano tutti i pazienti, come affetti da BPCO. 13 pazienti assumevano a domicilio broncodilatatori + cortisone (32.9%) mentre solo 6 pz (15%) assumevano broncodilatatori da soli. I parametri spirometrici medi riferiti a 25 pazienti sono riportati nella Tabella 1.

Dai dati emerge che la popolazione di pazienti affetti da BPCO ricoverati nel reparto di Geriatria è costituita da soggetti molto anziani, con un deficit cognitivo moderato, lievemente dipendenti nelle attività di base della vita quotidiana (ADL) e con una notevole limitazione nelle attività quotidiane più complesse (IADL). Sono soggetti che hanno una elevata comorbidità, soprattutto diabete mellito fibrillazione atriale, ma anche disturbi del tono dell'umore in senso depressivo, e cardiopatia ischemica. Inoltre emerge un preoccupante quadro nutrizionale (MNA), considerando che tali soggetti sono tutti provenienti dal proprio domicilio ed una policofarmacoterapia che rendono tali soggetti il paradigma del soggetto anziano fragile.

Tab. I. Assessment geriatrico multidimensionale e valori spirometrici.

Test e scale	Punteggio
ADL	4 funzioni conservate
IADL	3 funzioni conservate
CIRS	indice di severità 1.44 Indice di comorbidità 1.56
MMSE (SPQS)	7.28
MNA	16.46
CVF	1.38 litri
VEMS	1.23 litri
VEMS/ CVF %	79.82
Numero di farmaci	4.74

Tab. II. Comorbidità.

Malattie in comorbidità	Numero di casi	%
Diabete mellito	16	40
Fibrillazione atriale	10	29
Disturbo dell'umore	7	17.9
Cardiopatia ischemica	6	19
Dislipidemia	5	12.9
Cardiomiopatia dilatativa	4	10
Cardiopatia valvolare	4	10
Arteriopatia	4	10

276

Utilità del Multidimensional Prognostic Index (MPI) nel valutare l'efficacia del trattamento con statine in pazienti anziani ospedalizzati affetti da malattie cardio e cerebrovascolari

D. Sancarlo¹, A. Fontana², G. Paroni¹, S. Bazzano³, M. Copetti², L. Ferrucci⁴, A. Pilotto³

¹ Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo; ² Unità di Biostatistica, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo; ³ UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Ospedale S. Antonio, Padova; ⁴ National Institute on Aging, Baltimore

Il trattamento con statine è indicato nelle malattie cardio e cerebrovascolari. Tuttavia la sua efficacia nell'anziano fragile ad alto rischio di mortalità non è nota.

Valutare l'efficacia dell'impiego del Multidimensional Prognostic Index (MPI) nel predire l'efficacia del trattamento con statine, in termini di mortalità, in pazienti anziani ospedalizzati affetti da patologie cardio e cerebrovascolari.

Lo studio ha incluso 1052 pazienti (M = 528, F = 524, età media = 79 ± 6.76 anni) affetti da malattie cardio o cerebrovascolari consecutivamente ricoverati presso l'UO di Geriatria del nostro Istituto. Durante il ricovero, in tutti i pazienti è stato calcolato il MPI secondo l'algoritmo originale di validazione che include 8 domini multidimensionali: 1) attività basali (ADL) e 2) strumentali della vita quotidiana (IADL), 3) stato cognitivo (SPMSQ), 4) rischio di lesioni da decubito (scala Exton-Smith), 5) stato nutrizionale (MNA), 6) comorbidità (CIRS), 7) numero di farmaci e 8) stato abitativo. Il MPI è stato espresso sia in valore assoluto (range 0.0-1.0) che in 3 gradi di rischio di mortalità in accordo a pre-definiti cut-off: MPI-1 rischio lieve = 0.33, MPI-2 rischio moderato 0.34-0.66 e MPI-3 rischio severo = 0.67. La mortalità a un anno è stata valutata attraverso la consultazione dei registri anagrafici comunali.

Dall'intera casistica 368/1052 pazienti (34.9%) sono stati trattati con statine. La mortalità globale a un anno è risultata del 19.6%, significativamente inferiore nei pazienti trattati con statine rispetto ai non trattati (8.9% vs 25.8%, p < 0.001). Stratificando i pazienti sulla base del grado del MPI la mortalità è risultata significativamente inferiore nei pazienti trattati rispetto ai non trattati sia nel gruppo di pazienti in MPI-3 rischio elevato (20.3% vs 66.5%, p = 0.001) che in MPI-2 rischio-moderato (12.7% vs 28.4%, p = 0.006) che in MPI-1 rischio-lieve (2.9 vs 8.1, p = 0.042). L'analisi multivariata post-matching (propensity score analysis) confermava che il trattamento con statine era significativamente associato a una riduzione della mortalità a un anno nei pazienti nel gruppo MPI-3 (HR 0.40;95%CI = 0.19-0.81; p = 0.012) e MPI-2 (HR 0.48;95%CI = 0.26-0.89; p = 0.019), mentre nei pazienti del gruppo MPI-1 la riduzione della mortalità non raggiungeva la significatività statistica (HR 0.37;95%CI = 0.13-1.05; p = 0.06).

Il MPI è utile nell'identificare pazienti anziani con malattie cardio e cerebrovascolari che possono beneficiare dal trattamento con statine in termini di riduzione di mortalità.

277

L'anziano nel teatro musicale italiano

A. Porro¹, B. Falconi¹, A.F. Franchini², G. Cesa-Bianchi², L. Lorusso³, C. Cristini¹

¹ Università di Brescia, Brescia; ² Università di Milano, Milano; ³ H Mellini, Chiari

Come evolvono i modelli e gli stereotipi interessanti la figura dell'anziano? Quali fonti possono essere indagate, alla ricerca di una determinazione culturalmente persistente nel tempo e nello spazio?

Molte opere letterarie ci mostrano, sin dall'antichità, immagini stereotipate dell'anziano: si pensi a Plauto ed alla sua commedia Casina.

Il teatro musicale, nelle sue diverse forme, ci può testimoniare i cambiamenti e le persistenze in ambito gerontologico, così come sono state registrate, codificate, vagliate, trasmesse attraverso le diverse immagini dell'anziano.

Sia analizzando la genesi del teatro musicale italiano, nella forma della commedia madrigalesca cinquecentesca, sia considerando la forma ottocentesca del melodramma, sono proposti, con la Commedia dell'Arte, molti personaggi fra i quali spicca quello dell'anziano.

Esso viene solitamente individuato dalla figura di Pantalone, e dai suoi problematici rapporti con una giovane ragazza.

La giovane donna, spesso caratteristicamente definita dall'astuzia, tiene testa alle profferte dell'anziano, fino a che la dimensione naturale (o presunta tale) prende il sopravvento: l'anziano riconosce l'insostenibilità della propria posizione, ed i giovani innamorati ottengono, di norma, la sua benedizione (e l'appoggio economico).

Le caratteristiche di questo anziano ci aiutano a comprendere stereotipi e realtà gerontologiche, nonché la loro persistenza: la ricerca della gioventù perduta, l'avarizia e l'uso del denaro, il divario generazionale.

A riguardo della realtà gerontologica cinquecentesca, si possono ricordare le opere di Orazio Vecchi (1550-1605), Giovanni Croce (1557-1609), Adriano Banchieri (1568-1634).

Quest'ultimo autore pone in atto una generalizzazione del problema gerontologico con la definizione di Pazzia senile (1598), in contrapposizione alla Saviezza giovanile (1607).

Non siamo molto distanti dal tempo, nel quale Luigi (Alvise) Cornaro (1475-1566) ci propone invece il suo Trattato de la vita sobria (1558), che delinea una visione moderna, positiva, dell'invecchiamento: i due modelli sono assolutamente divergenti.

A riguardo del melodramma ottocentesco, si può ricordare il personaggio di Don Pasquale, protagonista dell'omonima opera di Gaetano Donizetti (1797-1848).

Esso presenta numerose attinenze (in termini di divario generazionale) con la figura di Pantalone, così come trasmessaci in forma canonizzata, e si è scelto questo esempio, anche perché l'ambientazione ottocentesca della trama, ci fornisce una prova della persistente attualità dello stereotipo proposto.

Venendo, invece, all'attualità, la gerontologia, la geriatria e la psicologia positiva confermano una visione dell'invecchiamento aliena da stereotipi e limitazioni, che possiamo riconoscere in condizioni remote, talora anche di elevato livello culturale.

Una comprensione delle radici storiche del problema si dimostra sempre utile per la comprensione dell'attualità.

278

Prevalenza dei sette determinanti di salute cardiovascolare in una popolazione non selezionata

A.M. Martone, D.L. Vetrano, S. Mastropaolo, M.S. Pisciotta, R. Liperoti, M. Tosato, G. Colloca, E. Marzetti, G. Onder, F. Landi, R. Bernabei

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

Le malattie cardiovascolari (CV) rimangono la causa principale di morte nei paesi industrializzati causando un terzo di tutti i decessi. La riduzione del rischio CV può essere ottenuta tramite 7 regole di prevenzione individuate dall'American Heart Association (AHA): astensione dal fumo, adeguati valori di colesterolo, pressione arteriosa, peso corporeo e glicemia, regolare attività fisica e dieta equilibrata.

Scopo del presente studio è stato quello di verificare la prevalenza di tali fattori in una popolazione non selezionata nell'ambito della campagna nazionale di prevenzione cardiovascolare promossa dal Policlinico A. Gemelli di Roma, svoltasi nei centri commerciali di sette città italiane (Crema, Cremona, Milano, Ferrara, Bologna, Modena e Roma). Sono stati esaminati 1110 individui consecutivi. Attraverso la somministrazione di un questionario e la misurazione strumentale diretta sono state raccolte informazioni circa i dati anagrafici e antropometrici e i parametri inerenti i sette fattori protettivi (fumo, dieta adeguata, pressione arteriosa, glicemia, colesterolo totale, attività fisica e BMI). È stata inoltre valutata la prevalenza di tali parametri nelle tre classi di età corrispondenti ai tre terzi di età individuati nell'ambito della nostra popolazione (0-50 anni, 51-62 anni e più di 62 anni).

I 1110 partecipanti (età 56 ± 13 anni; 56% donne) presentavano mediamente 4.5 fattori protettivi, il 4,1% di essi ne presentava meno di 3 e il 22% ne presentava più di 5. All'interno della nostra popolazione: 932 (84%) individui risultavano essere non fumatori o ex-fumatori; 536 (48%) dichiaravano di praticare una regolare attività fisica; 542 (49%) presentavano un BMI = 25; 842 (76%) seguivano una dieta equilibrata, 379 (34%) presentavano un valore di colesterolo totale < 200 mg/dl e non assumevano farmaci ipolipidizzanti; 762 (69%) presentavano una pressione arteriosa < 140/90 mmHg; infine 1064 (96%) risultavano non affetti da diabete. Inoltre, la prevalenza dell'astensione dal fumo di una dieta equilibrata e di una regolare attività fisica è risultata più elevata nei soggetti con un'età superiore (rispettivamente 90, 87 e 57% tra gli individui con più di 62 anni; $p < 0.001$). Al contrario, adeguati valori di colesterolo, pressione arteriosa,

peso corporeo e glicemia sono stati riscontrati maggiormente tra i soggetti più giovani (rispettivamente 45, 85, 60 e 98% tra gli individui con meno di 51 anni; $p < 0.001$).

Questo studio presenta per la prima volta la prevalenza dei sette fattori di prevenzione CV in un campione di adulti in Italia. L'avanzare dell'età risulta maggiormente associato al riscontro di alcuni comportamenti virtuosi quali l'astensione dal fumo, una dieta adeguata e una regolare attività fisica. Al contrario, l'età avanzata risulta essere associata ad una ridotta prevalenza dei parametri di benessere CV classicamente alterati nella sindrome metabolica (colesterolo totale, pressione arteriosa, glicemia e peso corporeo).

279

Fattori predittivi di eventi clinici avversi durante il ricovero in reparti di medicina interna e geriatria in Italia. Studio multicentrico REPOSI

P.D. Rossi¹, C. Bilotta², A. Nobili³, D. Mari⁴, Gruppo Reposi⁵

¹ U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; ² Ambulatori di Geriatria, Presidio Territoriale dei Poliambulatori, Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano; ³ Laboratorio di Valutazione della Qualità delle Cure e dei Servizi per l'Anziano, Servizio Informazione sui Farmaci nell'Anziano Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano; ⁴ U.O.C. di Geriatria, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano, Milano; ⁵

Un recente studio multicentrico su pazienti anziani ricoverati in reparti di Medicina Interna e Geriatria in Italia ha dimostrato che l'incidenza di almeno un evento avverso (EA) in ospedale è un importante fattore predittivo sia di degenza protratta sia di mortalità intraospedaliera, indipendentemente dall'età e dalla comorbidità (1). I fattori predittivi di EA non sono ancora stati studiati.

Evidenziare i fattori predittivi di EA tra le principali caratteristiche demografiche e cliniche valutabili all'ingresso in reparto.

Sono stati arruolati 1,380 pazienti di età uguale o superiore a 65 anni ricoverati in 34 reparti di Medicina Interna e 4 di Geriatria che hanno partecipato al Registro Politerapie SIMI (REPOSI) nel 2010. Per identificare i fattori predittivi di almeno un EA durante l'ospedalizzazione è stata utilizzata un'analisi di regressione logistica multivariata.

In 477 pazienti (34.5% dei casi) è stato riportato almeno un EA e in 24 di questi pazienti tale EA ha causato il decesso. I fattori predittivi indipendenti di almeno un EA sono risultati: almeno un ricovero ospedaliero nei tre mesi precedenti (OR 1.40, 95% IC 1.06-1.86, $P = 0.019$), essere portatore di catetere vescicale (OR 2.72, 95% IC 1.98-3.73, $P < 0.001$). I fattori predittivi indipendenti di un EA che ha causato il decesso del paziente sono risultati: valori di pressione arteriosa sistolica = 120 mmHg all'ingresso in reparto (OR 3.59, 95% IC 1.12-11.52, $P = 0.032$) e l'essere portatore di catetere vescicale (OR 10.52, 95% IC 2.83-39.04, $P < 0.001$). Entrambe le analisi multivariate sono state corrette per le principali caratteristiche demografiche, funzionali, cliniche e laboratoristiche.

Al fine di favorire interventi clinici appropriati per ridurre il rischio di EA, tre caratteristiche anamnestiche e cliniche, valutabili all'ingresso in reparto, possono consentire di identificare i pazienti a maggior rischio di EA ed EA mortali: almeno un ricovero ospedaliero nei tre mesi precedenti, l'essere portatore di catetere vescicale ed il riscontro di ridotti valori di pressione arteriosa sistolica.

280

Progetto Arca: la continuità delle cure tra strutture residenziali e ospedale

F. Ferrarese⁶, C. Pomari², C. Bellamoli¹, P. Tosoni¹, E. Provoli¹, M.V. Nesoti³, C. Bovo⁴, M.G. Bonavina⁵

¹ UOC di Geriatria, ULSS 20, Verona; ² Distretto 4, ULSS 20, Verona; ³ Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona; ⁴ Direttore Sanitario, ULSS 20, Verona; ⁵ Direttore Generale, ULSS 20, Verona; ⁶ UOC di Geriatria, ULSS 20, Verona

L'OMS definisce la continuità delle cure tra ospedale e territorio come uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un sistema sanitario.

Nel gennaio 2011, nell'Azienda ULSS 20 di Verona, è partito il progetto ARCA (Assistenza Ricerca e Cura per l'Anziano) che ha come obiettivo principale la collaborazione fra strutture ospedaliere e territoriali deputate all'assistenza dell'anziano nel territorio aziendale. Nell'ambito di tale progetto, si è prodotto un documento che stabilisse le caratteristiche della documentazione sanitaria degli ospiti delle strutture residenziali in caso di invio in ospedale. *Migliorare la comunicazione tra ospedale e case di riposo nell'eventualità di ricovero ospedaliero*

È stato costituito un gruppo di lavoro formato da alcuni coordinatori delle professioni sanitarie delle case di riposo del Distretto 4, dell'ULSS 20, dell'UOC di Geriatria e del distretto socio-sanitario stesso, che ha prodotto uno strumento informativo condiviso da utilizzare al momento del trasferimento del paziente dalla casa di riposo in ospedale. Si tratta di una cartella in cui sono riportati i riferimenti della casa di riposo e la seguente documentazione:

- scheda medica di accesso in ospedale;
- scheda infermieristica;
- descrizione dell'evento acuto;
- copia della documentazione sanitaria significativa.

Successivamente sono stati analizzati tutti gli accessi all'ospedale da casa di riposo. Da gennaio a giugno 2012 sono stati registrati 516 accessi al pronto soccorso. Per 70 non è stato indicato se vi era o meno la cartellina di trasferimento. Dei 446 di cui è stato registrato il dato: 117 pazienti risultavano privi di cartellina (26.2%), mentre 329 (73.7%) sono giunti in PS con la cartellina. Circa la metà dei pazienti valutati è stato ricoverato, senza sostanziali differenze tra chi possedeva o meno la cartellina. Un'analisi preliminare della qualità dei dati evidenzia che, mentre la scheda infermieristica è quasi sempre presente, in poco meno di un terzo dei casi manca la terapia in atto e nel 40% dei casi non è descritto il quadro che ha condotto al ricovero.

Nell'ottica di un miglioramento dei flussi di informazione che seguono i pazienti trasferiti da casa di riposo in ospedale, l'elaborazione di una cartellina che contenga la documentazione necessaria è risultata uno strumento utile per il medico che, in ospedale, deve valutare un paziente spesso non in grado di fornire informazioni sul suo stato di salute. I risultati sul numero di cartelline compilate dimostrano come il lavoro sia solo iniziale e come sia necessario proseguire una stretta collaborazione per garantire un'adeguata continuità di cure. Inoltre, la maggior completezza dei dati di competenza infermieristica dimostra come il coinvolgimento dei coordinatori abbia funzionato da catalizzatore su tale categoria professionale. È in previsione un audit con il personale medico per ottenere una maggiore aderenza alla progettualità.

281

Vasculite in corso di Sjogren associato a colite ulcerosa

G. Battaglia, R. Battaglia, S. Fiorillo, D. Ferrari

U.O. Lungodegenza Serra San Bruno, Serra San Bruno (VV)

La sindrome di Sjogren è una malattia autoimmune a decorso lentamente progressivo. Un terzo circa dei pazienti presenta manifestazioni extra-gliandolari sistemiche. Può essere isolata (primitiva) o associata ad altre patologie reumatiche autoimmuni (secondaria).

G.R. aa. 69, sesso maschile. Padre + per Ca gastrico a 56 aa., madre + a 80 aa. per insufficienza respiratoria. 6 germani di cui 1 + a 67 aa. per linfoma. Operaio, scolarità V elementare. Nella remota intervento per discopatia lombo-sacrale, uno per algodistrofia della testa del femore Dx, uno per tunnel carpale e dito a scatto, iperteso. Nel 2006, in seguito a diarrea sanguinolenta, una colonscopia mise in rilievo Rettocolite ulcero-emorragica: terapia con Sulfasalazina 3 g/die: nel corso del c.a. è stata ripetuta ed ha messo in rilievo 3 polipi sessili. Da circa 3 anni episodi caratterizzati da tumor, calor e dolor della I articolazione metatarso-falangea del piede sx, receduti con terapia imprecisata, sensazione di sabbia nei bulbi oculari, secchezza delle fauci. Si ricovera perché da circa 20 gg ha una ulcerazione completa della falange terminale I dito piede sx. L'E.O. mostra iperfonosi delle basi polmonari con respiro aspro diffuso, modica epato-splenomegalia. L'ECG dimostra impegno atriale dx, l'Ecocardiogramma presenta FE 60%, modico grado di ipertrofia settale (13 mm/Hg), lieve insuf. aortica e mitralica, insuf. tricuspidalica di grado lieve con ipertensione polmonare (gradiente max 31 mm/Hg, PAPS 40 mm/Hg). La capillaroscopia dimostrò la presenza di Fenomeno di Raynaud. Rx torace: fibrosclerosi a zolle cortico-pleurico-apicale sx, ispessimento del disegno interstiziale. Ecografia addominale: diffusa componente steatosica. Ecodoppler arti inferiori: processo ateromatoso compatibile con l'età. Biopsia intestinale: flogosi acuta erosiva e cronica della lamina propria con neutrofilia dell'epitelio di rivestimento e granulomi epitelioidi confluenti e cellule giganti plurinucleate, quadri di criptite ed isolati microascessi. E. emat. nella norma ad eccezione del Fibrinogeno (421 mg/dl), PCR (10.70), ANA pos. 1/160, P-ANCA positivi. Praticata terapia vasoattiva con iloprost per 15 giorni, con guarigione dell'ulcera. Dimesso con la seguente diagnosi: Ulcera vasculitica I dito piede sx in soggetto con S. di Sjogren e retto-colite ulcerosa. Sospetto morbo di Crohn. Interstiziopatia polmonare.

L'incidenza delle manifestazioni extra-gliandolari della S. di Sjogren riguarda l'artrite per il 60%, il fenomeno di Raynaud per 37%, l'interessamento polmonare per il 14%, e la Vasculite per l'11%. Quest'ultima in alcuni casi si presenta con ulcerazioni cutanee. In questo caso la patologia è associata a Colite Ulcerosa e/o Morbo di Crohn, cosa non descritta in letteratura: si può ipotizzare che i fenomeni auto-immunitari che stanno alla base, siano stati la causa comune della suddetta patologia. La risposta ai glucocorticoidi e immunosoppressori possono avvalorare questa tesi.

282

Indicatori di disabilità in una popolazione di anziani ultra75enni che vivono al domicilio

S. Gentile⁴, S. Speciale⁵, F. Guerini¹, A. Morandi¹, T. Torpilliesi¹, G. Bellelli², M. Trabucchi³

¹ Dipartimento Riabilitazione Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona; ² Università di Milano "Bicocca", Milano; ³ Università di Roma "Tor Vergata", Roma; ⁴ Dipartimento Riabilitazione Ospedale "Ancelle della Carità"; Gruppo di Ricerca Geriatrica, Cremona; Brescia; ⁵ Dipartimento cure primarie AUSL Piacenza

Molti anziani che vivono al domicilio sono affetti da deficit funzionali-cognitivi, spesso misconosciuti, ed è difficile per il medico di Medicina Generale (MMG) programmare uno screening generale su tutti i pazienti. I deficit, anche lievi, sono in grado di rendere l'anziano, soprattutto se vive solo, non più capace di vivere al domicilio.

Lo scopo dello studio è quello di fornire ai MMG degli indicatori di disabilità (intesa come difficoltà cognitive e/o motorie a svolgere le attività strumentali o di base della vita quotidiana) che possano marcare lo stato di bisogno e segnalare i pazienti a rischio di outcome negativi (ospedalizzazione, istituzionalizzazione, decesso).

Materiali e metodi. È stato creato un dataset realizzato sulla base di dati raccolti da 3 MMG di Cremona. Questo includeva variabili sociali (età, sesso, convivenza), funzionali (capacità di gestire il denaro, i farmaci, di fare il bagno da soli, di uscire di casa da soli), di salute somatica indipendente dalla malattia (incontinenza, perdita di peso, assunzione di farmaci neurotropi, cadute, accesso al Pronto Soccorso nei precedenti 6 mesi la valutazione e ri-

covero ospedaliero nell'anno precedente la valutazione. Dopo sei mesi dalla valutazione è stato effettuato follow – up per la rilevazione degli outcome negativi (ospedalizzazione, istituzionalizzazione, decesso). Le variabili sono state inserite in un'analisi di regressione logistica multivariata per verificare quali, tra queste, potessero predire gli outcome negativi.

Il campione era rappresentato da 640 anziani ultra 75enni con età media di 82.7 ± 4.5 , in prevalenza di sesso femminile (66.9%). 226 anziani (35.3 %) vivevano da soli, 244 (38.1 %) con il coniuge, 79 (12.3 %) soggetti con i figli. Il numero medio dei farmaci assunti era 4.3 ± 1.8 (0-11). Le caratteristiche descrittive del campione suddivise in base all'evento "ospedalizzazione" sono riportate in tabella. Al follow up erano stati ospedalizzati 166 (25.9%) soggetti; gli istituzionalizzati erano stati 24 (3.8%) e i deceduti 15 (2.3%).

Nell'analisi di regressione logistica multivariata l'incontinenza è risultata predittiva di istituzionalizzazione, mentre le variabili predittive di ospedalizzazione sono rappresentate dalla capacità di gestire i farmaci, l'uso di farmaci psicoattivi, la perdita di peso negli ultimi sei mesi e un precedente ricovero ospedaliero.

I dati confermano che il numero di anziani disabili che risiedono al domicilio è rilevante. Il follow up conferma l'ipotesi che gli anziani riconosciuti disabili alla valutazione con gli indicatori proposti vanno incontro ad outcome negativi. La valutazione multidimensionale in tali soggetti potrebbe essere di grande utilità per marcare i bisogni, pianificare un adeguato programma di assistenza e migliorare gli outcome (ricovero ospedaliero, istituzionalizzazione definitiva).

Tab. Caratteristiche descrittive di 640 anziani viventi al domicilio suddivisi in base ad outcome negativo (solo ospedalizzazione) al follow up semestrale.

	Non ospedalizzati (n = 474)	Ospedalizzati (n = 166)	P
Età, anni	82.5 ± 4.6	83.3 ± 4.4	.053
Sesso femminile, n (%)	313 (66.0)	115 (69.3)	.253
Vive con			.029
solo	172 (36.3)	55 (33.1)	
coniuge	190 (40.1)	54 (32.5)	
figli	51 (10.8)	28 (16.9)	
altro	61 (12.9)	29 (17.5)	
Numero di farmaci	4.0 ± 1.7	5.1 ± 1.8	.000
Gestione denaro*	379 (80.0)	92 (55.4)	.000
Esce di casa da solo*	332 (70.0)	72 (43.4)	.000
Gestione farmaci *	383 (80.8)	101 (60.8)	.000
Fare il bagno da solo*	336 (70.9)	77 (46.4)	.000
Perdita di peso *	96 (20.3)	51 (30.7)	.005
Incontinenza *	62 (13.1)	50 (30.1)	.000
Anziani che assumono f. psicoattivi	200 (42.2)	100 (60.2)	.000
Anziani che assumono BDZ	177 (37.3)	81 (48.8)	.006
Anziani che assumono SSRI	31 (6.5)	18 (10.8)	.055
Anziani che assumono SRNI	12 (2.5)	8 (4.8)	.118
Anziani che assumono altri antidepressivi	8 (1.7)	4 (2.4)	.380
Anziani che assumono neurolettici Tipici	9 (1.9)	8 (4.8)	.047
Anziani che assumono neurolettici Atipici	5 (1.1)	3 (1.8)	.345
Anziani che assumono ACHEI	22 (4.6)	9 (5.4)	.412
Anziani Caduti	59 (12.4)	55 (33.3)	.000
Anziani ricoverati nell'anno antecedente alla prima rilevazione	80 (16.9)	88 (53.3)	.000
Accesso al PS nei precedenti 6 mesi*	91 (19.2)	70 (42.4)	.000

283

Una Polimialgia Reumatica (PR) resistente allo steroide

F. Rosa³, M. Ferrari³, P. Gnerre⁴, A. Buschiazzo¹, E. Lanfranco²

¹ Cattedra Medicina Nucleare Università di Genova, Genova; ² Spec. Ambulatoriale Lab. Analisi ASL 2, Savona; ³ Medicina Generale ASL 2, Savona; ⁴ Medicina Interna 2 Ospedale S. Paolo, Savona

La PR è caratterizzata dall'interessamento dei cingoli scapolare e pelvico, dall'alterazione di VES e PCR e dalla rapida risposta alla terapia cortisonica. Presentiamo un caso, interpretato come polimialgia reumatica, ma caratterizzato da una singolare resistenza allo steroide.

Uomo di 76 anni, con prurigo nodulare di Hyde (PNH), presentava violento dolore alla spalla sin. successivamente esteso alla spalla dx, alle articolazioni sternoclaveari e alle anche, specie a dx. Una ecografia evidenziava distensione liquida della guaina del capo lungo del bicipite brachiale e della borsa sottoacromiodeltoidea specie a sinistra; VES e PCR erano elevate. Nel sospetto di una PR (confermato dal reumatologo) era trattato con prednisone (PDN) 25 mg/die senza miglioramento; comparivano anzi gravi difficoltà motorie agli arti inferiori sino alla completa impotenza funzionale. Erano negativi: RM del rachide lombosacrale (per danno midollare), ANA, ENA, anti-CCP e FR. L'aumento dello steroide (PDN 50 mg/die) determinava un miglioramento solo al cingolo scapolare ma non alle anche, specialmente alla destra; VES e PCR rimanevano alterate. La RM delle anche evidenziava sinovite bilaterale con falda liquida endoarticolare a dx, distensione liquido-corporeale della borsa ileopsoas e interessamento delle strutture periarticolari. Per il sospetto di sovrapposizione di artrite settica eseguiva scintigrafia con leucociti marcati con captazione all'anca destra. L'artrocentesi e la successiva coltura evidenziavano una artrite settica da *Stafilococco aureo* meticillino sensibile (MSSA). Il trattamento con amoxicillina-clavulanato 1 gr x 3 + Rifampicina 600 mg determinava un progressivo miglioramento delle condizioni. Dopo 80 giorni di terapia gli indici di flogosi erano normali e la scintigrafia era negativa. Successivamente, per gli esiti invalidanti all'articolazione coxofemorale destra, era sottoposto a protesi totale d'anca destra e recuperava il benessere e la funzionalità in maniera completa.

La PR è caratterizzata dalla rapida risposta a basse dosi di steroide; dosi più elevate sono necessarie nella arterite giganto-cellulare (AGC) che spesso si associa alla PR, ma i sintomi di AGC erano assenti in questo caso. La PR può tuttavia essere simulata o da una endocardite batterica (improbabile per assenza di soffi cardiaci) o da una artrite anche settica. Nel nostro caso riteniamo possa essersi trattata di una sovrapposizione settica nel corso di una PR (presenza di borsite, miglioramento del cingolo scapolare con steroide indicativi di PR), causata da MSSA in un soggetto con una patologia cutanea come la PNH. L'interessamento articolare è noto nella artrite reumatoide ma non è frequente nella PR: nel nostro paziente è verosimile che ciò si sia verificato per la concomitante patologia cutanea. Una PR non responsiva allo steroide deve indurre al sospetto di una diagnosi alternativa e/o di una sovrapposizione settica.

284

Progetto Arca: i rapporti tra ospedale e casa di riposo

A. Dioli⁵, M. Mastella³, C. Bellamoli⁵, L. Terranova⁵, M.V. Nesoti⁴, C. Bovo¹, M.G. Bonavina²

¹ Direttore Sanitario, ULSS 20, Verona; ² Direttore Generale, Verona; ³ Medico di Medicina Generale, ULSS 20, Verona; ⁴ Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona; ⁵ UOC di Geriatria, ULSS 20, Verona

In questi anni, le case di riposo dell'est veronese sono state protagoniste di un'evoluzione culturale che le ha poste nella condizione di soddisfare i requisiti strutturali ed organizzativi indicati dalla letteratura internazionale e previsti per l'accreditamento istituzionale, consentendo così di accogliere soggetti con condizioni patologiche un tempo riservate a strutture ospedaliere.

Tabella 1. Assessment geriatrico dei pazienti valutati in consulenza presso le case di riposo.

Sesso (F/M, %)	72,2 / 27,8
Età*	83,94 anni
ADL premorboso* - Numero di ADL perse (0/6)	4,62
IADL premorboso* - Numero di IADL perse (0/8)	6,69
Indice di Barthel*	10
APACHE II APS score*	10,46
SCALA DI BRADEN*	13,92
CHARLSON comorbidity index*	7,25

In questa popolazione fragile sono inevitabilmente frequenti i ricoveri ospedalieri. Vi sono infatti circostanze nelle quali l'utilità del trasferimento in ospedale è indiscutibile e spesso urgente. Tuttavia studi internazionali hanno dimostrato che in numerose situazioni cliniche, molti ospiti di residenze per anziani potrebbero essere curati in modo sicuro ed efficace, permanendo nel loro ambiente quotidiano senza necessità di ospedalizzazione.

Valutare se una più stretta collaborazione tra il geriatra ospedaliero ed i medici di medicina generale che operano nelle case di riposo sia una modalità di lavoro utile per evitare ospedalizzazioni inappropriate.

Nell'ambito del progetto ARCA è stata avviata, in via sperimentale, una particolare collaborazione fra U.O.C. di Geriatria dell'ospedale per acuti dell'Azienda ULSS 20 Verona e medici di medicina generale che operano in due strutture presenti nel territorio di competenza dell'azienda. Esse contano per il 10% circa dei posti di residenzialità del Distretto 4 (923 posti). È stato previsto l'accesso in struttura di un geriatra ospedaliero su specifica richiesta del medico di medicina generale. Nel primo semestre del 2011, sono pervenute 18 richieste, con un tempo medio tra richiesta e visita di 1,3 giorni. L'assessment geriatrico dei pazienti valutati evidenziava un'età media avanzata (84 anni) e delle condizioni generali molto compromesse (Tab. 1). Confrontando i dati con il 2010, a fronte di un numero limitato di consulenze in struttura, si è assistito comunque ad una diminuzione del numero totale di ricoveri ospedalieri dei pazienti provenienti da queste due strutture (n totale di ricoveri nel 2010: 56, nel 2011: 44). Inoltre si è verificata una riduzione del 50% dei decessi in ospedale, con un proporzionale aumento della gestione in residenza del paziente terminale.

Questi risultati, pur preliminari, sono molto incoraggianti e possono indicare come una progettualità condivisa tra ospedale e territorio sia uno dei fattori che più influenza l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, anche in fase terminale di malattia.

285

Efficacia della Valutazione Multidimensionale intraospedaliera (VMD) nel ridurre il numero delle cadute in pazienti anziani ricoverati in UOC di Geriatria per acuti

K. Rossi¹, S. Bazzano², G. Saccardo², F. Cestonaro², M. Durando², M. Lo Storto², M. Loreggian², C. Seresin², M. Simonato², E. Manzano³, A. Pilotto²

¹UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova; ²Clinica Geriatrica, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Padova, Padova; ³UOC Geriatria, Azienda ULSS 16 Padova, Padova; ⁴Clinica Geriatrica, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Padova, Padova

L'ospedalizzazione è fattore di rischio di caduta per l'anziano, comportando un incremento dei tempi di degenza, morbilità e mortalità. Non è noto se l'impiego della valutazione multidimensionale (VMD) possa modificare il numero di cadute durante il ricovero ospedaliero.

Scopo dello studio è valutare se l'implementazione di una VMD condotta all'ingresso in ospedale modifichi l'incidenza di cadute durante il ricovero in pazienti anziani ospedalizzati. Sono stati inclusi nello studio 2.412 pazienti ricoverati consecutivamente presso l'UOC Geriatria di cui 1.110 nel periodo 01.05.2010-30.04.2011 (Periodo A, F 633, 57.0%, età media 84,36 anni) e 1302 nel periodo 01.05.2011-30.04.2012 (Periodo B, F 718, 55.1%, età media 84.10 anni). In tutti i pazienti è stata condotta una valutazione clinica e assistenziale mediante le scale di Norton e di Barthel. Dal 01.05.2011 al

30.04.2012 (Periodo B) tutti i pazienti sono stati inoltre sottoposti, entro 48 ore dall'ingresso, a VMD standardizzata comprendente l'esecuzione di: 1) attività basali (ADL) e 2) strumentali (IADL) della vita quotidiana, 3) stato cognitivo (SPMSQ), 4) rischio di lesioni da decubito (scala di Exton-Smith), 5) stato nutrizionale (Mini Nutritional Assessment), 6) comorbidità (CIRS), 7) numero di farmaci e 8) stato co-abitativo. Dalla somma pesata di questi 8 domini è stato quindi calcolato il Multidimensional Prognostic Index (MPI), indice validato prognostico di mortalità che, sulla base di pre-definiti cut-off, viene espresso in tre classi di rischio (MPI-1 lieve = 0,33, MPI-2 moderato 0,34-0,66 e MPI-3 severo = 0,67). Le cadute sono state identificate mediante analisi delle schede di denuncia di incidente intraospedaliera (incident reporting) ed i confronti sono stati condotti mediante test del X².

Nel Periodo A le cadute riportate sono state 22/1110 pazienti e nel Periodo B 9/1302 pazienti (1.98% vs 0.69%, p = 0.005). Di questi, 3/22 pazienti nel Periodo A e 1/9 (13.6% vs 11.1%) sono andati incontro a frattura. Nessuna significativa differenza si è osservata tra i pazienti caduti nel Periodo A e quelli caduti nel Periodo B per età media (84.0 ± 3.5 vs 84.9 ± 4.3 anni, p = ns), distribuzione di sesso (F = 40.9% vs 33.2%), numero di farmaci assunti (7.7 ± 2.6 vs 7.6 ± 2.6, p = ns), uso di antipsicotici e/o benzodiazepine (50% vs 77.7%, p = ns), indice di Norton (14.8 ± 3.2 vs 16.3 ± 2.9, p = ns) e indice di Barthel (51.1 ± 27.4 vs 55.6 ± 25.3, p = ns, alto rischio: 45.4% vs 66.6%) e orario della caduta (orario notturno: 81.8% vs 77.7%, p = ns). Tra i pazienti caduti nel Periodo B, 1 (11,1%) erano in MPI-1, 6 (66,6%) in MPI-2 e 2 pazienti (22,2%) in MPI-3.

L'impiego sistematico della VMD intraospedaliera si associa ad una riduzione significativa del numero delle cadute e delle loro complicanze durante il ricovero. È possibile che il fenomeno sia legato alla identificazione dei pazienti a rischio mediante VMD tramite l'MPI.

286

Progetto Arca. Attività integrata UOC di Geriatria e Distretto 4: l'Unità Valutativa Multidimensionale distrettuale dell'anziano fragile

P. Tosoni⁵, M.B. Gazzola¹, E. Provoli⁵, R. Borin¹, C. Bellamoli⁵, M.V. Nesoti², C. Bovo³, M.G. Bonavina⁴

¹Distretto 4, ULSS 20, Verona; ²Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona; ³Direttore Sanitario, ULSS 20, Verona; ⁴Direttore Generale, Verona; ⁵UOC di Geriatria, ULSS 20, Verona

L'invecchiamento della popolazione sta determinando un incremento dei soggetti anziani fragili e con esso un crescente aumento della complessità di gestione di questi pazienti. Nell'ambito del Progetto ARCA, nel 2011, l'UOC di Geriatria dell'ospedale per acuti e il Distretto 4 dell'ULSS 20 di Verona hanno dato inizio ad una collaborazione sotto forma di Unità di Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile. Essa è composta da un team fisso rappresentato dal case manager (geriatra referente), il responsabile della unità (medico referente del distretto), l'infermiere di percorso, l'assistente sociale (ospedaliero e/o del comune). Strumento di valutazione è la SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano). In tutti i soggetti analizzati la complessità clinica è stata documentata con la scala CIRS (indice di comorbidità e indice di severità).

Fornire una rapida e precisa valutazione delle caratteristiche cliniche, cognitive, funzionali e sociali di soggetti anziani fragili ricoverati presso l'U.O.C di Geriatria e, in base ad essa, strutturare in tempi più rapidi ed adeguati percorsi assistenziali.

Nel primo anno di attività (2011) sono stati valutati 244 soggetti (vs i 115 del 2010) di cui 147 femmine (età media 86.5 anni) e 97 maschi (età media 82.9 anni). I soggetti valutati presentavano un significativo declino delle funzioni cognitive (s-MMSE medio di 7.01), rilevante disabilità (Barthel medio di 10.7, ADL 0.60, IADL 0.27) e importante complessità clinica (Indice di Severità medio 26.20 e Indice di Comorbidità medio 4.96). Delle 244 richieste, 134 (54.9%) riguardavano una valutazione per inserimento in struttura protetta (RSA e/o CDR per non autosufficienti); 40 (16.4%) ingresso in Hospice; 32 (13.1%) ricovero

presso l'Ospedale di Comunità; 26 (10.7%) attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata. Nel 2011 si è ottenuto un tempo medio di esecuzione della valutazione pari a 4.07 giorni effettivi di ricovero prima della valutazione vs i 5.94 giorni del 2010. Laddove le valutazioni avevano una prevalenza sanitaria il tempo medio di esecuzione è risultato di 1.35 giorni vs 3.24 nel 2010. Per i casi in cui è risultata indispensabile anche la valutazione sociale il tempo medio di esecuzione della UVMD è sceso a 6.46 giorni di media vs 7.54 del 2010.

L'introduzione di una nuova modalità operativa in team fisso nella valutazione multidimensionale dell'anziano fragile ha consentito la presa in carico di un numero significativamente elevato di soggetti anziani fragili ricoverati e la definizione più precoce per essi del più adeguato percorso assistenziale, in particolare per i casi prevalentemente sanitari. In merito ai casi con problemi anche sociali, i tempi, pur migliorati, presentano un margine di miglioramento ancora ampio che potrà essere ridotto a fronte di ulteriori innovazioni organizzative.

287

Percezione dei cambiamenti assistenziali intergenerazionali in una coorte di pazienti ricoverati presso una S.C. di geriatria per acuti

L. Carnevali¹, C. Facchini², G. Bellelli³, S. Motta¹, S. Zazzetta¹, G. Annoni³

¹ Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Milano Bicocca, Milano;

² Dipartimento di Sociologia, Università di Milano Bicocca, Milano; ³ Clinica Geriatrica Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università di Milano Bicocca, Milano

Il modello di assistenza all'anziano, negli ultimi decenni, è stato oggetto di evidenti trasformazioni; tuttavia pochi studi hanno indagato quale sia la percezione di questi cambiamenti da parte degli anziani stessi.

Valutare come gli anziani giudicano i cambiamenti rispetto alla generazione precedente, ossia quella dei loro genitori.

Lo studio è stato condotto presso la SCC Clinica Geriatrica dell'Ospedale San Gerardo di Monza nel mese di marzo 2012, mediante la somministrazione di un questionario creato ad hoc. Esclusi i pazienti non collaborativi per grave deterioramento cognitivo o deficit neuro-sensoriali, sono stati identificati 59 casi (età media 82 ± 6 anni, uomini/donne 0,79/1). Tutti i pazienti, eccetto uno, vivevano al domicilio; il 23,7% abitava da solo, l'11,7% con badante, il 32,2% con il solo coniuge, il 10,2% con coniuge e figli e il 17,0% solo con i figli. L'età media di morte dei genitori era di 74 ± 15 anni per la madre e 69 ± 16 anni per il padre e, all'epoca, i pazienti avevano rispettivamente 47 ± 17 e 36 ± 18 anni. Nel 64,4% dei casi i genitori erano ancora autonomi al momento del decesso e, se dipendenti, il care-giver era di solito un figlio (52%) o il coniuge (21%). Il 30,5% dei nostri casi dichiara di avere bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana e, in tal caso, i care-giver sono prevalentemente i figli (44,4%), il coniuge (16,7%) o una badante (27,8%). La maggior parte giudica l'assistenza ricevuta "ottima" (61,1%) o "buona" (27,8%). Il 56% ritiene la qualità di cura attualmente prestata agli anziani migliore rispetto al passato, ancor che il 69,5% dei pazienti consideri che gli anziani fossero più felici nel passato rispetto a oggi. Infatti, solitudine e povertà sono intese come l'aspetto più significativo della vecchiaia (93,2% e 67,8% rispettivamente di "molto" o "abbastanza" d'accordo).

I pazienti hanno confrontato la situazione attuale con quella di cui erano testimoni circa 40 anni prima, collocabile grosso modo negli anni '70. La quota di pazienti che necessita assistenza è sovrapponibile alla quota di genitori che necessitava assistenza (30% e 36%). Rispetto ai genitori l'assistenza ai pazienti è prestata in percentuale simile dal coniuge (21% dei padri e 17% dei figli), mentre diminuisce la quota di persone assistite dai figli (44% rispetto al 52%), a beneficio delle badanti o di altre persone esterne alla famiglia (28% rispetto a 10%). Il contributo dei servizi pubblici resta marginale. Sebbene quasi tutti i pazienti diano un giudizio ottimo o buono dell'assistenza ricevuta, una quota importante ritiene che l'assistenza fosse migliore all'epoca dei genitori e che allora gli anziani fossero più felici.

288

Progetto Arca. Osservazione breve intensiva e percorsi clinici differenziati in Pronto Soccorso per i pazienti anziani

C. Bozzini⁴, G. Piasentin⁵, A. Tenci⁵, P. Tosoni⁴, M.V. Nesoti¹, C. Bovo², M.G. Bonavina³

¹ Direzione Sanitaria, ULSS 20, Verona; ² Direttore Sanitario, ULSS 20, Verona;

³ Direttore Generale, ULSS 20, Verona; ⁴ UOC di Geriatria, ULSS 20, Verona; ⁵ UOC di Pronto Soccorso, ULSS 20, Verona

Gli accessi degli anziani sono in continua crescita nei servizi di Pronto Soccorso (PS). Questi pazienti, per la complessità e fragilità, richiedono strumenti e modelli organizzativi specifici al fine di realizzare percorsi differenziati dedicati con vantaggi sia gestionali che nell'ambito della sicurezza e soddisfazione dei pazienti. La Regione Veneto nel 2005 ha istituito l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), reparto di degenza ad accesso diretto, annesso ai PS, con limite temporale massimo di ricovero di 24 ore, al fine di evitare ricoveri non necessari e dimissioni improprie. Il polo ospedaliero per acuti dell'Azienda ULSS 20 di Verona è dotato di un'OBI di 12 letti dove si svolge un'attività strettamente connessa a quella di PS con medesima intensità di utilizzo delle risorse diagnostico-terapeutiche. In generale l'attività dell'OBI è volta al trattamento intensivo di patologie acute potenzialmente reversibili (finalizzato alla dimissione sicura e in condizioni di compenso di salute del paziente), ovvero all'inquadramento diagnostico e al monitoraggio clinico di patologie sospette o complesse e quindi all'eventuale ricovero appropriato e motivato del paziente.

Analizzare la tipologia e l'esito degli accessi di pazienti geriatrici al PS dell'ospedale per acuti dell'Azienda ULSS 20 Verona in un anno di attività per definire in modo più preciso il ruolo dell'OBI in questo gruppo di pazienti.

I dati si riferiscono al periodo da gennaio a dicembre 2009. In tale periodo il 12% dei pazienti afferiti al PS risultava essere in età $> = 75$ anni (6529 su 55.468 accessi totali); di questi, il 31% è stato ricoverato. Per quanto riguarda i percorsi all'interno del PS, oltre la metà (3700) dei pazienti geriatrici giunti al PS ha seguito un percorso OBI mentre una percentuale più contenuta (370 pazienti in totale) ha seguito un percorso di Emergenza. Il 20% degli accessi OBI è durato oltre le 6 ore (in media oltre 12 ore). Dei pazienti trattenuti in OBI, poco più del 40% è stato ricoverato e questo indipendentemente dalla durata della permanenza in PS/OBI. Circa i due terzi dei ricoverati sono stati indirizzati al reparto di Geriatria/Medicina, mentre il 34% a reparti specialistici.

Il PS è la più importante via di accesso alle cure ospedaliere ed è uno strumento fondamentale di appropriatezza. L'istituzione dell'OBI ha permesso sostanziali miglioramenti nella gestione del paziente anziano acuto, consentendo all'interno dei PS l'individuazione di percorsi differenziati per le diverse complessità e gravità cliniche, e il raggiungimento degli obiettivi strategici di maggiore appropriatezza, sicurezza, economia.

289

Ruolo dell'attività immunitaria innata nella progressione della placca aterosclerotica in pazienti con ipotiroidismo sub-clinico trattati e non con L-Tiroxina

T. De Falco, M. Desiderio, V. Boccardi, A. Esposito, M. Barbieri, M.R. Rizzo, R. Marfella

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'invecchiamento, Seconda Università di Napoli, Napoli

È stata dimostrata una significativa associazione tra ipotiroidismo sub-clinico e malattia aterosclerotica. Tale associazione è risultata indipendente dai tradizionali fattori di rischio. Ancora non è noto il ruolo della terapia sostitutiva con L-Tiroxina nella stabilizzazione della placca aterosclerotica.

Valutare l'associazione tra ipotiroidismo sub-clinico e potenziale infiammatorio della placca aterosclerotica così come il ruolo della terapia sostitutiva con L-Tiroxina sulla regolazione dell'infiammazione a livello della placca. A tale scopo sono stati esaminati 23 pazienti con ipotiroidismo sub-clinico trattati con L-Tiroxina, 34 pazienti con ipotiroidismo sub-clinico non sottoposti a trattamento e 30 pazienti di controllo non affetti da ipotiroidismo sub-clinico, tutti asintomatici, in lista per intervento di endoarteriectomia carotidea per stenosi emodinamicamente significativa (> 70%) del tratto extracranico della carotide interna. In tutti i pazienti arruolati abbiamo esaminato il contenuto di macrofagi, linfociti T e cellule HLA-DR(+), i livelli di citochine proinfiammatorie (TNF- α , NF κ B), il grado di stress ossidativo (livelli di nitro tirosina e produzione di O₂) ed i livelli di MMP-9 nel contesto delle placche carotidee.

Confrontate con le placche del gruppo di controllo, quelle dei pazienti con ipotiroidismo sub-clinico non trattato presentavano più macrofagi, più linfociti T e cellule HLA-DR(+), una quantità superiore di TNF- α , NF κ B, markers di stress ossidativo (nitro tirosina e produzione di O₂), ed MMP-9 (P < 0.01 per tutte le variabili), e un minore contenuto in collagene e I κ B β (P < 0.001). Rispetto a quelle dei pazienti trattati, le placche dei pazienti non trattati presentavano una maggiore quantità di macrofagi, linfociti T e cellule HLA-DR(+), TNF- α , NF κ B (P < 0.01) ed un minore contenuto in collagene e I κ B β .

Questi dati suggeriscono un incremento dell'attività immunitaria innata nelle placche aterosclerotiche nei pazienti con ipotiroidismo sub-clinico e l'aumentata progressione verso un fenotipo instabile. Inoltre la terapia con L-Tiroxina può contribuire alla stabilizzazione di placca inibendo la rottura della stessa generata da processi di attivazione dell'immunità innata nei pazienti con ipotiroidismo sub-clinico.

290

Progetto "fatto apposta"

P. Fortuna¹, L. Ceriotti², E. Nardin¹, N. Carrarini³, A. Schiavo³, A. Matteazzi¹

¹ Ulss Vicenza, Vicenza; ² IPAB Vicenza, Vicenza; ³ Confartigianato Vicenza, Vicenza

L'invecchiamento progressivo della popolazione è un tema sempre più all'ordine del giorno. L'Azienda ULSS di Vicenza, nel Piano di Zona, conferma la domiciliarità come scelta strategica per l'area anziani allo scopo di diminuire l'ospedalizzazione delle persone, favorendone la loro permanenza a casa, nelle condizioni migliori possibili. Il progetto che si intende realizzare è in linea con le azioni previste per l'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra le Generazioni.

L'Ulss ha sollecitato il mondo delle realtà operanti nel mercato privato per rispondere con servizi e interventi appropriati ad una fascia di popolazione in forte e costante crescita. Dal confronto con Confartigianato Vicenza nasce la proposta di un percorso informativo a favore di imprenditori in particolare del Sistema Casa (edilizia, idraulica, falegnameria, elettricisti, sistemi di domotica, ecc.). "FATTO APPOSTA" rappresenta la personalizzazione dell'intervento dell'artigiano per adattare case e ambienti domestici alle necessità di una persona anziana.

Le imprese artigiane partecipanti a fine percorso riceveranno una certificazione di "innovatori e socialmente responsabili" attraverso la quale potranno proporsi nel mercato forti – oltre che di tale riconoscimento – anche della competenze acquisite dal confronto con specialisti nell'ambito sanitario ed esperti di Design for All.

Per aumentare l'attrazione e la reale possibilità di ricaduta del percorso è necessario investire per assicurare una esperienza di buona sinergia di competenze tra i diversi attori che lavorano con e per il "sistema casa", soprattutto perché i singoli artigiani (idraulico, elettricista, ecc.) normalmente hanno poco "spazio" nella fase della progettazione, in quanto sono esecutori degli interventi e non decisori. Tuttavia, portano con sé nella fase esecutiva una elevata capacità di problem solving. Si rende inoltre necessario coinvolgere le figure progettuali e decisionali al tavolo di lavoro (geometri, architetti, designer, ecc); Lavorare in ottica di spazi-sistema per esempio: sistema bagno o sistema cucina (2

spazi complessi e di grandissima fruibilità); Sperimentare una "mini" progettazione partecipata con tutte le figure del sistema casa, assieme con i fruitori con il metodo di Design for All.

Si prevede un percorso informativo con il contributo di geriatri, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti occupazionali ed esperti di Design for All; la creazione di un elenco delle imprese partecipanti al percorso informativo; l'accordo con enti e istituzioni per promuovere le imprese coinvolte quali interlocutori privilegiati nell'ambito della realizzazione dell'accessibilità, della sicurezza e della qualità abitativa sopra descritte; l'inserimento della lista di imprese nel sito di Confartigianato Vicenza e pubblicizzazione attraverso l'ANAP.

291

Valutazione e comparazione del filtrato glomerulare stimato con due differenti formule in una popolazione di centenari

A. Crucitti², S. Fusco², M.D. Cucinotta², P. Figliomeni², G. Maltese¹, A. Lasco², G. Basile²

¹ Cardiovascular Division, King's College London, Londra; ² Unità Operativa di Geriatria e Scuola di Specializzazione in Geriatria, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Messina, Messina

È noto che a partire dalla quinta decade di vita si assiste ad una progressiva riduzione del filtrato glomerulare (GFR) di circa 1 ml x min /1.73 m² per anno, che si accentua maggiormente dopo i 65 anni. La misurazione del GFR riveste un ruolo determinante nella gestione clinica dei pazienti geriatrici. Per la valutazione del GFR stimato (eGFR) vengono utilizzate alcune formule che utilizzano come parametri i valori di creatininemia, l'età, la razza ed il sesso, e non parametri antropometrici. Le equazioni oggi maggiormente utilizzate nella pratica clinica sono: MDRD (Modification Of Diet in Renal Disease) e la più recente CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Study). Ci sono pochi studi ad oggi che riguardano l'applicazione di queste due formule nei longevi e, a nostra conoscenza, un solo lavoro ha valutato il GFR stimato in soggetti centenari.

Lo scopo del presente studio è quello di stimare il GFR con tali equazioni in una popolazione di centenari e di comparare i risultati ottenuti.

Sono stati valutati 50 centenari (14 maschi, 36 femmine; età media 101,2 ± 1.6 anni), viventi a Messina, a domicilio o in casa di riposo. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione clinica, analisi di laboratorio e valutazione multidimensionale. Il eGFR, espresso in ml/min, è stato calcolato con le formule CKD-EPI e MDRD.

Il valore medio di creatinina è risultato di 1,17 ± 0,51 mg/dl. Il eGFR calcolato con CKD-EPI era di 46,7 ± 18,5 ml/min; con MDRD 57,9 ± 26,9 ml/min (p = 0.017). Dal confronto fra le due formule, in ogni soggetto, l'eGFR calcolato con MDRD era sempre maggiore rispetto a quello ottenuto con CKD-EPI. Dividendo la casistica in due gruppi (con eGFR < 60 ml/min e > 60ml/min) la differenza tra i valori ottenuti con le due equazioni nel primo gruppo è risultata di 7.2 ± 1.7 ml/min; nei pazienti con eGFR > 60ml/min è emersa una differenza di 18.7 ± 15.3 ml/min.

Calcolando l'eGFR in una popolazione di centenari con la formula CKD-EPI si ottiene, rispetto all'applicazione di MDRD, una più alta prevalenza degli stadi 3 e 4 dell'Insufficienza Renale Cronica (70% vs 56%). Per valori di filtrato < 60 ml/min con le due formule si ottengono stime pressoché simili, mentre vi è una notevole discrepanza per valori di filtrato > 60 ml/min. Il maggior limite del nostro studio è il mancato ricorso ad una metodica strumentale per la misurazione del GFR con cui confrontare e validare i risultati ottenuti con la stima indiretta, in considerazione della scarsa compliance di questi soggetti. La valutazione della creatininemia non consente di cogliere, soprattutto nell'età avanzata, il grado di insufficienza renale e pertanto è importante potersi avvalere per la stima del filtrato di una formula attendibile e di rapido impiego, in qualsiasi setting e che non necessiti di misure antropometriche, spesso difficilmente rilevabili nei soggetti ultracentenari, sempre più potenziali pazienti oltre che oggetto di studio della longevità estrema.

292

Valutazione delle soglie algogene muscolari in una popolazione di anziani in buona salute

M. De Rui¹, L. Bartolucci², F. Bortolotti², C. Vangelista¹, I. Marini², M.R. Gatto², E.M. Inelmen¹, N. Veronese¹, F. Bolzetta¹, S. Pigozzo¹, A. Coin¹, E. Manzato¹, G. Sergi¹

¹ Università di Padova, Dipartimento di Medicina, Clinica Geriatrica, Padova; ² Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, reparto di Ortognatodonzia, Università di Bologna, Bologna

Il declino sensoriale fisiologicamente associato all'invecchiamento coinvolge anche la percezione, la trasmissione e l'elaborazione del dolore. Ne consegue un innalzamento delle soglie algogene, definito "presbialgia". Il dolore muscolo-scheletrico riveste notevole importanza per l'elevata incidenza di patologie osteoarticolari nell'età geriatrica e le conseguenti disabilità e ridotta qualità di vita. Per valutare le variazioni nella nocicezione, uno dei parametri più comunemente impiegati è la soglia algogena pressoria (PPT), ovvero la minima pressione necessaria per evocare dolore. La letteratura evidenzia che la PPT dei muscoli fisiologicamente aumenta con l'invecchiamento, ma non fornisce valori di riferimento per individuare la soglia algogena muscolare nell'anziano.

Rilevare in alcuni muscoli di facile reperi come quelli coinvolti nella masticazione i valori delle PPT in un gruppo di anziani attivi e in buona salute al fine di individuare soglie algogene di riferimento per l'età geriatrica e indagare l'influenza dell'età, del sesso e della dominanza.

Secondo un disegno trasversale, sono stati studiati 95 anziani free-living, indipendenti in ADL e IADL e con un quadro cognitivo nella norma. Criteri di esclusione erano: assunzione di farmaci interferenti con la percezione del dolore, diabete mellito insulino-trattato e artro-miopatie. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione geriatrica multidimensionale e a visita gnatologica per valutare la funzionalità dell'articolazione temporo-mandibolare e dei muscoli masticatori. Sono state inoltre rilevate le PPT con l'algometro di Fischer a livello di temporale anteriore, medio e posteriore, massetere, sternocleidomastoideo, occipitale e splenius capitis in entrambi i lati. I dati sono stati descritti mediante mediana e distanza inter-quartile. Il confronto delle PPT è stato condotto tramite test non parametrici (test di Mann-Whitney tra maschi e femmine, analisi della varianza di Kruskal-Wallis per l'età (65-69; 70-74; 75-79; = 80 anni) e test di Wilcoxon per dati appaiati tra i muscoli dei due lati). Il potere classificatorio del sesso e dell'età è stato verificato tramite l'analisi discriminante. ? è stato fissato a priori a 0.05.

Dal confronto delle PPT tra i due sessi è emersa una differenza statisticamente significativa in tutti i muscoli esaminati, presentando le femmine valori inferiori per tutti i distretti sondati (Tabella 1); lo splenius capitis di entrambi i lati ed il massetere di destra sono risultati maggiormente responsabili della differenza tra i sessi. Non sono emerse differenze significative di PPT in base a età e lato esaminato in entrambi i sessi.

I valori di PPT dei muscoli masticatori nell'anziano free-living in buona salute sono più bassi nella femmina ma non sono influenzati dall'età e dalla dominanza. A parità di stimolo, la donna percepisce sensazioni dolorose più intensamente rispetto all'uomo.

293

Lo studio internazionale di registro dell'ipogonadismo nei soggetti di sesso maschile (RHYME): l'esperienza del Centro di Parma

A. Parise¹, M. Luci², R. Volpi¹, A. Vignali¹, F. Lauretani³, C. Cattabiani¹, G.P. Ceda¹, M. Maggio¹

¹ Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Parma; ² U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma; ³ Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma

L'ipogonadismo maschile ad insorgenza tardiva (LOH) è una sindrome clinica e biochimica caratterizzata dal decremento dei livelli sierici di testosterone totale e da sintomi e segni clinici a carico delle aree somatica, sessuale e psichica. Uno degli effetti negativi ipotetici associati al trattamento sostitutivo con testosterone è quello permissivo sulla insorgenza di neoplasia prostatica. Tuttavia studi clinici estesi sulla popolazione generale trattata sono al momento assenti.

Lo studio internazionale di registro dell'ipogonadismo nei soggetti di sesso maschile (RHYME) si configura come il primo studio, osservazionale di registro a disegno longitudinale e multicentrico, basato su un vasto campione (mille soggetti di sesso maschile ipogonadici) e proiettato a lungo termine (36 mesi) con tre obiettivi. L'obiettivo primario è quello di esaminare gli effetti del trattamento sostitutivo con testosterone sull'incidenza di neoplasia prostatica.

Il Centro della Clinica Geriatrica di Parma, coinvolto in questo studio internazionale di registro unitamente ad altri 24 siti accademici e clinici europei, ha arruolato 25 soggetti. L'arruolamento iniziato nel 2009 è stato completato nel Dicembre 2011. Qui si riportano i dati clinici e laboratoristici al baseline e a 3-6 mesi in relazione a due gruppi (trattato e non trattato) contestualmente agli obiettivi preposti. I dati disponibili a 3-6 mesi sono quelli relativi soltanto a 11 dei 13 soggetti trattati, ed un gruppo non trattato di 12 soggetti. L'età media è stata rispettivamente di 62.27 ± 8.28 anni nel gruppo trattato e di 65.17 ± 8.18 nel gruppo non trattato. I livelli di testosterone totale erano rispettivamente di 6.48 ± 2.97 e 8.15 ± 2.07 nmol/L nel gruppo trattato e non trattato, rispettivamente. Nel gruppo trattato è migliorata in modo statisticamente significativo la sintomatologia del tratto urinario inferiore legata all'ipertrofia prostatica benigna ($p = 0.005$) da 7.54 ± 6.90 a 6.82 ± 4.79 , ma non nel gruppo non trattato (da 8.92 ± 4.72 a 9.83 ± 3.54) ($p = 0.86$). In entrambi i gruppi è stato documentato un trend al rialzo non statisticamente significativo del PSA totale che tuttavia si è mantenuto entro i limiti di normalità ($p = 0.35$ gruppo trattato e $p = 0.11$ gruppo controllo). Nessun caso di Carcinoma prostatico è stato riportato a 3-6 mesi.

Questo studio si basa su un'analisi preliminare sui soggetti arruolati nel centro di Parma dello Studio di Registro Internazionale RHYME in un periodo di 3-6 mesi di follow-up. Il completamento del periodo di follow-up completo di 36 mesi consentirà un'esauriente valutazione dei parametri sicurezza ed efficacia del trattamento sostitutivo con testosterone specie nel sottogruppo di soggetti anziani.

Tab. 1. Descrizione delle soglie del dolore rilevate nei muscoli siti sul lato destro (mediana).

Muscoli	Destra			Sinistra		
	Maschi	Femmine	p	Maschi	Femmine	p
Temporale anteriore	3.7	2.5	.0001	3.7	2.7	.002
Temporale medio	4.1	3.1	.001	4.6	3.2	.001
Temporale posteriore	4.7	3.5	.003	4.4	3.4	.0001
Massetere	3.0	1.9	.0001	3.0	2.0	.0001
Sternocleidomastoideo	2.1	1.4	.00001	2.0	1.5	.0001
Occipitale	4.3	3.1	.001	4.2	3.0	.001
Splenius capitis	3.4	2.5	.0001	3.3	2.3	.0001

294

Dimissione protetta dal modello assistenziale "Patti per l'ictus cerebrale" al progetto territoriale di integrazione ospedale-territorio per l'ictus cerebrale

M. Damiano¹, F. Caronzolo², G. Gaglio³, R. Grasso², A. Grippa², G. Lombardo², F. D'Amico³

¹RSA San Piero Patti ASP Messina, San Piero Patti; ²UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti ASP Messina, Patti, Messina; ³UOC Geriatria e Lungodegenza PO Patti, Coordinamento Attività Geriatriche ASP Messina, Patti, Messina

L'assistenza postacuta nei pazienti con ictus cerebrale rappresenta una priorità nel Piano Sanitario Regionale. Si propone un progetto destinato a governare i setting assistenziali ospedalieri e territoriali dedicati ai pazienti dimessi dalle UOC della ASP di Messina con diagnosi di malattia cerebrovascolare acuta.

Sono stati utilizzati i dati riferiti a n. 861 pazienti dimessi nell'anno 2010, con diagnosi di malattia cerebrovascolare acuta corrispondente al DRG 14, dalle n. 8 UOC della ASP di Messina valutate nel progetto. L'obiettivo è quello di dimostrare come la dimissione protetta faciliti la successiva riabilitazione dei pazienti con ictus cerebrale. Il progetto indica le modalità operative in grado di ottimizzare la comunicazione e l'integrazione tra Ospedale e Servizi Territoriali Domiciliari (ADI) e Residenziali (RSA), garantendo una continuità del processo di assistenza e di cura, oltre che il supporto sociale e ambientale.

Nel corso dell'anno 2010 n. 861 (96%) dei n. 897 ricoveri ordinari per DRG 14 con degenza media di 8.29 giorni sono stati effettuati presso le UOC per patologie acute (n. 1 UOC di Geriatria, n. 6 UOC di Medicina, n. 1 UOC di Neurologia) della ASP di Messina. Il numero di ricoveri ordinari e la degenza media sono risultati diversi tra le UOC valutate come pure sono risultati difforni le procedure di dimissione protetta. I dati di maggiore appropriatezza per la dimissione protetta sono stati attribuiti alla UOC di Geriatria del PO di Patti in cui sono risultati nell'anno 2010 n. 147 ricoveri ordinari per malattia cerebrovascolare acuta e degenza media n. 7.5 giorni. Questi dati hanno confermato gli obiettivi previsti dal modello assistenziale "PROFILO di ASSISTENZA e TERAPIA TERRITORIO INTEGRATO - PATTI per l'ictus cerebrale" proposto e applicato dall'anno 2007 dal Coordinamento delle Attività Geriatriche della ASP di Messina e dalla UOC di Geriatria e Lungodegenza del PO di Patti. Pertanto la causa della diversità di durata della degenza ospedaliera per ictus cerebrale può essere attribuita alle carenze di applicazioni delle procedure di dimissione protetta.

La carenza di appropriatezza nella applicazione delle procedure di dimissione protetta nelle UOC della ASP di Messina valutate nel Progetto di Integrazione Ospedale-Territorio non consente di rendere efficiente e efficace l'organizzazione territoriale e la gestione della rete assistenziale per l'ictus cerebrale. Valutando gli outcome del modello assistenziale "PATTI per l'ictus cerebrale", il progetto si è posto l'obiettivo di incentivare la dimissione protetta dei pazienti ospedalizzati per malattia cerebrovascolare acuta e la conseguente riabilitazione, consentendo di evitare dimissioni ospedaliere precoci e aumento della degenza media.

295

Ruolo dell'età nella dislipidemia associata all'ipotiroidismo

S. Tognini, A. Polini, S. Cottone, G. Pasqualetti, F. Monzani

U.O. Geriatria Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

L'impatto dell'ipotiroidismo subclinico sul profilo lipidico e sul rischio cardio-vascolare rimane tutt'ora un argomento controverso, in particolare nei pazienti anziani.

Scopo del presente studio è valutare se età e, in secondo luogo, il genere possano influenzare gli effetti della disfunzione tiroidea lieve sul metabolismo lipidico.

Studio osservazionale e prospettico su 2308 pazienti (età media 47.4±14.1 anni; 1874 F), valutati in regime ambulatoriale per patologia tiroidea nota o sospetta. Su ciascun paziente veniva eseguita valutazione della funzione tiroidea, compresa autoimmunità, e del profilo lipidico dopo 12 ore di digiuno. Sono stati esclusi i pazienti in terapia ipolipidizzante. I partecipanti allo studio sono stati divisi in sottogruppi in base all'età (1°: 10-29; 2°: 30-49; 3°: 50-64; 4°: >65 anni) e alla concentrazione plasmatica di TSH (1°: < 0.36; 2°: 0.36-3.6; 3°: >3.6 e < 10.0; 4°: >10.0 mUI/l).

Nessuna differenza di genere è stata riscontrata per quanto riguarda età e pressione arteriosa sistemica mentre l'indice di massa corporea (IMC) risultava moderatamente più elevato negli uomini (p = 0.05). Abbiamo inoltre documentato una maggiore prevalenza di autoimmunità nelle donne (55.4% Vs 39.9%, p = 0.0002) in assenza di alcuna differenza di genere per quanto riguarda la distribuzione nei diversi sottogruppi di TSH. Un significativo incremento delle concentrazioni di colesterolo totale (CT) e LDL e del rapporto LDL/HDL è stato osservato nelle donne appartenenti al 4° gruppo di TSH (>10.0 mUI/l) indipendentemente dell'età. Suddividendo l'intera popolazione in gruppi d'età, anche valori di TSH moderatamente elevati (>3.6 mUI/l) si associavano ad un significativo incremento del profilo lipidico (CT e LDLc p = 0.01 e LDL/HDL r p = 0.02 Vs eutiroidie) nelle donne appartenenti al 3° e 4° gruppo d'età (>50 anni). Al contrario negli uomini valori di TSH>10.0 mUI/l si associavano ad un incremento significativo dei trigliceridi (TG), ma non di colesterolo; inoltre, un significativo incremento di CT, LDL e LDL/HDL (p = 0.03, p = 0.02 e p = 0.01, rispettivamente Vs eutiroidie) si osservava negli uomini ultra-sessantacinquenni per valori di TSH > 3.6 mUI/l (3° e 4° gruppo di TSH). Nel modello finale della regressione stepwise, che spiega circa il 40% delle variazioni del CT e LDL, l'età presentava il più elevato coefficiente standard (0.36 e 0.37, rispettivamente), seguito dal TSH (0.20 e 0.11, rispettivamente).

Il presente studio conferma come la funzione tiroidea influenzi il profilo lipidico in modo differente in base al genere e documenta come l'impatto dell'ipotiroidismo sub-clinico sul metabolismo lipidico aumenti all'aumentare dell'età. Questi dati pertanto potrebbero spiegare, almeno parzialmente, la difformità di risultati presenti in letteratura riguardo l'associazione tra dislipidemia e valori di TSH moderatamente aumentati

296

Valutazioni cliniche, farmacologiche e farmacogenetiche nel trattamento con Warfarin in un paziente anziano: un caso clinico

N. Ferrara¹, G. Corbi¹, V. Simeon⁴, V. Conti², G. Russomanno², F. Cacciato^{re3}, A. Filippelli²

¹Dipartimento di Medicina e Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise, Campobasso, ²Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Salerno, Salerno, ³Fondazione "S. Maugeri", Istituto Scientifico di Telese Terme, IRCCS, Telese Terme, ⁴Dipartimento di Onco-Ematologia e Trapianto di cellule staminali, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture

La scelta della terapia farmacologica ottimale negli anziani sta divenendo sempre più complessa non solo per la comorbidità che caratterizza tale popolazione, ma anche per le implicazioni farmacogenomiche che spesso inducono ad un aumento del numero dei farmaci utilizzati. La fibrillazione atriale è una evenienza comune nei pazienti anziani istituzionalizzati, ma la gestione della terapia anticoagulante orale risulta ancora oggi altamente variabile e problematica.

Si descrive un caso del rilievo di abnormi valori di INR dopo appena 3 somministrazioni di warfarin. Un paziente di 76 anni, ricoverato presso un setting riabilitativo, viene trattato con Amiodarone ed Eparina per un episodio acuto di fibrillazione atriale. Tre anni prima egli era stato sottoposto ad emicolectomia per un cancro intestinale. Effettuato lo shift da eparina a warfarin, dopo la somministrazione di 3 dosi di warfarin si riscontrarono livelli di INR superiore a 10 che richiesero la somministrazione di vitamina K. Il secondo giorno dall'inizio del trattamento con warfarin, era stata introdotta terapia con neomicina solfato/bacitracina per comparsa di episodi

diarroici. Data l'abnorme risposta fu effettuato un esame farmacogenetico con la genotipizzazione degli enzimi più implicati nell'attività del warfarin, ossia il Citocromo p450, coinvolto nel metabolismo della molecola, ed il complesso 1 della epossidoreductasi della vitamina K, responsabile dell'attivazione della vitamina K.

Da tale analisi emerse che il paziente risultava essere un metabolizzatore intermedio per il warfarin e che, quindi, necessitava di un dosaggio inferiore, ancor di più per la presenza di interazioni farmacologiche (amiodarone e neomicina), e per la pregressa emicolectomia. Usando, quindi, l'algoritmo del Consorzio Internazionale di Farmacogenetica del Warfarin¹ che coniuga i dati clinici, terapeutici e genetici, si è valutato quale fosse la dose da somministrare per raggiungere il target (INR = 2), stimando che la dose terapeutica stimata di Warfarin sarebbe dovuta essere pari a 1,3 mg/giorno, meno della metà della dose prescritta.

Pertanto, una valutazione preventiva farmacogenetica potrebbe essere molto utile nel definire la giusta dose di Warfarin da somministrare in particolare nei pazienti anziani istituzionalizzati che presentano comorbidità e politerapia.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Warfarin Dose Refinement [DR] Collaboration and IWPC on International Warfarin Pharmacogenetics Consortium. *Estimation of the warfarin dose with clinical and pharmacogenetic data*. N Engl J Med 2009;360:753-64. Available at: www.warfarindosing.org Accessed March 28, 2012.

297

Effetti della vitamina D sulla funzione secretoria dell'adipocita: un ruolo anti-infiammatorio?

M. Pedrotti, E. Zoico, G. Mazzali, G. Ferrara, S. Chemotti, G. Franceschetti, S. Chirumbolo, M. Zamboni

Cattedra di Geriatria, Dipartimento di Medicina, Università di Verona, Verona

Con l'invecchiamento è stata descritta una modificazione nella produzione di adipocitochine dal tessuto adiposo. Inoltre è noto come l'avanzare dell'età si associ a incremento della prevalenza di ipovitaminosi D. Negli ultimi anni numerosi dati sperimentali sembrano indicare per il calcitriolo (1,25(OH)2D) un ruolo chiave sull'adipocita nella regolazione del metabolismo lipidico, nel controllo del bilancio energetico e in ultima analisi nella regolazione della secrezione proteica di molte adipocitochine pro-e anti-infiammatorie. Tuttavia sinora contrastanti sono i dati pubblicati in letteratura sul ruolo della vitamina D nella modulazione della produzione di adipocitochine nel tessuto adiposo (TA).

Lo scopo di questa tesi è stato di valutare in coltura di adipociti murini 3T3-L1, sottoposti a stimolo infiammatorio con LPS, gli effetti di un pretrattamento per 24 h con 1,25(OH)2D o colecalciferolo (D3) sull'espressione genica e sulla secrezione di citochine pro-e anti-infiammatorie, quali IL-6, TNF- α e IL-10, coinvolte nella flogosi locale del tessuto adiposo.

I nostri dati dimostrano, in presenza di un pretrattamento con 1,25(OH)2D, una significativa riduzione dell'espressione genica e della secrezione nel surnatante di IL-6 e TNF- α . Inoltre il pretrattamento con 1,25(OH)2D determinava significativo incremento dell'mRNA e della secrezione nel medium di IL-10, con una significativa riduzione del rapporto tra IL-6/IL-10 nel surnatante confermando uno sbilanciamento nel rapporto tra citochine infiammatorie e anti-infiammatorie prodotte dall'adipocita. Tali effetti dell'1,25(OH)2D sono riprodotti in coltura anche dal pretrattamento degli adipociti con colecalciferolo, avvalorando l'ipotesi dell'esistenza sull'adipocita stesso del corredo enzimatico necessario per la conversione nella forma attiva. L'enzima 1- α -idrossilasi si conferma espresso e funzionale nell'adipocita maturo in condizioni basali con una tendenza ad aumentare in presenza di stimolazione con vitamina D3 suggerendo un meccanismo di autoregolazione locale. Infine le dimensioni degli adipociti in coltura aumentavano in maniera significativa rispetto al controllo e alle

cellule infiammate, dopo stimolazione con D3 o 1,25(OH)2D; analogamente il pretrattamento con le due forme di vitamina D preveniva la riduzione del diametro cellulare che si osservava viceversa in cellule trattate con LPS.

In conclusione questi dati preliminari sembrano confermare che la 1,25(OH)2D possa esercitare una azione protettiva sull'infiammazione del tessuto adiposo, che risulta alla base delle complicanze metaboliche legate all'espansione del tessuto adiposo stesso. L'azione immunoregolatoria, già nota per la vitamina D, sembra riconfermarsi in vitro anche nel tessuto adiposo, supportando così nuovi studi clinici che potranno essere condotti allo scopo di delucidare le relazioni tra vitamina D, obesità e insulinoresistenza.

298

Dolore e qualità della vita. L'importanza della VMD

S.M. Miraglia¹, S. Lagueche¹, F. Crivello¹, C. Arizzi¹, M. Belvedere¹, L.J. Dominguez¹, M. Barbagallo¹

¹Policlinico Palermo U.O.C Geriatria, Palermo

La filosofia medica "cura della malattia-prolungamento della vita", ha cambiato il proprio volto e si è arricchita di un importante obiettivo: migliorare la qualità della vita e alleviare le sofferenze. Il dolore cronico e la disabilità che ne consegue, sono fra le cause più rilevanti di ridotta qualità di vita, comportando un impoverimento del benessere, depressione, isolamento sociale e diminuzione delle attività funzionali.

L'obiettivo dello studio è di valutare il dolore e la qualità di vita, integrando le informazioni relative alla valutazione multidimensionale geriatrica. Sono stati valutati, 103 soggetti, è stata raccolta l'anamnesi fisiologica, patologica e farmacologica, valutato lo stato cognitivo, affettivo, le capacità funzionali, equilibrio e deambulazione, il dolore, la qualità della vita/stato di salute correlata, il grado di comorbidità ed il numero di farmaci e sono stati raccolti dati di natura demografica. Data la presenza di questionari di auto-compilazione, il criterio di esclusione è stato il MMSE < 24.

Il campione era costituito da 62 donne e 41 uomini, di età compresa tra i 65-95 anni. La valutazione funzionale ha mostrato valori di $4,88 \pm 1,64$ per la scala ADL e di $5,44 \pm 2,6$ per l'IADL. La valutazione affettiva mediante GDS ha mostrato punteggi di $5,76 \pm 3,38$. Il test Tinetti ha mostrato un punteggio di $19,41 \pm 5,71$. Il dolore misurato con la scala VAS è risultato pari a $5,50 \pm 3,077$. La VAS qualità di vita ha mostrato un punteggio di $5,38 \pm 2,41$. Al test Qualeffo-41 il punteggio medio ottenuto è stato di $48,78 \pm 21,08$. Gli indici parziali di salute fisica e mentale SF-36 mostrano rispettivamente valori di $34,38 \pm 10,21$ e $40,94 \pm 10,38$. I valori medi della CIRS sono stati rispettivamente $1,521 \pm 0,33$ per la CIRS S e $2,08 \pm 1,68$ per la CIRS C. Il numero dei farmaci assunti è stato di $5,34 \pm 2,89$.

L'allungamento della vita comporta un numero elevato di persone affette da malattie croniche. Essendo improbabile una regressione della cronicità, l'obiettivo da perseguire, dovrebbe essere quello di concedere loro un'esistenza migliore possibile in termini di qualità di vita. Il fattore che maggiormente interferisce con l'autonomia è il dolore, esso si correla con il numero delle patologie, incidendo sulla qualità di vita. L'approccio multidisciplinare della VMD, ha consentito di analizzare le relazioni esistenti tra gli aspetti psicologici, sociodemografici, e le differenze relative all'età e al sesso, fornendo utili conoscenze nel campo del dolore e della qualità della vita. Lo studio mostra l'importanza di sottoporre l'anziano ad un'attenta VMD, mirata a fornire un corretto approccio assistenziale: favorendo l'autonomia funzionale, ponendo attenzione alla diagnosi e cura dei disturbi affettivi. Il geriatra deve effettuare un'attenta valutazione del dolore, sottoponendo l'anziano ad adeguata terapia antalgica. Qualora le suddette condizioni vengano raggiunte, il paziente riuscirà ad ottenere la migliore qualità di vita rispetto al proprio stato di salute.

299

Il Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) come predittore di mortalità a 30 giorni in un reparto di geriatria per acuti

P. Mazzola, G. Bellelli, L. Perego, S. Perego, G. Annoni

Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università di Milano-Bicocca e Clinica Geriatrica, A.O. San Gerardo, Monza

Gli strumenti in grado di stimare la prognosi dei pazienti a breve termine sono frequentemente utilizzati nelle unità di terapia intensiva. Tuttavia, pochi studi hanno valutato la loro utilità nei reparti di medicina interna. Tra questi strumenti, il Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) si è rivelato di particolare interesse.

Applicare lo strumento SOFA ad una popolazione di pazienti ammessi consecutivamente presso la Clinica Geriatrica dell'A.O. San Gerardo di Monza, così da saggiarne la capacità di predire la mortalità a breve termine mediante un follow-up a 30 giorni dalla dimissione.

202 pazienti sono stati consecutivamente arruolati nell'arco di tre mesi e per ciascuno di loro sono stati raccolti i seguenti dati: anagrafica, punteggio ADL e IADL, comorbidità espresse come Charlson Comorbidity Index (CCI), farmaci assunti, rischio di malnutrizione mediante il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), biochimica (albuminemia, colesterolo totale, proteina C reattiva), diagnosi di ingresso, complicanze incidenti, durata della degenza, destinazione alla dimissione. Il punteggio SOFA è stato calcolato all'ammissione, a 48 ore dall'ingresso, al 7° giorno di degenza, e successivamente ogni 7 giorni. Il follow-up è stato realizzato da due medici (LP, SP) mediante intervista telefonica a 30 giorni dalla dimissione, registrando i dati di sopravvivenza, eventuali re-ospedalizzazioni, capacità di deambulare. Per l'analisi dei dati abbiamo utilizzato il software PASW 18.0.

I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi in base all'outcome "mortalità": vivi ad un mese (gruppo 1, n = 152), deceduti durante la degenza (gruppo 2, n = 24), deceduti entro il mese successivo alla dimissione (gruppo 3, n = 26). Rispetto ai soggetti appartenenti al gruppo 1, i pazienti del gruppo 3 risultano più compromessi dal punto di vista funzionale (minori punteggi ADL e IADL), con maggiori comorbidità (più elevato CCI), a maggior rischio di malnutrizione (aumentato punteggio MUST e ridotti indici biochimici), e con punteggio SOFA più elevato. Non si sono invece evidenziate differenze sostanziali tra i soggetti dei gruppi 2 e 3.

La successiva regressione logistica ha evidenziato come sesso maschile, dipendenza nelle ADL e punteggio CCI fossero significativamente associati alla mortalità a 30 giorni all'analisi univariata, ma non a quella multivariata. I punteggi MUST e SOFA si sono invece rivelati fattori predittivi indipendenti di mortalità ad 1 mese, in particolare il punteggio SOFA medio delle prime 48 ore di degenza.

Il SOFA, strumento di semplice utilizzo e poco dispendioso, è in grado di predire la mortalità a 30 giorni anche in un reparto di geriatria. Tale score può essere utile nell'indirizzare la decisione del clinico circa l'intensità dell'approccio medico da riservare al singolo paziente, in particolare per coloro ad elevato rischio di mortalità a 30 giorni, per i quali è fin dall'inizio indispensabile anticipare adeguatamente la prognosi ai familiari e caregivers.

300

Effetti vascolari dell'ostruzione bronchiale nel paziente anziano: correlazione tra FEV1 e Augmentation Index

L. Costanzo, C. Pedone, S. Scarlata, D. Chiurco, R. Antonelli Incalzi

Roma

Gli eventi cardiovascolari sono responsabili del 40-50% delle ospedalizzazioni e del 30-50% dei decessi tra i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Si stima che ogni riduzione del 10% del volume espiratorio forzato nel primo secondo (FEV1) incrementi il tasso di morbilità cardiovascolare del 30%.

Obiettivo primario del presente studio è valutare, in una popolazione anziana, la relazione tra la riduzione della funzionalità polmonare, espressa dal FEV1, e l'incremento della rigidità arteriosa, misurata mediante l'Augmentation Index. Obiettivo secondario è stabilire se vi sia un nesso tra l'incremento della rigidità arteriosa e la disfunzione endoteliale, espressa dalla dilatazione flusso-mediata. Materiali e Metodi. Sono stati arruolati cinquantasei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni (29 pazienti affetti da BPCO stabile e 27 controlli) afferenti al Reparto di Geriatria e all'ambulatorio di Pneumologia del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma. Sono stati osservati i seguenti criteri di esclusione: ossigenoterapia o ipossia, riacutizzazione di BPCO o patologia infiammatoria acuta, patologie infiammatorie o autoimmuni sistemiche croniche, cardiopatie strutturali o instabilità emodinamiche, irregolarità del ritmo, distiroidismo, insufficienza renale cronica di grado severo, patologie neoplastiche. I pazienti arruolati sono stati sottoposti ad esami ematochimici, emogasanalisi arteriosa, esame spirometrico, test del cammino in sei minuti, determinazione dell'Augmentation Index (AIx) e dell'Augmentation Pressure (AP), calcolo della dilatazione flusso mediata (FMD, solo per quarantacinque pazienti).

Confrontando la media dei parametri vascolari tra le due popolazioni oggetto di studio, non sono state evidenziate differenze significative (differenza tra la media di ostruiti e non ostruiti: 0.53 per l'AIx; 1.25 per l'AP; 0.19 per la FMD). Analogamente, sull'intera popolazione, la correlazione tra il FEV1% e l'AIx non era significativa (coefficiente di regressione lineare (β) = - 0.06, $P = 0.21$) né lo era tra FEV1% e AP (β = - 0.03, $P = 0.5$) e tra FEV1% e FMD (β = 0.02, $P = 0.71$). La sottoanalisi nella popolazione con FEV1% < 80 ha rivelato invece una relazione significativa tra AIx e FEV1% (β = - 0.18, $P = 0.05$), che non ha mostrato variazioni dopo aggiustamento per potenziali fattori confondenti, come sesso, età, comorbidità, fattori di rischio o farmaci cardiovascolari (Fig. 1).

I pazienti con ridotta funzionalità polmonare hanno un'aumentata rigidità arteriosa rispetto ai controlli sani. Il nostro studio, il primo in una popolazione geriatrica, rafforza e conferma dati simili già presenti in letteratura in coorti di individui più giovani. Le alterazioni della compliance arteriosa potrebbero, quindi, rappresentare uno dei meccanismi alla base dell'incremento del rischio cardiovascolare nei pazienti con anomalie della funzione respiratoria, anche indipendentemente dalla diagnosi di ostruzione.

Tab. Analisi di Regressione Logistica multivariata, con l'outcome "mortalità a 30 giorni" come variabile dipendente.

Caratteristiche	Adjusted Odds Ratio	Intervallo di Confidenza al 95%	p-value
Età	1.00	0.99 - 1.01	.875
Sesso maschile	1.54	0.70 - 3.42	.284
ADL perse	1.07	0.91 - 1.25	.407
Charlson Comorbidity Index	1.08	0.88 - 1.33	.468
Punteggio MUST	1.38	1.00 - 1.90	.049
Indici di laboratorio			
Albuminemia	1.37	0.60 - 3.14	.455
Colesterolo totale	1.01	1.00 - 1.02	.081
Proteina C-Reattiva	1.03	0.98 - 1.09	.184
SOFA (media delle prime 48 h) ≥ 4	4.93	2.20 - 11.06	< .001

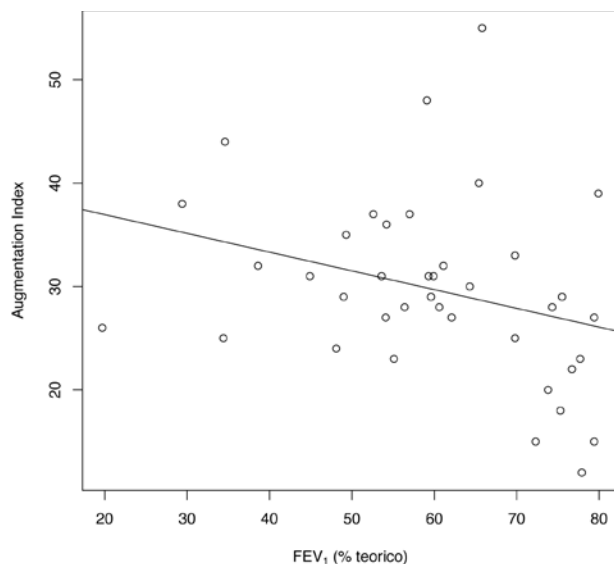


Fig. 1. INSERIRE.DIDA

301

Il circolo vizioso nell'anziano: tra paura di cadere e cadute

R. Gugliotta, S. Ercolani, S. Corradi, R. Serra, T. Mariani, E. Cirinei, F. Patacchini, E. Zampi, B. Gasperini, N.H. Nguyen, G. Dell'Aquila, C. Ruggiero, A. Cherubini, P. Mecocci

Istituto Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia, Perugia

La relazione tra cadute e paura di cadere è già stata ampiamente descritta in letteratura. La "Falls Efficacy Scale-International" è uno strumento di screening della paura di cadere sviluppato dal gruppo PROFANE (Prevention of Falls Network Europe) che valuta la paura di cadere nelle attività della vita quotidiana.

Dopo la validazione in italiano della FES-I, sia nella versione a 16 item che in quella breve a 7, come strumento di screening della paura di cadere¹, il nostro obiettivo è stato di valutare a tre mesi la relazione tra paura di cadere rilevata dalla scala e caduta.

Sono stati arruolati 243 pazienti ultra65enni (età media di 79.6 anni) prevalentemente donne (66.3%), afferenti all'ambulatorio della Geriatria dell'Ospedale di Perugia tra maggio 2008 e novembre 2011, escludendo i pazienti con demenza di grado severo (CDR 3). Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a VMD geriatrica. La paura di cadere è stata valutata mediante specifica domanda e somministrazione sia della FES-I che della versione breve "Short Fes-I". Dopo 3 mesi dalla valutazione basale sono state registrate le eventuali cadute intercorrenti con intervista telefonica, alla quale hanno risposto 235 soggetti. Di questi il 29.4% della popolazione riferisce almeno un episodio di caduta nei tre mesi di follow-up. Sia la FES-I (OR 1.041, IC95% 1.016-1.067, $p = 0.001$) che la short FES-I (OR 1.063 IC95% 1.003-1.128, $p = 0.04$) predicono il rischio di cadere al follow-up anche correggendo per fattori confondenti. Sono stati inoltre analizzati i cut-off proposti recentemente in letteratura² sia per la FES-I (valore 23) che per la versione breve (valore 11). Per quanto riguarda la FES-I il cut point di 23 è in grado di predire il rischio di caduta solo se in soggetti con anamnesi negativa per caduta; nei pazienti con storia di caduta abbiamo individuato un cut point di 32, che corrisponde alla mediana del campione. Il cut point di 11 della short FES-I è predittivo del rischio di cadere corretto per sesso ed età ma perde significatività correggendo per altri fattori. Invece il cut point di 14, individuato come mediana, predice il rischio di cadere al follow-up, corretto per fattori confondenti.

Nella nostra popolazione si conferma il valore predittivo della FES-I e della Short FES-I per l'evento caduta anche corretto per fattori confondenti. Ulteriori studi sono necessari per l'individuazione di cut-off validi in più setting, popolazioni più numerose e differenti culture da utilizzare in apposite linee guida di intervento e di valutazione longitudinale dei livelli di paura di cadere.

BIBLIOGRAFIA

- Ruggiero C, Mariani T, Gugliotta R, et al. *Validation of the Italian version of the FES-I and the Short FES-I in community-dwelling older persons.* Arch Gerontol Geriatr 2009.
- Delbaere K, Close J, Brodaty H, et al. *Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study.* BMJ 2010;341-c4165.

302

Prevenzione e gestione del rischio di caduta del paziente anziano presso il Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia-Birago di Vische (ASLTO2 - Torino)

L. Scolari¹, R. Carlucci¹, S. Cabodi¹, A. Brunetti², V. Borgomanero²

¹S.C. Geriatria BDV ASLTO2, Torino; ²Sosd Risk Management OMV/ADS ASLTO2, Torino

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che le cadute, e i danni derivati, rappresentino uno dei maggiori problemi di salute che i sistemi sanitari devono affrontare (WHO 2004). Esso colpisce in particolare la popolazione anziana. Circa il 30% della popolazione over 65 cade ogni anno e, di questi, una percentuale più elevata riguarda la popolazione over 75 (Swift CG. 2001).

Il 20-30% delle persone cadute ha riduzione della mobilità ed un aumento del rischio di morte prematura. La letteratura internazionale riconosce nel tasso delle cadute dei pazienti un indicatore qualitativo fondamentale dell'assistenza e della qualità delle cure.

In seguito ad una attenta analisi presso l'ASLTO2 a cui appartiene il Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia-Birago di Vische, è emerso che, tra il 2005 e il 2008, i principali danni subiti dai pazienti derivassero dagli errori (diagnostici, terapeutici) e dalle cadute.

Oltre al riflesso negativo sulla qualità assistenziale, si rilevano le numerose richieste di risarcimento danni derivati dagli esiti delle cadute.

Riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati.

I sotto obiettivi-risultato, che hanno guidato il percorso operativo, sono rappresentati da:

- Analisi strutturale del contesto operativo (mappa rischio cadute).
- Analisi, individuazione ed implementazione di strumenti validati di rilevazione del rischio caduta
- Analisi delle modalità di segnalazione delle cadute e produzione di un sistema uniforme di segnalazione e gestione delle cadute, (modalità Ministeriali e Regionali eventi sentinella)
- Formazione degli operatori e dei pazienti sul rischio cadute e sulle modalità di prevenzione e gestione delle stesse e implementazione delle linee guida.
- Produzione di un documento di mappatura del rischio ambientale cadute e trasmissione al Servizio Tecnico per l'effettuazione delle bonifiche necessarie
- Produzione e implementazione di una scheda di segnalazione omogenea per tutto il Comprensorio
- Implementazione della Scala di Conley (strumento per la rilevazione del rischio di cadute) per tutti i pazienti ricoverati
- Predisposizione di Depliant informativo per l'utenza
- Produzione e implementazione della Procedura "PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA DEL PAZIENTE IN OSPEDALE"
- Formazione di tutto il personale

I dati prodotti dalla letteratura internazionale e nazionale impongono un attento monitoraggio dell'evento caduta.

Il coinvolgimento progettuale multi-professionale e multi-disciplinare aziendale ha stimolato approfonditamente la cultura del rischio.

Siamo, ad ora, in attesa dell'elaborazione dei dati di verifica

303

Diagnosi tempestiva di tricoleucemia in soggetto "geriatrico" con idoneo percorso di continuità assistenziale

R. Carlucci¹, L. Scolari¹, L. Dosio¹, N. Nicoletti², S. Cabodi¹¹ SC Geriatria-BDV ASL TO2, Torino; ² Libero Professionista, Torino

Attualmente in Italia si registrano circa 270.000 nuovi/casi anno di tumore di cui 165.000 (61%) in soggetti over 65 (dati Istat). Anche l'incidenza dei linfomi aumenta progressivamente con l'età: il 30-35% dei LNH è diagnosticato in soggetti di età superiore a 70 aa. con maggiore gravità rispetto alla popolazione generale. Si intende segnalare il caso clinico di un paziente di sesso maschile, anni 83, con diagnosi tempestiva di infrequente tricoleucemia.

Anamnesi: ipertensione arteriosa, pregresso Ca prostata in ormono-terapia, BPCO, diabete mellito 2, pregressa TEP in TAO e polmonite pneumococcica. Accesso al DEA per astenia profonda e difficoltà alla deambulazione. Esame obiettivo: condizioni complessive scadute. Vigile, collaborante ed orientato, astenico. Candidosi del cavo orale. LDP 1° stadio talloni. VMD: deterioramento cognitivo assente; parziale indipendenza nelle IADL e non autonomia nelle ADL per problematiche cliniche; medio rischio di lesioni da pressione (Braden 17), posizionato MAD; no dolore; rischio di dimissione problematica (Brass Index 22), medio rischio cadute (Conley 4); tono dell'umore neutro. Anemia macrocitica con folati e B12 nella norma, piastrinopenia, spiccata linfocitosi, presenza di blasti periferici; iperferritinemia, IRC lieve-moderata; aumento delle transaminasi e LDH, PCR elevata. Eco addome: colelitiasi e milza ingrandita. TAC total body: non adenopatie patologiche; tipizzazione linfocitaria (profilo compatibile con HCL); consulenza ematologica e biopsia osteomidollare con diagnosi di infiltrazione diffusa di midollo emopoietico da parte di elementi linfoidi CD20 e DBA-44+: quadro di Hairy cell Leukemia (HCL) (tricoleucemia). Decorso clinico complicato da polmonite a focolai multipli con insufficienza respiratoria.

Il paziente è stato emotrasfuso con EC e pool piastrinici e terapia con granulokine per severa neutropenia con buona risposta clinica ed ematologica. Trattato con antibioticotierapia ad ampio spettro (piperacillina/tazobactam + vancomicina + fluconazolo) con normalizzazione degli indici di flogosi e risoluzione del quadro radiologico di polmonite.

La HCL ha decorso cronico, splenomegalia, pancitopenia progressiva con rare cellule tumorali circolanti e possibile assenza di linfadenopatia, con terapia basata su analoghi delle purine, terapia efficace. Trattandosi di anziano fragile per dipendenza nelle ADL, comorbidità ed età superiore a 80 aa, quindi a rischio di sviluppare tossicità, complicanze ed effetti collaterali si è optato per una stabilizzazione clinica in regime di post acuzie con successiva rivalutazione ematologia, ancora da effettuare. La continuità assistenziale infatti, permette il passaggio organizzato di un anziano ad altro setting di cura in modo da assicurare attuazione delle cure e dell'assistenza.

304

Pattern di prescrizione farmacologica in anziani ospedalizzati: studio "CRIME"

M. Tosato, G. Onder, F. Landi, M. Antocicco, S. Settanni, R. Bernabei

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Il trattamento farmacologico dei pazienti anziani complessi rappresenta una sfida per il medico. In particolare, gli anziani ospedalizzati sono spesso "fragili", e si presentano con patologie acute che possono richiedere diversi trattamenti, aumentare il rischio di sviluppare reazioni avverse ai farmaci. Il pattern di prescrizione farmacologica in anziani ospedalizzati è stato raramente studiato.

Descrivere il pattern di prescrizione farmacologica in anziani ospedalizzati arruolati nello studio CRIME to assess Appropriate Medication use among Elderly complex patients (CRIME).

Sono stati utilizzati i dati dalla studio CRIME, studio condotto nei reparti per acuti di Geriatria e di Medicina Interna di sette ospedali italiani. Gli

unici due criteri di esclusioni erano l'età inferiore a 65 anni ed il rifiuto di partecipare allo studio. I partecipanti sono stati valutati al momento del ricovero e seguiti fino alla dimissione. L'età media (SD) dei partecipanti era 81.5 (7.4) anni, 629 (56%) erano donne e 572 soggetti (51%) erano stati ricoverati dal Pronto Soccorso. La degenza media era 11.2 (6.7) giorni. La media dei farmaci utilizzati era marcatamente differente prima (6.2, SD 3.2), durante (10.6, SD 5.6) e dopo (7.1, SD 3.1) il ricovero. Non abbiamo osservato differenze nel numero di farmaci utilizzati nelle diverse fasce di età. Durante l'ospedalizzazione i farmaci più comunemente utilizzati sono stati quelli per i disturbi acido-relati (77.9%) e gli agenti antitrombotici (76.8%), seguiti dai farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina (58.0%) ed i diuretici (57.1%). Molto comune anche l'utilizzo degli psicolettici (34.3%) e psicoanalitici (22.4%).

L'utilizzo di numerosi farmaci è comune negli anziani ospedalizzati, e l'ospedalizzazione è associata con un sostanziale incremento nel numero dei farmaci utilizzati, senza differenze nei diversi gruppi di età. Capire il pattern di prescrizione farmacologica può risultare utile per disegnare ed implementare programmi finalizzati a migliorare la prescrizione farmacologica.

305

Futurage: la Road Map dell'Unione Europea per la ricerca sull'invecchiamento

G. Lamura², F. Barbabella², C. Chiatti², T. Svensson¹, E. Mocchegiani², F. Lattanzio²¹ Università di Lund, Lund (Svezia); ² INRCA, Ancona

Il progressivo invecchiamento del nostro continente è un processo demografico ben noto, e le più recenti proiezioni riguardanti l'Unione Europea (UE) stimano che il numero di persone oltre i 65 anni passerà dagli 85 milioni nel 2008 ai 123 milioni nel 2030, arrivando a costituire il 30% della popolazione totale nel 2060. L'aspettativa di vita ha subito un costante incremento nelle ultime decadi (crescendo di circa 12 mesi ogni 5 anni) e non sembra destinata a fermarsi nell'immediato. Tutto ciò avrà un forte impatto sulle società europee, non soltanto da un punto di vista socio-sanitario e assistenziale, ma anche sui diversi livelli (micro, meso e macro) della partecipazione sociale e del benessere individuale. Tuttavia si continua ad osservare una mancanza di coordinamento a livello internazionale ed europeo della ricerca sull'invecchiamento, per cause che includono un'eccessiva frammentazione dei finanziamenti, una scarsa interdisciplinarietà e una insufficiente disseminazione e trasferimento dei risultati di ricerca alla pratica quotidiana.

In questo contesto si inserisce il progetto europeo FUTURAGE, il quale ha avuto come obiettivo la stesura delle linee di ricerca più rilevanti per i prossimi 15 anni nel campo dell'invecchiamento: si tratta della più vasta consultazione mai condotta in questo settore in Europa, costituendo la sintesi dei pareri raccolti da oltre 300 persone tra ricercatori e stakeholder europei. Tale processo ha richiesto due anni di lavoro e ha coinvolto i maggiori gruppi d'interesse nel settore (ricercatori, decisori pubblici, utenti, professionisti, imprenditori, rappresentanti del non-profit), basandosi su un approccio interdisciplinare che ha preso in considerazione tutte le principali discipline e aree di ricerca in tale ambito.

Il documento finale – la "Road Map" di FUTURAGE – è stato presentato al Parlamento Europeo nell'ottobre 2011 e illustra nel dettaglio sette priorità della ricerca sull'invecchiamento da porre in primo piano nell'agenda europea per i prossimi 15 anni: mental capacity, healthy ageing, unequal ageing, inclusion and social participation, social protection, home and community environments, bio-gerontology. Il tema dell'invecchiamento attivo costituisce il cuore centrale della Road Map a cui tutte le priorità individuate sono riconducibili. La sfida del prossimo futuro sarà pertanto quella di contribuire ad un invecchiamento in buona salute, solidale e partecipativo, attraverso nuove evidenze e prospettive interdisciplinari sulle sue determinanti e sui requisiti per il suo perseguimento.

Il progetto FUTURAGE è presentato attraverso un mini-simposio tematico che mira ad esporre le priorità emerse e inserite nella road map, con il contributo dei rappresentanti italiani del consorzio di ricerca e di un esperto internazionale quale Torbjörn Svensson, dell'Università di Lund (Svezia), ciascuno dei quali approfondirà alcune delle priorità di ricerca individuate dalla Road Map.

306

Longevità estrema: caratteristiche di 100 centenari ricoverati al Pio Albergo Trivulzio di Milano

M. Monti¹, V. Guercio², G. Monica¹, M. Gandelli¹, P. Di Vincenzo¹, E. La Russa¹, F. Cetta³

¹ ASP e IMMeS e PAT, Milano; ² Università di Siena, Siena; ³ IRCCS Multimedica, Milano

I centenari superano l'attuale aspettativa di vita di circa 20-25 aa. Diversi studi hanno dimostrato che i centenari raggiungono tale età in virtù del fatto di ritardare o evitare il declino funzionale, cognitivo e le malattie letali.

Valutare le caratteristiche fenotipiche in 100 centenari degenti presso il PAT.

È stato condotto uno studio retrospettivo (dal 1995 al 2012). Sono stati identificati 100 soggetti = 98 aa (95 F, 5M, età media 100,7 ± 2,17 aa, range 98- 109aa). Il 44% è stato ricoverato per sindrome ipocinetica in seguito ad una frattura ossea. Di questi 100 soggetti: 86 sono deceduti, 7 viventi e 7 dimessi. Per quanto riguarda le cause di morte: 63 per malattie del sistema circolatorio (ischemie cardiache e malattie cerebrovascolari), 13 per marasma senile, 7 per malattie dell'apparato respiratorio (BPCO), 3 per cancro. Ottantaquattro soggetti hanno riportato una o più fratture, soprattutto femorali e vertebrali, mentre 16 nessuna frattura. Quarantasei soffrivano di ipertensione arteriosa, 7 di cardiopatia ischemica (pregresso infarto del miocardio), 9 avevano avuto un impianto di pacemaker; 35 erano affetti da vasculopatia cerebrale cronica; in particolare 11 hanno avuto un pregresso ictus, 5 ischemie cerebrali transitorie. Trentaquattro soffrivano di BPCO, 8 di diabete mellito di tipo 2, 1 di tipo 1, 5 di ipotiroidismo, tutti erano affetti da osteoporosi; 70 di ipovisus per cataratta; in un caso vi era diagnosi di Alzheimer; 19 soggetti hanno presentato pregressa o concomitante patologia tumorale maligna. Il punteggio medio di MMSE è stato calcolato in 36 pz, 23 con età compresa tra 98 e 100 aa e 13 con età = 101 aa. Nel caso dei soggetti con età 98-100 aa è stato di 19,25/30 ± 6,48 e in quelli con età = 101 aa di 16,8/30 ± 7,47. Una pz a 104 anni ha riportato un valore di 29/30. L'Indice di Barthel è stato valutato nei 56 pz con età compresa tra 98 e 100 aa e nei 44 pz con età = 101 aa. Nei pz con età = 101 era per tutti < 24/100 (dipendenza gravissima) e solo in 1 caso di 33/100 (grave dipendenza). Nel caso dei 56 soggetti con età compresa tra 98 e 100 aa, in 48 < 24/100, in 3 compreso tra 25-49 (grave dipendenza), in 2 tra 50-74 (moderata dipendenza), in 2 tra 75-90 (lieve dipendenza) ed in un caso 99/100 (dipendenza minima).

Tali dati evidenziano come nei centenari si ritardi o si eviti l'insorgenza di malattie letali. Infatti, a fronte di un'elevata incidenza di patologie come cataratta e osteoporosi, è stata osservata una ridotta incidenza di patologie cardiovascolari che, quando presenti, si verificano dopo gli 80 aa. Infatti, 6 pz sono stati colpiti da ictus rispettivamente a 84, 85, 86, 93, 98 e 100aa, così come i pz colpiti da infarto del miocardio (1 a 90,1 a 91, e 2 a 99aa). Diciannove pazienti hanno presentato una neoplasia maligna (tumori, comunque, compatibili con il raggiungimento dei 100 aa). Si sottolinea la capacità cognitiva, relativamente conservata, in 6 soggetti (età = 101 aa) con MMSE > a 21/30.

307

Valutazione minima dell'impatto dei costi delle infezioni in reparti di riabilitazione geriatrica (RdRG)

G. Zuccarelli¹, A. Frustaglia¹, A. Dingu¹, E. Viganò¹, C. Del Vecchio¹, A. Pino¹, M. Balzaretto², R. D'Angelo², R. Acquilani³

¹ Istituto Geriatrico P. Redaelli (ASP Golgiredaelli), Istituto di Vimodrone, Milano; ² ASP Golgi Redaelli, Servizio di Laboratorio, Milano; ³ Servizio di Fisiopatologia Metabolico-Nutrizionale e Nutrizione Clinica (Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS), Istituto Scientifico di Montescano, Pavia

Le infezioni nei reparti geriatrici appesantiscono i dati di mortalità e i costi sanitari e di assistenza. Esistono molte evidenze in letteratura scientifica che lo stato nutrizionale e i parametri nutrizionali proteico-aminoacidici negli anziani sono importanti per la conservazione e il potenziamento del sistema immunitario. È dimostrato che un corretto introito nutrizionale contribuisce in modo significativo alla riduzione degli eventi infettivi (Lesourd B., 1995; Martindale R.G., Cresci G., 2005; Roth E. 2007).

Un nostro studio, nato dalla proficua collaborazione tra figure professionali differenti, ha verificato quanto una miscela di Aminoacidi essenziali assunta dai pazienti come integrazione nutrizionale, possa contribuire alla riduzione del tasso di infezioni in RdRG in pazienti malnutriti, fragili e immunodepressi, provenienti da reparti ospedalieri per acuti di ortopedia, medicina, chirurgia o neurologia (Acquilani et al., 2011) 1.

I risultati sono stati interessanti, evidenziando una riduzione del 30% dell'incidenza di eventi infettivi insorti nei primi 30 giorni di degenza.

Abbiamo successivamente cercato di quantificare l'aggravio di lavoro per infermieri, medici, laboratoristi, biologi e personale di assistenza (in minuti, ore, settimane) per tutte le pratiche sanitarie e assistenziali aggiuntive correlate a un'infezione, e abbiamo ottenuto dati di lavoro aggiuntivo inimmaginabili, che riportiamo per stimolare una necessaria riflessione.

IMPEGNO AGGIUNTIVO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO IN CASI DI INFEZIONI

RIASSUMENDO:

12 min / Paziente: tempo medio per l'espletamento di basilari attività infermieristiche

84,5 min / Paziente per la somministrazione di terapie antibiotiche

TOTALE: 100 min / Paziente: tempo medio per le attività infermieristiche in casi di infezione

REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

IVU ANNO 2010 (= 160 casi)

ORE di LAVORO AGGIUNTIVE

RIASSUMENDO:

2 settimane di un medico a tempo pieno

7,5 settimane di un infermiere a tempo pieno

5,2 settimane di tecnico-biologo a tempo pieno

REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

INFEZIONI RESPIRATORIE (= 80 casi)

ORE di LAVORO AGGIUNTIVE - ANNO 2010

RIASSUMENDO:

1,8 settimane di un medico a tempo pieno

3,6 settimane di un infermiere a tempo pieno

2,5 settimane di tecnico-biologo a tempo pieno

REPARTO DI RIABILITAZIONE GERIATRICA

ENTERITI-ENTEROCOLITI (= 50 casi)

COSTI AGGIUNTIVI - ANNO 2010

RIASSUMENDO:

1,5 settimane di un infermiere a tempo pieno

2,6 settimane di tecnico-biologo a tempo pieno

11,1 - 22,2 settimane di ASA

Le infezioni nosocomiali rappresentano certamente un'emergenza sanitaria ma, viste dal lato economico, rappresentano anche un'emergenza per gli altissimi costi conseguenti (24.000 E, nell'anno 2010, per terapie antibiotiche, terapie supplementari, accertamenti di laboratorio aggiuntivi in un solo reparto riabilitativo dell'Istituto Redaelli di Vimodrone). Possiamo pertanto abbozzare in 100.000 Euro la spesa affrontata dall'Istituto per la diagnosi e la cura delle infezioni nei 5 reparti riabilitativi. Soprattutto è pesantissimo e difficilmente gestibile l'aggravio di lavoro per il personale medico, infermieristico e di assistenza.

Solo per le infezioni intestinali sostenute da *Clostridium difficile* (microrganismo endemico e responsabile di epidemie vere e proprie negli ospedali per acuti) abbiamo calcolato un aggravio di 143 giornate lavorative per il personale di assistenza (+ 39 % di lavoro !).

Per quanto evidenziato, riteniamo sia opportuna una revisione dei protocolli delle terapie antibiotiche e delle procedure di assistenza e cura dei Pazienti, sia per ragioni di compatibilità economica aziendale sia, soprattutto, nell'interesse dei pazienti.

Inoltre, riteniamo sia indispensabile che l'Azienda provveda rapidamente a una radicale modifica delle attuali caratteristiche ambientali dei reparti riabilitativi dell'Istituto; prevalgono ancora le camere a 6 letti: il sovraffollamento nelle camere di degenza favorisce e moltiplica il rischio di infezioni e il rischio di diffusione di resistenze agli antibiotici (rischio molto elevato per pazienti anziani immunodepressi, di età media superiore a 80 anni e provenienti da reparti ospedalieri per acuti).

308

Effetti della supplementazione con AAE su albumina, emoglobina e cammino in pazienti anziani ricoverati per riabilitazione dopo frattura di femore

R. Acquilani¹, G. Zuccarelli², A. Frustaglia², E. Viganò², A. Dingu², M. Catani², E. Comi², C. Rutili², C. Del Vecchio², P. Amato², P. Pisano², P. Ferrari², P. Baiardi³, F. Boschi⁴

¹ Servizio di Fisiopatologia Metabolico-Nutrizionale e Nutrizione Clinica (Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS), Istituto Scientifico di Montescano, Pavia; ² Istituto Geriatrico P. Redaelli (ASP Golgiredaelli), Istituto di Vimodrone, Milano; ³ Consorzio Valutazioni Biologiche e Farmacologiche, Fondazione S. Maugeri e Università di Pavia, Pavia; ⁴ Dipartimento di Farmacologia Sperimentale ed Applicata, Università di Pavia, Pavia

Nella letteratura è descritta un'alta prevalenza di ridotti livelli sierici di albumina (ALB) e/o ematici di emoglobina (HB) in soggetti anziani in fase di riabilitazione dopo frattura di femore (FF).

Lo scopo della nostra ricerca è stato quello di documentare se la supplementazione con Aminoacidi essenziali (AAE) potesse migliorare le concentrazioni di ALB ed HB.

Sono stati arruolati 145 pazienti con postumi di FF: 112 hanno completato lo studio e sono stati randomizzati. 57 pazienti (età 80,2 +/- 7,1 anni, maschi / femmine 26/31) hanno ricevuto placebo e 55 pazienti (età 82 anni, +/- 4,4 anni, maschi / femmine 20/35) hanno ricevuto 8 gr di AAE per 2 mesi.

Al momento del ricovero la prevalenza di ipoalbuminemia (livelli < a 3,5 gr/dl era simile per il gruppo Placebo (61,3 %) e quello trattato (74,5 %).

Un'ipoemoglobinemia (anemia) era presente nel 68,4 % del gruppo Placebo e nel 67,3 % del gruppo supplementato con AAE. Ipoalbuminemia e ipoemoglobinemia erano presenti nel 22,8 dei pazienti nel gruppo placebo e nel 25,4 % dei pazienti del gruppo AAE.

Due mesi dopo l'inizio del protocollo un miglioramento dei livelli di albumina è stato osservato nel 68,3 % dei pazienti ipoalbuminemici supplementati con AAE e nel 22 % degli ipoalbuminemici sottoposti a placebo (p < 0,01).

Un miglioramento del livello di emoglobina si è verificato nel 37,8 % dei pazienti anemici randomizzati a ricevere AAE e nell'11,1 % dei pazienti anemici che avevano ricevuto Placebo (p < 0,02).

Associato al miglioramento dei livelli circolanti di proteine è stato osservato anche l'incremento della prestazione del cammino a 6 minuti (walking

test), maggiore nel gruppo supplementato con AAE (+ 254 %), rispetto a quello osservato nel gruppo Placebo (+ 101,2 %) (interazione p = 0,05).

In sintesi, la supplementazione di AAE determina un miglioramento di albumina e una riduzione dell'anemia in pazienti anziani in fase di riabilitazione dopo intervento chirurgico per frattura di femore. Inoltre, gli AAE inducono un recupero migliore della capacità fisica.

BIBLIOGRAFIA

- Roth E. *Immune and cell modulation by amino acids*. Clin Nutr 2007;26:535-44.
- Roth E. *Non nutritive effects of glutamine*. J Nutr 2008;138:2025S-31S.
- Gerberding JL. *Hospital-onset infections: a patient safety issue*. Ann Intern Med 2002;137:665-70.
- Burke JP. *Infection control – a problem for patient safety*. N Engl J Med 2003;348:651-6.
- Aquilani R, Zuccarelli GC, Frustaglia A, et al. *Effects of oral amino acid supplementation on long-term-care-acquired infections in elderly patients*. Archives of Gerontology and Geriatrics 2011:52.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. J Chronic Dis 1987;40:373-83.
- Ahluwalia N, Sun J, Krause D, et al. *Immune function is impaired in iron-deficient, homebound, older women*. Am J Clin Nutr 2004;79:516-21.
- Prasad AS, Fitzgerald JT, Hess JW, et al. *Zinc deficiency in elderly patients*. Nutrition 1993;9:218-24.
- Bunout D, et al. *Effects of nutritional supplement on the immune response and cytokine production in free-living Chilean elderly*. J Parenter Enter Nutr 2004;28.

Il testo completo del lavoro di ricerca è stato inviato a Rivista internazionale, per valutazione ed eventuale pubblicazione.

309

Effetto di campi elettromagnetici pulsati a bassa intensità sulle caratteristiche del cammino di pazienti anziani: studio pilota, controllato e randomizzato

A. Giusti¹, M. Giovale², A. De Vincentis³, G. Bianchi²

¹ Dipartimento di Geriatria e Scienze Muscoloscheletriche, Ospedale Galliera, Genova; ² Dipartimento di Reumatologia, Ospedale "La Colletta", ASL3, Arenzano, Genova; ³ THS-Therapeutic Solutions Srl, Milano

Valutare gli effetti a breve termine dell'esposizione per 10'a campi elettromagnetici pulsati e a bassa intensità (PEFs) sulle caratteristiche del cammino di soggetti anziani con pregresse cadute o episodi di paura di cadere.

In uno studio in doppio cieco, randomizzato e controllato, pazienti di età ≥ 70 anni sono stati sottoposti per 10'a trattamento PEFs o placebo. Il trattamento PEFs consisteva nella somministrazione contemporanea di 1) luce pulsata, non coerente a bassa intensità ("low-power laser"), 2) luce infrarossa pulsata, non coerente e 3) TENS, secondo uno specifico protocollo di lunghezze e forme d'onda predeterminate (TEPS – Triple Energy Postural Stabilization). Lo strumento per la TEPS era fornito da THS-Therapeutic Solutions Srl, Milano, Italia. Al basale e dopo trattamento/placebo, utilizzando lo strumento di rilevazione quali-quantitativa del cammino "GAITRite Portable Walkway system", venivano misurati i seguenti parametri: velocità del cammino, lunghezza del passo, larghezza dell'appoggio, fase di doppio supporto.

41 pazienti sono stati randomizzati a trattamento o placebo. Nel gruppo trattato sia la velocità del cammino, sia la lunghezza del passo sono aumentati in maniera statisticamente significativa rispetto al basale, rilevandosi anche una diminuzione del doppio supporto. Nel gruppo placebo tutti i parametri, tranne la larghezza dell'appoggio, sono rimasti invariati. L'aumento medio percentuale (\pm deviazione standard) della velocità del cammino era significativamente maggiore (P = 0,010) nel gruppo trattato (20.1 \pm 15.6) rispetto al gruppo placebo (10.5 \pm 13.1), mentre le differenze tra gli altri parametri non mostravano miglioramenti statisticamente significativi dei trattati rispetto al placebo, ma solo un trend. Durante lo studio non si sono verificati eventi avversi. Ad un controllo effettuato a trenta giorni, un pazien-

te di ciascuno dei due gruppi ha riferito un episodio di caduta, mentre tutti i pazienti trattati con TEPS hanno riferito un maggiore senso di stabilità rispetto a prima del trattamento.

La valutazione delle caratteristiche del cammino è considerata il più importante fattore predittivo di rischio di caduta; i risultati di questo primo studio randomizzato e controllato, che dimostrano un miglioramento delle caratteristiche del cammino di pazienti anziani, incoraggia l'effettuazione di ulteriori e più ampi studi per una migliore comprensione degli effetti della TEPS nella prevenzione delle cadute degli anziani.

310

Il delirium in ortogeriatría: incidenza, persistenza e fattori associati

M. Pagani², S. Ghirmai², C. Corsini², S. Fabbrini², C. Carlino³, F. Furlani¹, M. Cavanna¹, I. Scarabello¹, B. Bernardini¹, M. Berlusconi¹

¹ UO Traumatologia II, Milano; ² Istituto Geriatrico P. Redaelli, Milano, Milano; ³ UO Anestesia e Rianimazione, IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano

Il delirium è uno degli eventi avversi più frequenti della fase perioperatoria della frattura di femore, associato a cattivi esiti funzionali, elevata morbilità e mortalità. L'identificazione dei fattori predisponenti il delirium può portare ad una stratificazione del rischio dei pazienti, utile per la messa in atto di strategie di cura preventive e più mirate.

Lo studio si propone di valutare l'incidenza del delirium in una casistica di pazienti operati per frattura di femore, identificare i fattori associati alla sua insorgenza e persistenza e misurarne l'impatto funzionale.

Studio prospettico osservazionale su 335 pazienti (75% donne, età media 83+7 anni) operati per frattura prossimale del femore da fragilità, seguiti nella Ortogeriatría del nostro Istituto. Il Progetto Ortogeriatría è disegnato come un percorso di "fast track surgery" co-gestito in equipe multidisciplinare fra traumatologi, geriatri ed anestesisti.

Le caratteristiche pre-frattura dei pazienti ed i processi-esiti della degenza in traumatologia sono stati misurati con un sistema di indicatori standardizzati e di misure validate¹. Per l'identificazione del delirium è stato utilizzato il Confusion Assessment Method. Tutti gli indicatori e le misure sono stati rilevati da un medico geriatra.

Il 23% pazienti aveva una storia di demenza severa. Il 75% aveva due o più patologie croniche ed il 43% aveva limitazioni funzionali pre-frattura. L'incidenza di delirium è stata del 31.6%, più frequente tra i pazienti con anamnesi positiva per demenza rispetto ai pazienti con anamnesi negativa (60% vs 23%; $p < 0.000$). Alla dimissione l'8.6% dei pazienti aveva delirium persistente (segni clinici e/o trattamento con farmaci antipsicotici). Oltre alla demenza, la malnutrizione ($p < 0.05$), le infezioni intercorrenti ($p < 0.001$), e gli eventi avversi non infettivi ($p < 0.05$) sono risultati i soli fattori significativamente associati all'insorgenza del delirium. Non abbiamo rilevato nessuna differenza significativa nella lunghezza di degenza o nel tempo intercorso tra la frattura e l'intervento chirurgico tra i pazienti che hanno presentato delirium rispetto ai pazienti senza delirium. I pazienti con delirium transitorio ma senza storia di demenza non hanno avuto esiti funzionali significativamente peggiori rispetto ai pazienti non dementi e senza delirium.

Una storia di demenza e la malnutrizione sono le condizioni "di stato" predisponenti l'insorgenza del delirium. Le infezioni e altri eventi avversi non infettivi sono ulteriori fattori di rischio concorrente. Il delirium si configura come una sindrome multifattoriale, con focus neurologico prevalente. Nel breve periodo, l'impatto funzionale per i pazienti con delirium transitorio non appare critico.

BIBLIOGRAFIA

Bernardini B, Gardella M. *IPER 2 (Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione) Manuale d'uso*. Scaricabile dal sito: <http://www.arsliguria.it/images/stories/docs/pdf/quaderno10.pdf>. Ultimo accesso 10 luglio 2012.

311

Riabilitazione geriatrica: miglioramento dell'outcome di pazienti affetti da decadimento cognitivo ed elevazione degli indici infiammatori

S. Del Duca¹, L. Venturini¹, L. Pagani¹, A. Bonsignore¹, A. Rossi¹, S. Perna², A. Schicchi¹, E. Rolfo¹, M. Loria¹, M. Rondanelli², M. Rollone¹, G. Cuzzoni¹, G. Ricevuti¹

¹ Università di Pavia, Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Geriatria, IDR "S. Margherita", Pavia; ² Università di Pavia, Sezione di Nutrizione Umana, Dipartimento di Scienze della Salute, Azienda di Servizi alla Persona, Pavia

L'aumento degli anziani cosiddetti "anziani fragili" ha evidenziato la necessità di rinnovamento in ambito riabilitativo-assistenziale¹. Gli anziani fragili presentano decadimento cognitivo, polipatologie, e perdita di autonomie semplici e complesse. Inoltre, la riduzione dell'immunità determina un'aumentata suscettibilità alle infezioni, con peggioramento del decadimento cognitivo e rallentato recupero funzionale². Lo scopo di questo studio è dimostrare come la riabilitazione geriatrica possa ridurre gli indici infiammatori e, agendo sul recupero delle autonomie, possa migliorare le performances cognitive.

Sono stati arruolati 123 pazienti anziani fragili (età media $79,87 \pm 9,176$ anni). Per il profilo cognitivo è stato somministrato il Mini Mental State Examination (MMSE). I parametri infiammatori considerati sono stati la velocità di eritrosedimentazione (VES), la proteina C-reattiva (PCR) e i globuli bianchi. La valutazione delle capacità funzionali è stata fatta mediante l'indice di Barthel, la valutazione delle attività semplici mediante l'Activities of daily living (ADL), mentre per le attività complesse è stata utilizzato l'Instrumental Activity of daily living (IADL). L'analisi statistica è stata effettuata con il software SPSS 14.0.

Il valore medio del MMSE all'ingresso nel campione è risultato pari a $17,04 \pm 6,22$. In seguito ad analisi di correlazione il MMSE in ingresso è risultato essere significativamente e positivamente correlato a una dipendenza severa nelle ADL ($r = 0,341$, $P < 0,01$) e IADL ($r = 0,573$, $P < 0,01$). Inoltre, al basale, il MMSE è risultato essere inversamente ma non significativamente correlato a VES ($r = -0,029$), PCR ($r = -0,121$) e leucociti ($r = -0,051$). Gli indici di comorbidità CIRSC sono risultati significativamente correlati a VES ($r = 0,276$, $P < 0,05$) e inversamente all'albumina ($r = -0,314$, $P < 0,05$). L'indice di Barthel è risultato inversamente correlato a VES ($r = -393$, $P < 0,05$), e ADL ($r = -239$, $P < 0,01$), mentre è stata riscontrata una associazione positiva con l'albumina ($r = 0,388$, $P < 0,05$). Alla dimissione, i pazienti avevano dimostrato un miglioramento rispetto al basale nei punteggi ADL ($P < 0,01$), IADL ($P < 0,01$) e dal MMSE ($P < 0,01$), che ha presentato da un punto di vista statistico un'associazione significativa ed indipendente con la riduzione degli indici infiammatori osservata durante il ricovero (VES: $\beta = 0,617$, $P < 0,01$; PCR: $\beta = 0,508$, $P < 0,01$; leucociti: $\beta = 0,323$, $P < 0,05$).

Nel nostro campione abbiamo rilevato come i pazienti con un MMSE più basso presentassero al basale indici infiammatori più elevati, e come la riabilitazione geriatrica abbia determinato un esito positivo sia da un punto di vista cognitivo-motorio che attraverso il miglioramento sia delle ADL che IADL. Un approccio multidisciplinare che coinvolga geriatri, psicologi, fisioterapisti è raccomandato per una più rapida ed efficace ripresa funzionale nell'anziano.

312

La sfida della diagnosi precoce in geriatria: la medicina delle complessità. Osservazioni su un caso di spondilodiscite e di ascesso del muscolo ileopsoas da stafilococco aureo in una paziente di 81 anni

F. Guerriero¹, C. Sgarlata², M. Rollone¹, E. Rolfo¹, L. Venturini², F. Sardi², A. Rossi², S. Del Duca², A. Schicchi², G. Ricevuti¹

¹ Azienda dei Servizi alla Persona, IDR S. Margherita, Pavia; ² Università di Pavia, Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Geriatria, Pavia

L'incidenza della spondilodiscite è $2,4/100.000$ abitanti ed aumenta con l'età fino a $6/100.000$ negli ultra-settantenni. I sintomi principali sono aspeci-

fici e comprendono dolore al rachide che può essere associato a febbre. La spondilodiscite può decorrere isolata ma più frequentemente associarsi ad altre condizioni quali infezioni, malattie neoplastiche, collagenosi ed altri disordini del sistema immunitario. In particolare spesso essa si manifesta come una complicanza di sepsi, infezioni del tratto urinario e del sistema respiratorio, patologie del tratto gastroenterico e della piccola pelvi. Il ritardo diagnostico, dovuto all'aspecificità dei sintomi e dell'obiettività clinica, rappresenta il problema maggiore nei pazienti con spondilodiscite, costituendo al tempo stesso il fattore di rischio principale per una prognosi sfavorevole. Descriviamo un caso di una donna anziana con spondilodiscite associata ad un ascesso dell'ileoasoas destro e di sottolineare le difficoltà diagnostiche incontrate, responsabili di ritardo diagnostico e di un outcome sfavorevole. Descriviamo un caso di una donna di 81anni ricoverata per astenia, inappetenza, febbre e rachialgia. La paziente risultava affetta da cardiopatia ischemica cronica fibrillante, vasculopatia cerebrale cronica con deterioramento cognitivo, diabete mellito di tipo 2, epatosteatosi, severa spondiloartrosi lombare con pregressa frattura vertebrale di L1 su base osteoporotica, insufficienza venosa cronica con lesione ulcerative trofiche agli arti inferiori, una recente infezione del tratto urinario e candidosi del cavo orale.

All'ingresso gli esami ematici documentavano un'anemia normocromica normocitica (Hb 9 g/dl), rialzo degli indici di flogosi (VES 120 mm/h, PCR 17.5 g/dl) e della fosfatasi alcalina (220 U/L) ed ipokaliemia. I marcatori tumorali e la ricerca del SOF risultavano negativi. Gli esami colturali evidenziavano: emocolture seriate negative, urinocoltura positiva per *Proteus Mirabilis* ed adeguatamente trattata secondo antibiogramma (Imipenem 1 gr ev x 2). La paziente veniva sottoposto ad una serie di accertamenti strumentali: - Rx colonna dorso-lombo-sacrale: spondiloartrosi con pregressi crolli vertebrali; - Ecocardiogramma TT: FE depressa con ipocinesia globale delle camere cardiache; - Rx torace: versamento pleurico bilaterale; - Ecografia addome superiore: calcolosi della colecisti; EGDS: ernia iatale; - TC rachide dorso-lombare: segni di spondilodiscite di D12-L1 e L1-L2 con una raccolta fluida ipodensa nei tessuti molli paraspinali in diretta continuità con una focale area ipodensa contenuta nel muscolo ileoasoas destro compatibile con un ascesso.

La paziente veniva trasferita presso le Malattie Infettive, dove veniva eseguito il drenaggio percutaneo dell'ascesso del muscolo ileoasoas. Le colture condotte sul liquido drenato dall'ascesso dimostravano la presenza di *Staphylococcus Aureo* meticillino-resistente (MRSA). Nonostante le cure intraprese, le condizioni generali della paziente progressivamente peggioravano sino all'exitus.

La prognosi relativa alla spondilodiscite dipende soprattutto dall'età del paziente; in particolare risulta eccellente nel giovane (48,49) e peggiora nell'anziano, sebbene in Letteratura sia stato descritto un caso, con outcome favorevole, di spondilodiscite associato ad ascesso ossifluente dell'ileoasoas in un soggetto anziano debilitato con trattamento esclusivo di antibiotico-terapia endovenosa (12). Ulteriori fattori prognosticamente sfavorevoli sono il ritardo diagnostico superiore a due mesi, presenza di paralisi o l'acquisizione nosocomiale dell'infezione (22). Il ritardo diagnostico costituisce il problema maggiore nel paziente geriatrico, che usualmente si presenta con comorbidità multiple, che da una parte possono predisporre all'insorgenza di spondilodiscite, e dall'altra possono costituire un elemento di confondimento per la diagnosi. Nel nostro caso, la presenza di una polipatologia (specialmente della spondiloartrosi con ricorrente lombalgia) ha certamente contribuito a ritardare la diagnosi, avvenuta in uno stadio già avanzato di malattia con formazione di ascesso ossifluente dell'ileoasoas e conseguente prognosi sfavorevole.

313

Concentrazioni plasmatiche di omocisteina in pazienti con malattia di Alzheimer: correlazione con deficit cognitivo e densità minerale ossea

L. Venturini¹, S. Perna², F. Sardi¹, A. Schicchi¹, B. Vanini¹, M. Loria¹, S. Del Duca³, L. Pagani¹, A. Bonsignore¹, E. Rolfo², M. Rondanelli³, G. Cuzzoni¹, G. Ricevuti¹

¹ Università di Pavia, Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Geriatria, IDR "S. Margherita", Pavia; ² Università di Pavia, Sezione di Nutrizione Umana, Dipartimento di Scienze della Salute, Azienda di Servizi alla Persona, Pavia; ³ Università degli Studi di Pavia, Laboratorio di Fisiopatologia Cellulare, IDR "S. Margherita", Pavia

L'omocisteina (Hcy) è un aminoacido solforato non proteico sintetizzato nel nostro organismo a partire dalla metionina. Il metabolismo dell'Hcy viene regolato grazie all'azione di specifici enzimi e di alcune vitamine presenti nel sangue, in particolare: vitamine B6, B12, e acido folico. Recenti evidenze sembrano suggerire come l'Hcy possa agire come fattore di rischio o biomarker per patologie neurodegenerative come la malattia di Alzheimer (AD) ¹, probabilmente anche attraverso il suo ruolo nell'insorgenza delle patologie cardiovascolari. Inoltre, un recente studio ha evidenziato che elevati livelli di Hcy plasmatica rappresentano un fattore di rischio importante e indipendente per fratture osteoporotiche sia negli uomini che nelle donne di età avanzata ². Lo scopo di questo studio trasversale è di indagare l'associazione tra concentrazioni di Hcy, funzioni cognitive, parametri nutrizionali e densità minerale ossea (t-score femorale) in pazienti con AD.

Sono stati arruolati 62 pazienti con diagnosi di AD probabile (47 femmine e 15 maschi, età media 77 ± 10 anni). In tutti i partecipanti sono stati raccolti i seguenti parametri: Mini Mental State Examination (MMSE), Indice di Barthel, Activities of daily living, Instrumental Activities of Daily Living, proteine sieriche, elettroliti, glicemia, velocità di eritrosedimentazione, proteina C reattiva, vitamina B12, acido folico, indice di massa corporea. Il t-score femorale è stato determinato mediante DEXA, mentre l'Hcy plasmatica è stata misurata mediante metodo ELISA. L'analisi statistica, che ha compreso analisi di correlazione e la regressione multivariata, è stata effettuata con il software SPSS 14.0.

La concentrazione media plasmatica di Hcy nell'intero campione è risultata pari a 19.5 ± 6.5 mol/L (range 8-39 mol/L). All'analisi di correlazione, l'Hcy è risultata significativamente ed inversamente correlata con l'acido folico sierico (r = -0.51, P < 0.001), MMSE (r = -0.32, P < 0.001) e t-score femorale (r = -0.35, P < 0.001). All'analisi di regressione, l'acido folico sierico è risultato l'unico predittore indipendente delle concentrazioni plasmatiche di Hcy nel nostro campione di pazienti con AD (beta = -0.39, t = -2.3, P < 0.05).

Nel nostro campione di pazienti con AD, è stata riscontrata un'associazione inversa di Hcy con MMSE e t-score femorale. La supplementazione con acido folico di pazienti con AD potrebbe determinare sia un miglioramento delle performance cognitive che della densità minerale ossea.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Van Dam F, et al. Arch Gerontol Geriatr 2009;48:425-30.
- 2 Herrmann M, et al. Clin Chem Lab Med 2005;43:1111-7.

314

Ipotiroidismo grave nel paziente anziano: reperto occasionale e necessità di screening

F. Sardi, L. Venturini, N. Schifino, B. Vanini, M. Loria, M. Gabba, A. Schicchi, G. Ricevuti

Università di Pavia, Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Geriatria, IDR "S. Margherita", Pavia

L'ipotiroidismo è diffuso nel paziente anziano e spesso sottodiagnostica-to poiché asintomatico o caratterizzato da sintomatologia aspecifica e correabile ad altre patologie geriatriche. In una popolazione di età > 60 anni, l'aumento dei valori di TSH è spesso l'unico segno di ipotiroidismo. Ne esistono due forme principali: la forma manifesta è caratterizzata da aumentati valori di TSH e ridotti valori di FT₄, la subclinica presenta unicamente alterazioni a carico del TSH; la sintomatologia può essere assente o aspecifica. Risulta fondamentale riconoscerlo e trattarlo adeguatamente, poiché l'assenza di terapia specifica espone il paziente ad un aumento del rischio cardiovascolare, in particolare per alterazioni del quadro lipidico¹. Presentiamo i casi clinici di due pazienti ricoverati presso il reparto di riabilitazione del nostro Istituto.

Risultati. Caso 1: F.A., femmina, 73 anni. Anamnesi: poliartriosi, esiti di plurimi interventi di ricalibraggio lombare. All'ingresso: bradipsichismo, MMSE n.e., ADL 2/6, IADL 1/8, Barthel 20/100. Obiettivamente mixedema. Agli esami ematochimici, TSH 29.98 mcUI/ml (v.n. 0.35-4.94 mcUI/ml) e FT₄ 0.4 ng/dl (v.n. 0.7-1.48 ng/dl), Ab anti recettori TSH neg, Ab anti TG 53.13 UI/ml (v.n. < 4.11 UI/ml), Ab anti TPO 170.99 UI/ml (v.n. < 5.61 UI/ml); all'ecografia, segni di tiroidite autoimmune. Si inseriva in terapia levotiroxina a basso dosaggio (25 mcg/die). Dopo 2 settimane di terapia, il nuovo controllo mostrava TSH 20.95 mcUI/ml; dopo incremento a 50 mcg/die di levotiroxina, ulteriore riduzione del TSH a 2 settimane a 12.6 mcUI/ml. La paziente è tuttora ricoverata, con notevole miglioramento del quadro psichico, sensorio integro, importante riduzione del mixedema osservato all'ingresso.

Caso 2: C.F., maschio, 89 anni. In anamnesi: prostatectomia per IPB, portatore di pacemaker, esiti ernioplastica, sindrome ipocinetica. All'ingresso MMSE 20/30, ADL 2/6, IADL 1/8, Barthel 20/100. Esami ematochimici: TSH 83.75 mcUI/ml, FT₄ 0.4 ng/dl, screening autoanticorpi negativo. Dopo 2 settimane di terapia con levotiroxina 25 mcg/die, il TSH risulta 76.97 mcUI/ml. Si decide di incrementare il dosaggio a 50 mcg/die. Durante il ricovero il paziente ha presentato infezione da C. difficile, importante riduzione dell'appetito e frequenti episodi ipotensivi, per cui risulta tuttora ricoverato e in attesa di ulteriori valutazioni.

Il riscontro occasionale di grave ipotiroidismo conferma la necessità di indagare la funzionalità tiroidea in modo costante e periodico nel paziente anziano, poiché le scarse manifestazioni cliniche possono comunque sostenere la presenza di patologia; l'impostazione della terapia sostitutiva a basso dosaggio, in accordo con le linee guida², risulta necessaria considerando il quadro di comorbidità caratteristico del paziente anziano.

BIBLIOGRAFIA

- Ladenson PW, et al. Arch Intern Med 2000;160:1573-6.
- Baskin HJ, et al. Endocr Pract 2002;8:457-69.

315

Declino delle ADL in ospiti di residenze per anziani in Italia

G. Dell'Aquila¹, B. Gasperini², R. Serra², P. Eusebi³, F. Lattanzio¹, A. Cherubini¹

¹INRCA, POR Ancona, UOC Geriatria 1, Accettazione Geriatrica d'Urgenza, Ancona; ²Istituto di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia, Perugia; ³Responsabile dell'Osservatorio per la Salute degli Anziani, Regione Umbria, Italia,

Lo stato funzionale è una variabile particolarmente rilevante per gli ospiti di residenze per anziani perché influenza la qualità della vita. Gli anziani danno maggior valore allo stato funzionale che non alla longevità. Inoltre, lo stato funzionale, misurato dal grado di dipendenza nelle ADL, è uno dei fattori principali nel determinare il tempo impiegato per l'assistenza¹.

Analizzare il declino funzionale, definito come la perdita di almeno 1 ADL nella scala MDS Long Form ADL tratta dal VAOR, su ospiti di residenze per anziani italiane che hanno partecipato al progetto ULISSE (Un link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'Anziano), uno studio osservazionale, multicentrico, longitudinale che ha valutato in un anno la qualità delle cure per i soggetti anziani in tre diversi setting, ospedale, assistenza domiciliare e residenze per anziani².

Nell'analisi sono stati inclusi tutti gli ospiti di residenze per anziani con almeno un follow-up ad esclusione di quelli con disabilità totale alla valutazione basale (n = 1263). In totale 510 ospiti di residenze per anziani (40,4%) perdono almeno un ADL durante il periodo di studio. Il gruppo dei residenti che ha avuto un declino funzionale presentava un'età media più alta (età media 84,3 vs 82,6, p < 0,008), una minore disabilità al basale (punteggio mediano delle ADL 12 vs 13), era più frequentemente affetto da depressione (25,3% vs 19,7%, p < 0,019), cadeva più spesso (17,3% vs 12,5%, p < 0,022), assumeva più frequentemente antipsicotici (34,9% vs 28,3 %, p < 0,016). Nell'analisi di regressione logistica sono state associate con un maggior rischio di declino funzionale l'uso di antipsicotici e la depressione, mentre la presenza del geriatra nella struttura e un maggior numero medio di ore di assistenza infermieristica per ospite a settimana erano associati ad un minor rischio.

Dalla nostra analisi emerge che la presenza del geriatra nelle residenze ed un adeguato numero di ore di assistenza infermieristica possono ridurre la progressione della disabilità nelle residenze per anziani. Purtroppo, una quota di eventi negativi è da considerare quasi fisiologica, anche perché nelle residenze c'è la massima concentrazione di anziani fragili, sull'orlo dello scempenso funzionale, vulnerabili, difficili da capire e da curare per l'alta complessità. È comunque possibile individuare punti di intervento per prevenire e interrompere il declino dell'anziano³. Secondo l'opinione di molti, anche medici, il processo di declino funzionale è ritenuto inevitabile una volta che l'anziano entra in una residenza. Invece bisognerebbe contrastarlo al fine anche di migliorare la qualità di vita dell'anziano e di ridurre i costi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

- McConnell ES, Branch LG, Sloane RJ, et al. *Natural history of change in physical function among long-stay nursing home residents.* Nurs Res 2003;52:119-26.
- Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al. *Health care for older people in Italy: the U.L.I.S.S.E. Project (Un Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'anziano; a computerized network on health care services for older people.* J Nutr Health Aging 2010;14:238-42.
- Wenger NS, Shekelle PG. *Assessing care of vulnerable elders:ACOVE project.* Ann Intern Med 2001;135:642-6.

316

**Progetto di farmacovigilanza in geriatria (VIGER):
l'esperienza del Pio Albergo Trivulzio (PAT)**

E. La Russa¹, V. Guercio², S. Radice³, E. Clementi³, C. Carnovale³, V. Perrone³,
F. Calasso¹, M. Monti³

¹ ASP e IMMeS e PAT, Milano; ² Università di Siena, Siena; ³ U.O. Farmacologia
Clinica, A.O. L. Sacco, Milano

Gli anziani (> 65 aa), sono soggetti molto esposti alle reazioni avverse da farmaci (ADR), a causa di fattori esogeni (politerapia) ed endogeni (riduzione di svariate funzioni organiche: epatica, renale e cognitiva). Un grave problema è rappresentato dal fatto che i medici spesso non riconoscono le ADR perpetuando in tal modo il danno e aggiungendo una terapia non necessaria. Risulta, quindi, di estrema importanza un'attenta attività di farmacovigilanza (FV) negli anziani. Il progetto VIGER (Vigilanza in geriatria) è un progetto di FV, di durata biennale (2011-2013), finanziato dal Centro di FV di regione Lombardia, e coordinato dal Servizio di FV – U.O. Farmacologia Clinica, A.O. L. Sacco – Mi, che coinvolge 6 ASL lombarde, e 4 strutture dell'area milanese, tra cui il PAT.

Incentivare la segnalazione spontanea da parte del personale medico e sanitario valutando la comparsa di ADR in età geriatrica ed il loro impatto sulla salute e qualità della vita dei pazienti istituzionalizzati e non.

È stato attuato un periodo di formazione in loco che ha coinvolto il personale (medici, farmacisti, infermieri) per la sensibilizzazione sugli aspetti della FV, fornendo istruzioni sulla compilazione della scheda di segnalazione.

Ogni ADR identificata viene inviata al Responsabile di FV della struttura di appartenenza/ASL e alla U.O. di Farmacologia Clinica. Le segnalazioni sono inserite nel database ministeriale ed in un database costituito ad hoc presso la U.O. di Farmacologia Clinica. I dati ricavati dalle segnalazioni sono inseriti in report informativi riportanti caratteristiche dei pz, ADR e farmaci imputati.

Il numero totale di ADR segnalate (da ottobre 2011 a giugno 2012) da tutte le strutture coinvolte nel Progetto è stato 208 (36 gravi, 20 non note e 152 note). In particolare, presso il PAT sono state segnalate 11 ADR: tutte non gravi e note. In un caso è stata segnalata agitazione psichica da lorazepam, in un altro eritema al volto da levofloxacina, è stato riportato vomito biliare da oxicodone/ paracetamolo, vomito alimentare da tramadolo, eritema al tronco da tramadolo, eritema al tronco da ceftriaxone, 2 casi di eritema al dorso da ceftriaxone e/o amikacina, confusione mentale da daltacortene, alvo diarroico e mucosite cavo orale da piperacillina ed, infine, un episodio lipotimico da tapentadolo. Dall'applicazione dell'algoritmo di Naranjo è emerso che in 10 casi l'ADR era possibile ed in 1 probabile. Si è trattato per il 46 % dei casi di reazioni a carico della cute, per il 27 % del sistema gastrointestinale e per il 27% del sistema nervoso. I farmaci maggiormente coinvolti nell'insorgenza di ADR sono stati il ceftriaxone ed il tramadolo.

Sebbene il numero di ADR segnalate dal PAT finora non sia cospicuo a fronte dei pl (> 500) e siano, comunque, reazioni note e non gravi, si segnala il positivo riscontro da parte del personale medico e sanitario. Si sottolinea parimenti il numero di ADR pervenuto dalle altre strutture (20 non note e 36 gravi).

CORSO INFERMIERI

CARDIOLOGIA GERIATRICA

Educazione sanitaria per la qualità della vita dell'anziano fragile con scompenso cardiaco: progetto E.S.S.C.C.A. (Educazione Sanitaria per pazienti con Scompenso Cardiaco in Continuità Assistenziale)

D. Ghelardoni

Pisa

L'ospedale ricopre un ruolo importante per cura e riabilitazione, ma anche per prevenzione, salute pubblica, miglioramento della Qualità di Vita (QoL).. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) aderisce alla Rete Regionale Health Promoting Hospital (HPH) con progetti articolati in diverse macroaree; il progetto E.S.S.C.C.A. (studio monocentrico prospettico approvato dal Comitato Etico dell'A.O.U.P., prot.3420/2011) va ad inserirsi nelle macroaree Umanizzazione e Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio. A livello internazionale esistono numerosi programmi di supporto all'autogestione delle malattie croniche (Chronic Care Model), anche in Toscana tramite la sanità di iniziativa si punta ad aumentare la capacità di attuare risposte necessarie a mantenere una soddisfacente QoL. Dopo un'analisi iniziale si è costituita un'equipe multidisciplinare, contestualmente ad un intervento di educazione sanitaria s'è realizzato un opuscolo informativo (descrizione di segni e sintomi, metodologie diagnostico-terapeutiche, informazioni su alimentazione e attività fisica). Per misurare la QoL (valutazione soggettiva) abbiamo individuato uno strumento che la traducesse in termini oggettivi, il Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire.

Primario: valutare il miglioramento della QoL dei pazienti con SC attraverso aumento delle conoscenze su fattori di rischio, manovre di primo intervento e sviluppo delle capacità di gestione delle problematiche legate alla patologia;

secondari: cessazione dell'abitudine al fumo, regolarità nei controlli clinici, riduzione di ricoveri e ri-ospedalizzazioni per patologia, aumento compliance dei pazienti.

Pazienti assegnati a due gruppi: il gruppo A seguito dall'equipe multidisciplinare con un intervento educativo; nel gruppo B pazienti afferenti alla struttura per la prima volta. I pazienti arruolati sono risultati 76, 50 maschi e 26 femmine di età compresa tra i 65 e i 90 anni con una media di $73,65 \pm 8,7$ per i maschi e $72,8 \pm 13,9$ per le femmine.

Il Minnesota appare in grado di descrivere su base soggettiva una situazione di malattia che correla con i dati clinici-strumentali. Un approccio globale che considera anche l'aspetto psicologico e nutrizionale risulta incidere sensibilmente sulla QoL come si vince dai quesiti Q3-Q4, (intervento del tecnico della riabilitazione), Q11 (diminuzione del senso di privazione nei soggetti del gruppo A sottoposti a educazione nutrizionale dal dietologo mentre i soggetti del gruppo B al primo contatto con l'equipe riportano una maggiore difficoltà nell'adottare una dieta adeguata). I dati relativi alla rilevano una diminuzione dei ricoveri e delle ri-ospedalizzazioni, dovuta anche all'aumento della compliance. I valori attribuiti alle domande Q1 Q2, Q6, Q12 confermano un miglioramento complessivo del quadro clinico. Confortanti anche i dati relativi alla regolarità nei controlli clinici (tutti i pazienti arruolati si sono presentati alla visita di follow-up).

DEMENZA, DISTURBI COGNITIVI E PSICO-AFFETTIVI NEL PAZIENTE ANZIANO

Aceside: prendersi cura di se stessi per curare gli altri

L. Dosio¹, A.M. Cotroneo¹, E. Maina¹, L.F. Malimpensa², S. Cabodi¹, N. Nicoletti³

¹ ASL TO2, Torino; ² Libero professionista ASL TO2, Torino; ³ Libero Professionista, Torino

Il termine inglese caregiver significa letteralmente "persona che si prende cura di qualcuno"; nel nostro lessico è entrato ormai come termine utilizzato quotidianamente e si riferisce a tutte quei soggetti che accudiscono le persone affette da gravi malattie neurologiche degenerative. Il caregiver si fa carico, in questi casi, di numerosi problemi fra cui accettare la diagnosi e farla accettare agli altri componenti della famiglia, subire lo stress crescente determinato dai problemi gestionali e predisporre i piani per il futuro. Sono soprattutto la solitudine, l'abbandono e la mancanza di informazioni e di punti di riferimento che rendono pesante la vita di chi vive vicino a questi pazienti.

L'obiettivo del progetto ACESIDE è stato quello di informare i caregiver dei malati d'Alzheimer rispetto alla patologia nelle varie sue fasi, di trasmettere loro tutte le informazioni a disposizione rispetto all'approccio socio assistenziale (invalidità, UVG, volontariato, caffè Alzheimer, ecc.) ma soprattutto di accogliere ogni tipo di esigenza da loro richiesta e di dare un giusto supporto nell'immediato e nel futuro attraverso tecniche di consapevolezza del proprio corpo e di rilassamento.

Il progetto consiste nella creazione di un gruppo di caregiver di pazienti affetti da demenza, coordinati da uno psicologo con il supporto di due infermieri. La scelta dei partecipanti al gruppo è stata casuale e volontaria, finalizzata ad affrontare le problematiche dei caregiver in ogni fase della malattia dei propri cari.

Gli incontri sono stati 6. Sono stati utilizzati due questionari: uno iniziale per verificare il livello di conoscenza della malattia e uno a fine incontri per misurare la gradibilità del corso. Hanno partecipato agli incontri 6 persone. Rispetto alle risposte sulla conoscenza della malattia e sintomi solo 3 su 6 hanno riconosciuto in maniera corretta alcuni aspetti; tutti hanno ben chiaro il loro ruolo di assistenza nei confronti del proprio cari; qualche confusione sugli aspetti più socio-sanitari da parte di tutti i partecipanti. Rispetto alle altre risposte relative direttamente al caregiver prevale in tutti i casi una grande e sofferta difficoltà nell'accettare la malattia e riuscire a gestirla. Per quanto riguarda il questionario finale le risposte comprese da un minimo di "scarso" ad un massimo di "ottimo", hanno dato un risultato pari a 10 ottimi, 9 buoni e 5 sufficienti.

Il percorso che abbiamo intrapreso e i lusinghieri risultati che abbiamo ottenuto, sebbene lo studio sia stato condotto su piccoli numeri poco rappresentativi dal punto di vista della significatività statistica, ci portano a pensare quanto sia reale il bisogno di supporto psicologico e formativo di chi assiste un paziente affetto da demenza. L'intento è quello di proseguire nel progetto intrapreso in modo da dare "voce" a chi, nel quotidiano, assiste i propri congiunti in "silenzio".

Valutare l'efficacia dell'intervento psicoeducazionale con i familiari di malati di demenza: l'esperienza del Centro Ascolto Alzheimer Padova

P. Iannizzi, L. Borgia, E. Vignali

Opera della Provvidenza S. Antonio, Casa Madre Teresa di Calcutta, Sarreola di Rubano (PD)

Al momento della diagnosi di demenza il familiare può sentirsi disorientato e incapace di affrontare la nuova situazione. In questa fase si è dimostrato utile formare i familiari all'utilizzo di strategie riabilitative informali e compensatorie (Chien et al., 2011; Parker et al., 2008).

Tra gli altri, l'approccio psicoeducazionale si propone, attraverso incontri di piccolo gruppo, due obiettivi principali: a) fornire informazioni che aiutino il familiare a prendersi cura in modo competente, gestendo gli effetti della malattia sul malato e su se stesso; b) favorire la condivisione in setting protetti, agevolando reti di sostegno sociale e percorsi condivisi di accettazione della malattia.

Il presente lavoro valuta l'efficacia dell'approccio psicoeducazionale, esaminando l'esito di quattro gruppi con coniugi (N = 13) e figli (N = 12), caregiver primari e secondari.

I gruppi seguivano la seguente prassi: 8 incontri tematici a cadenza quindicinale, numero ristretto di partecipanti (N Max = 7) omogenei per caratteristiche socio-anagrafiche, ruolo parentale e grado di malattia.

L'efficacia dei gruppi è stata valutata attraverso confronto pre-post del carico assistenziale percepito (CBI, Novak et al., 1989) e delle strategie di coping utilizzate (COPE, Sic et al., 2008).

I risultati evidenziano decremento complessivo di stress e incremento nell'uso di strategie di coping.

In particolare i coniugi mostrano maggiore ricerca di comprensione (Sostegno sociale-COPE), maggior accettazione (Attitudine positiva-COPE), e miglioramento dei sentimenti (Carico emotivo-CBI). I figli mostrano minor evitamento della situazione (Strategie di Evitamento-COPE), maggiore presa in carico (Carico Oggettivo-CBI), e miglioramento dei sentimenti (Carico emotivo-CBI).

I risultati suggeriscono l'efficacia dell'approccio psicoeducazionale.

L'intervento ha permesso l'acquisizione di corrette strategie gestionali della malattia e ha aumentato la sensazione di efficacia della propria assistenza. Ha fornito inoltre uno spazio di confronto e una conseguente riduzione dell'isolamento sociale dei carer.

BIBLIOGRAFIA

- Chien, LY, Chu, H, Guo, JL, Liao, YM, Chang, LI, Chen, CH, Chou, KR (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26: 1089-1098.
- Novak, M, Guest, C (1989). Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist*, 29: 798-803.
- Parker, D, Mills, S, Abbey J (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6: 137-172.
- Sic, C, Magni, C, Ghisi, M, Altoè, G, Sighinolfi, C, Chiri, LR, Franceschini, F (2008). Coping Orientation to Problems Experienced – Nuova Versione Italiana (COPE-NVI). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14: 27-53.

Contatti individuali in piccoli gruppi

M. Giambanco¹, I. Cerella², D. Marzorati²

1 Don Leone Porta, Milano, 2 Associazione "una zampa per amica", Legnano

Il progetto integra la Pet-Therapy e l'Approccio Capacitante ed è rivolto agli ospiti con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento.

La Terapia Assistita dagli Animali si basa dalla relazione positiva creata tra l'utente e il cane, che diventa uno "strumento" per orientare emozioni e aspetti critici, spostandoli da se stessi e concentrandosi sui bisogni del cane, aiutando, l'ospite a ridurre ansia e aggressività.

L'Approccio Capacitante sostiene che, la persona che vive in Rsa, deve parlare, esprimere le emozioni, senza che vengano considerate improprie. Si ritiene infatti, che la diminuzione delle competenze di base (c.a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare e a decidere) porta alla successiva

diminuzione delle competenze ADL (mangiare, camminare, vestirsi, ecc). Il riconoscimento delle competenze elementari, come si è in grado di esprimerle, favorisce il mantenimento dell'autonomia.

La pet-therapy agevola la possibilità di esprimere le proprie emozioni e pensieri, come si è in grado, favorendone il riconoscimento.

Riconoscimento e risveglio delle Competenze elementari.

Gli incontri sono condotti dalla psicologa, con la presenza del conduttore cinofilo e del cane (labrador retriever).

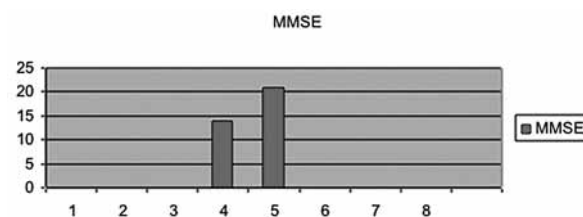
Abbiamo individuato due gruppi (Gruppo A e Gruppo B) e sono stati associati due diversi cani con specifiche caratteristiche (Olivia- gruppo A e Argo- gruppo B).

L'incontro si articola in tre fasi:

Gruppo A

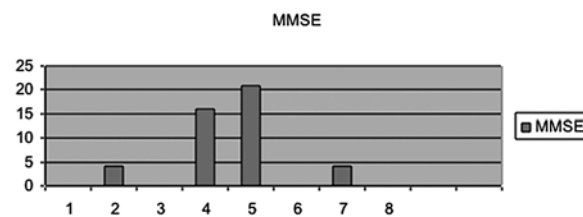
Accoglienza: Ci si riunisce in un luogo adeguato per i giochi dinamici. Dopo il saluto, segue un momento di verbalizzazione spontanea dei pensieri degli ospiti, in cui ciascuno parla come riesce e spesso raccontano dei loro animali conosciuti durante la vita.

Gioco: lanciano un oggetto del cane, dando dei comandi, elogiandolo e ricompensandolo con un biscotto. Seguono i saluti



Gruppo A - tempo 1

Legenda: sull'asse dell'ascisse troviamo il punteggio al MMSE e sull'asse delle ordinate gli ospiti che hanno partecipato, indicati in numeri arabi).

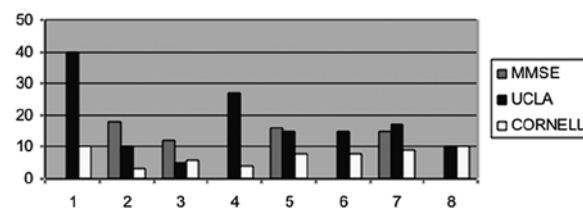


GRUPPO A - tempo 2

Gruppo B

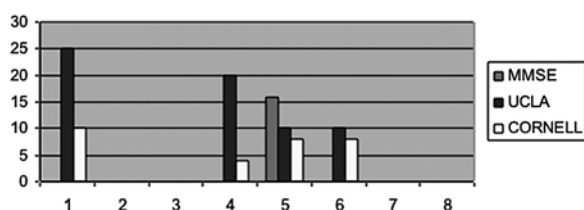
Accoglienza: il cane si fa trovare disteso su un tavolo

Relax: gli ospiti sono invitati a fargli delle carezze. Si evidenzia la tranquillità dell'animale, al pari della tranquillità dell'ospite, con un'espressione del viso più disteso e tono di voce tranquillo. Seguono i saluti.



Gruppo B - tempo 1

Legenda: sull'asse dell'ascisse troviamo il punteggio al MMSE, all'UCLA e alla Scala Cornell e sull'asse delle ordinate gli ospiti che hanno partecipato, indicati in numeri arabi).



Gruppo B - tempo 2

Nel gruppo A: Presenza di 4 MMSE somministrabili, rispetto al T1. La rievocazione del cane, durante la somministrazione, favorisce un clima sereno e permette di rispondere al test, non sentendosi giudicati.

Nel gruppo B, si evince una diminuzione all'Ula. La rievocazione del lavoro svolto con il cane, rende gli ospiti più sereni e collaboranti, con il personale sanitario, durante le manovre assistenziali.

L'integrazione dei due approcci favorisce un risveglio delle Competenze elementari. In ultima analisi, il riconoscimento del paziente con demenza nel suo essere Persona.

BIBLIOGRAFIA

Vigorelli P. *L'Approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*. Franco Angeli 2012.

Pergolini L, Reginella R. *Educazione e Riabilitazione con la pet-therapy*, ed. Erikson 2009.

Il Brasile e il riflesso della demenza di Alzheimer sulla sanità e sui caregivers familiari

M.E. Batista De Lima¹, I. Da Silva Frazão¹, A. Leto²

¹ Università Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Brasile); ² ASL ROMA C, Roma

Brasile, Paese con una popolazione di 191 milioni di abitanti, secondo l'ultimo censimento, sta assistendo negli ultimi anni ad una progressiva crescita dei redditi. Inoltre, la popolazione aumenta ragionevolmente insieme alla crescita economica, fattori che consentono al Paese di crescere unitariamente. Tale nazione contava nel 2009 una popolazione anziana di circa 21 milioni (11,3%). Al contrario delle nazioni europee, le quali hanno vissuto l'invecchiamento graduale della loro popolazione, il Brasile lo sta affrontando in maniera rapida ed intensa. Chi risente principalmente di tale situazione è lo stato di salute dei suoi anziani: 48,9% è affetto da più di una malattia cronica, tra cui si evidenzia in particolare modo la demenza (7,1%). L'impatto della demenza colpisce anche la famiglia della persona con demenza che, in tutte le regioni del mondo, costituendo la pietra angolare del sistema di assistenza e sostegno, è sovraccaricata a causa degli effetti della malattia.

Questo studio, di tipo trasversale, ha avuto come obiettivo: di valutare il sovraccarico (burden) percepito dai caregivers di anziani affetti dalla demenza di Alzheimer, di correlare il burden con il grado di dipendenza dell'anziano e di correlare tali fattori con le caratteristiche socio-economiche e assistenziali degli stessi. Lo studio è stato condotto su 50 caregivers familiari, frequentatori di riunioni psico-educazionali-multidisciplinari, svolte al Nucleo di Attenzione all'Anziano, Istituto legato all'Università Federale di Pernambuco, nord-est del Brasile, negli anni 2008 e 2009.

Nella maggioranza dei casi, l'assistenza a questi anziani era realizzata da sole donne, essendo queste figlie o mogli, con età media di 57 anni. Nella stragrande maggioranza dei caregivers è stato rilevato un livello di burden moderato-grave, i cui effetti hanno influito spesso nelle condizioni di salute degli stessi. Inoltre, essi assistevano l'anziano 24 ore e tutti i giorni. La maggior parte era sposata, viveva con il parente malato ed eseguiva, oltre alle cure, i lavori domestici. La maggior parte degli anziani era completamente dipendente dai loro caregivers per svolgere le loro ADL. È stato anche possibile correlare il burden del caregiver con il grado di dipendenza degli anziani e con le varie sfaccettature del loro profilo socio-economico.

Il prendersi costantemente cura dei propri congiunti si rapporta direttamente con i diversi aspetti della vita del caregiver e ne ostacolano la realizzazione e l'esito dell'assistenza. Davanti a questi risultati e davanti ad una legislazione e servizi sanitari brasiliani mirati all'anziano talmente recenti e ancora immaturi, sarebbe fondamentale poter direzionare l'attenzione alle nazioni che hanno "imparato" a gestire l'invecchiamento e si sono "attrezzate" in termini di Public Policy e di strutture per accogliere ed assistere sia l'anziano sia la sua famiglia, creando una vera rete di assistenza.

Reazioni emotive e demenza: analisi di efficacia dell'approccio Validation®

R. D'Alfonso¹, G. La Barbera¹, C. Siviero², A. Cerri²

¹ Casa Famiglia S. Giuseppe, Vimercate MI; ² Fondazione Castellini Melegnano, MILANO

In ambito clinico le terapie non farmacologiche per la demenza sono oggi ritenute fondamentali. L'efficacia del metodo Validation®, tecnica comunicativa che si basa sul contatto empatico con l'anziano confuso e favorisce una migliore gestione del comportamento disturbante, necessita di ulteriori evidenze a livello scientifico.

Gli obiettivi del presente lavoro sono:

- 1) osservazione ed analisi delle più frequenti manifestazioni emotive nelle fasi iniziali di demenza senile;
- 2) rilevazione e monitoraggio in tempo reale dei correlati psicofisiologici delle reazioni emozionali;
- 3) verifica della efficacia del trattamento Validation® per la riduzione degli stati emotivi più disturbanti.

Lo studio riporta i risultati del trattamento Validation® nei confronti di una ventina di anziani affetti da demenza in fase iniziale, frequentanti centri diurni e strutture residenziali della provincia di Milano. Tale studio, volto all'analisi dell'efficacia del metodo Validation®, ha avuto inizio a novembre 2011 e si concluderà ad ottobre 2012.

È stata utilizzata, come strumento di osservazione e verifica, una scheda appositamente predisposta per rilevare i correlati somatici e neurofisiologici delle reazioni emotive dell'anziano prima e dopo il trattamento. Si è osservato che le reazioni emotive più frequenti in queste fasi sono l'ansia, il timore, la rabbia, la tristezza, contrassegnate da specifici atteggiamenti emotivi, posturali e fisiologici quali volto malinconico, occhi chiusi, espressione corrugata, naso arricciato e labbra serrate, mascella prominente, sguardo non focalizzato, muscoli tesi, postura chiusa, gesti di irrequietezza, tono di voce aspro e accusatorio.

È stata usata anche la tecnica della videoregistrazione, che ha consentito di analizzare attentamente i cambiamenti nella comunicazione non verbale, dall'inizio alla fine della seduta.

Inoltre, l'efficacia del metodo Validation® è stata testata anche attraverso l'utilizzo dello strumento (usato frequentemente nell'ambito delle tecniche di biofeedback) Heart&Emotion, che ha consentito di: monitorare in tempo reale le reazioni emozionali rilevando due variabili psicofisiologiche: la Resistenza Elettrica Cutanea, in diretta relazione con lo stato di rilassamento di un soggetto (GSR, Galvanic Skin Resistance); la Frequenza Cardiaca, per ricavare l'equilibrio tra il sistema nervoso Simpatico e Parasimpatico (test HRV, Heart Rate Variability).

È risultata confermata l'utilità del Metodo Validation® negli anziani affetti da demenza per:

- consentire la manifestazione e l'espressione degli stati emotivi con conseguente riduzione di ansia e tensione e, in alcuni casi, anche di aggressività;
- favorire modificazioni emozionali;
- aumentare l'autostima e il senso di benessere;
- ridurre la necessità di contenzione fisica e chimica.

Inoltre, tale metodo si è rivelato molto interessante e utile anche per i familiari coinvolti ed informati sul Metodo Validation®, con conseguente:

- miglioramento del rapporto familiare/struttura;
- maggiore facilità nella relazione con il congiunto;
- migliore comunicazione in generale.

INFEZIONI, ULCERE DA PRESSIONE E FERITE CUTANEE COMPLESSE

Il trattamento di lesioni da pressione complesse: valutazione di un protocollo sperimentale

G. Giavazzi, G. Hrutka, A. Piazza, A. Pop, R. Ortiz, A. Castaldo

1 Provincia Religiosa di S. Marziano di Don Orione, Piccolo Cottolengo di Don Orione, Milano

Nella struttura da circa 7 anni viene utilizzato un "protocollo di trattamento" che prevede l'utilizzo di prodotti specifici (di un'unica azienda produttrice) in base alle caratteristiche delle lesioni.

La gestione di lesioni da pressione multiple e di differente grado ha condotto gli infermieri dell'unità di riabilitazione ad interrogarsi sui costi/benefici del protocollo. Da qui l'idea di realizzare una sperimentazione pilota di un ulteriore protocollo per il trattamento di lesioni complesse (medicazione avanzate) presentate da una paziente: 9 lesioni da pressione di terzo e quarto grado (Classificazione NPUAP-EPUAP, 2009) che erano dislocate al ginocchio, trocantere, dorso-scapolare, sacrale-ischiatica, gomito.

- Ridurre il grado delle lesioni da pressione (da IV alla guarigione).
- Misurare gli indicatori clinici, l'efficacia del trattamento e le risorse economiche impiegate con il nuovo protocollo di trattamento.

È stato condotto uno studio osservazionale pilota per la valutazione dell'efficacia, dei tempi e dei costi delle medicazioni avanzate per il trattamento delle lesioni da pressione. Al fine di acquisire le conoscenze e le competenze relative al protocollo di trattamento sperimentale, preliminarmente sono stati effettuati, da consulenti esperti, un meeting informativo e degli incontri di formazione sul campo agli infermieri della durata di circa due mesi con due incontri settimanali. Durante la sperimentazione un tecnico esperto era disponibile per consulenze telefoniche o in Istituto. Il monitoraggio degli indicatori di trattamento è stato effettuato per 5 settimane.

Il Protocollo sperimentale per il trattamento delle lesioni complesse ha previsto l'utilizzo di alginati di calcio combinato con schiume e film di poliuretano, medicazione barriera antimicotica con argento e idrocolloidi, in base alla presenza di essudato e al rischio infettivo.

Il protocollo è risultato efficace in termini di miglioramento del grado delle lesioni (da IV a I stadio e totale guarigione per 2 lesioni), valutato attraverso la scala Push Tool 3.0 (www.npuap.org), (si veda immagini allegate). I costi dei prodotti della nuova sperimentazione sono inferiori a quelli equivalenti del protocollo di trattamento attualmente in uso. La sostituzione delle medicazioni era effettuata "mediamente" ogni quattro giorni, con sostituzione delle stesse a rotazione nei vari distretti corporei a giorni alternati. Tale gestione, valutata attraverso report quotidiani, ha portato ad una riduzione dei tempi degli operatori coinvolti (infermieri e operatori di supporto).

Dalla raccolta dei dati si evince un miglioramento di tutte le lesioni, e una riduzione dei costi dei prodotti dei tempi di gestione.

LONG TERM CARE

L'esperienza dell'osservazione breve intensiva geriatrica nel distretto di Mirandola del post-terremoto

S. Lugli, M. Turci, M. Guerzoni, P. Guerzoni, M. Veschi, A. Fabbro

A.USL Modena, Mirandola

Dal 20 maggio di quest'anno il distretto di Mirandola, come altri territori è stato sconvolto da un forte sisma che ha costretto migliaia di anziani ad abbandonare le proprie abitazioni. I servizi socio-sanitari che operano in questo settore hanno dovuto stringere maggiormente un'alleanza e inventare nuove soluzioni che rapidamente e appropriatamente potessero dare risposte agli anziani ed alle loro famiglie, considerato che gli ospedali e quasi tutte le strutture residenziali per gli anziani non erano agibili.

Entro pochi giorni si è costituita un'esperienza che si è andata sempre più delineando come risorsa territoriale indispensabile per la popolazione geriatrica, Nell'ambito del PMA (punto medico avanzato) all'interno di una tensostruttura si è ricavato un reparto di 8 posti letto ad osservazione breve intensiva (tenda OBI).

Ad oggi (esperienza ancora in corso) 187 persone sono state ricoverate per periodi di osservazione e trattamento variabili da 1 a 5 giorni. Tra queste 98 erano persone anziane con diverse problematiche socio-sanitarie che richiedevano risposte complesse e articolate. I motivi dell'invio più frequenti sono stati: stato confusionale acuto, demenza con disturbi del comportamento (molti esacerbatissimi dal sisma), disidratazione, scompenso cardio-respiratorio (effetto dell'ondata di calore maggiore rispetto agli scorsi anni considerato che molti anziani hanno vissuto in tende, camper, automobili, garage..).

L'invio degli anziani avveniva tramite i colleghi del pronto soccorso, i medici di famiglia o gli assistenti sociali. Durante il ricovero il paziente riceveva gli interventi diagnostico-terapeutici di cui necessitava grazie al supporto dei colleghi specialisti. Parallelamente di predisponere una dimissione protetta mantenendo costantemente i contatti con i colleghi di medicina generale, i servizi sociali e programmando controlli geriatrici ravvicinati.

Il progetto è tuttora in corso, dal momento che l'emergenza non è terminata e i dati sono in fase di raccolta ed elaborazione.

NUTRIZIONE CLINICA NELL'ANZIANO

La nutrizione artificiale domiciliare (NAD) e l'infermiere. Nuove sfide assistenziali nel territorio calabrese

S. Fiorillo, A.M. Grandinetti

Distretto Sanitario VV - Cure Domiciliari, Vibo Valentia

La nutrizione artificiale è un trattamento terapeutico che serve a mantenere e/o reintegrare lo stato nutrizionale nei soggetti in cui l'alimentazione orale è controindicata, impraticabile o non sufficiente.

Obiettivi del lavoro: Valutare il livello di formazione degli infermieri riguardo alla NAD; Avviare un percorso formativo per infermieri e caregiver per la sua corretta gestione; Realizzazione di "Guide informative" per rendere omogeneo il comportamento degli infermieri, corretto quello dei caregiver; Effettuare nella regione Calabria, una raccolta dati sui soggetti con NAD negli ultimi 3 anni e classificazione dei soggetti in base al tipo di trattamento ricevuto.

Per valutare la conoscenza della NAD tra gli infermieri, è stato realizzato un questionario composto di 27 item, somministrato da settembre 2011 a febbraio 2012 a un campione di 250 infermieri, 50 per ogni provincia calabrese, scelti in modo casuale. L'età media del campione statistico 55 ± 6 anni, equamente distribuito tra i due sessi. Il livello d'istruzione era per il 74% in possesso del diploma equipollente, il 24% laurea infermieristica e il 2% diploma di laurea. Sul totale delle domande somministrate è stata misurata la percentuale delle risposte esatte, errate e non date. Sul totale delle risposte fornite dagli infermieri con diploma equipollente (n° risposte 3700) il 30% è stato esatto, mentre sul totale delle risposte (n° 1200), fornite dagli infermieri con laurea in scienze infermieristiche, sono state esatte il 67%, riguardo agli infermieri in possesso del diploma di laurea è risultato che sul totale delle risposte date (n° 100) quelle esatte erano il 60%. Dalla valutazione è emersa poca conoscenza della NAD tra gli infermieri che determina una prestazione assistenziale inadeguata e un non soddisfacimento dei bisogni dei pazienti e della loro famiglia. Alla luce di questo sono stati realizzati, nel territorio Vibonese, percorsi formativi e due "Guide informative" sulla N.E. e N.P.D., destinati al paziente/caregiver ma utili al MMG e agli operatori sanitari. Sullo stato di attuazione della NAD in Calabria negli ultimi 3 anni è emerso che la maggior parte dei dati ottenuti erano insufficienti e comunque non idonei a dare una rappresentazione reale del trattamento assistenziale.

Dal lavoro sono emerse delle criticità nella regione quale: difficoltà ad accedere alla NAD con tempi lunghi per la domiciliazione; Gestione disomogenea della prestazione assistenziale; Discontinuità assistenziale fra ospedale e territorio; Mancanza d'interventi educativi e di supporto del paziente e della famiglia; Mancanza di un registro regionale contenente dati epidemiologici. È importante, quindi, avviare servizi strutturati e normative idonee, fare una maggiore formazione infermieristica e dei caregiver, istituire il registro regionale, al fine di ridurre l'ospedalizzazione protratta; migliorare la qualità della vita dei pazienti e della famiglia; ottimizzare la gestione dei pazienti in NAD.

RIABILITAZIONE GERIATRICA

Prevalenza dei fattori associati ad incidenti automobilistici in una popolazione di anziani ricoverati in un setting riabilitativo

C. Pozzi¹, A. Morandi², S. Morghen¹, E. Lucchi¹, S. Gentile¹, G. Bellelli³, M. Trabucchi⁴

1 Dipartimento di Riabilitazione Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona; 2 Dipartimento di Riabilitazione Casa di Cura "Ancelle della Carità"; Gruppo di Ricerca Geriatrica, Cremona; Brescia; 3 Clinica Geriatrica Università Milano-Bicocca, Milano; 4 Università Tor Vergata, Roma

Tab. I. Caratteristiche cliniche e fattori di rischio per incidenti automobilistici in un gruppo di pazienti anziani ricoverati in un setting riabilitativo.

Variabile*	N = 34
Età	72 (69-78)
Diagnosi di ingresso, N (%)	
- Disturbo della marcia	3 (8.9%)
- Patologia ortopedica	21 (61.7%)
- Patologia Respiratoria	7 (20.5%)
- Patologia Cardiologica	3 (8.9%)
Intervista caregiver:	
- Sono preoccupato della capacità di guida del paziente	10 (29.4%)
- Altre persone sono preoccupate della capacità di guida del paziente	12 (35.3%)
- Il paziente ha diminuito l'uso della macchina	12 (35.3%)
- Il paziente potrebbe non rispettare i limiti di velocità, il semaforo rosso nel caso in cui pensasse di non essere fermato dagli agenti	5 (13.6%)
- Il paziente potrebbe guidare dopo aver bevuto sostanze alcoliche oltre i limiti consentiti	5 (14.7%)
- Il paziente guida di notte	14 (41.1%)
- Il paziente guida con la pioggia	27 (79.4%)
- Il paziente guida nel traffico	21 (61.7%)
Numero di multe sanzionate (≥ 2)	5 (14.7%)
Quantità di chilometri percorsi in una settimana (< 40 km)	7 (20.5%)
Deficit funzioni esecutive (CLOX 1≤10)	16 (47.1%)
Deficit attentivi (Punteggio matrici attentive ≤36)	8 (23.5%)
Decadimento cognitivo (MMSE ≤24)	7 (20.6%)
Abuso di sostanze alcoliche, N (%)	4 (11.7%)
Numero di farmaci	6 (5-8)
Disordini del sonno, N (%)	4 (11.8%)
Disturbi visivi, N (%)	5 (14.7%)
Numero IADL (funzioni perse), N (%)	0 (0-1)

*Mediana ed interquartile se non altrimenti specificato

Lo scopo di questo lavoro è di descrivere la prevalenza dei fattori potenzialmente associati ad un rischio di incidenti automobilistici in una popolazione di pazienti anziani ricoverati in un setting riabilitativo.

Materiali e Metodi: Dal 01 gennaio 2012 al 30 giugno 2012, tutti i pazienti con età = 65 anni e ricoverati presso il Dipartimento di Riabilitazione della Casa di Cura Ancelle di Cremona, che prima del ricovero guidavano in autonomia l'automobile, sono stati sottoposti ad uno screening dei fattori di rischio di incidenti automobilistici. Lo screening comprendeva la valutazione delle funzioni cognitive (CLOX 1 per la valutazione delle funzioni esecutive, matrici attentive e Mini Mental State Examination, MMSE), lo stato funzionale (l'autonomia nelle ADL basali e strumentali prima del ricovero), l'abuso di sostanze alcoliche (Cage questionnaire), il numero di farmaci, la presenza di disturbi del sonno (Epworth sleepiness scale), di deficit visivi ed uditivi. Inoltre è stata effettuata un'intervista strutturata al caregiver per indagare la qualità di guida dal paziente, la cronologia delle multe nei 3 anni precedenti alla valutazione ed (o media) di chilometri percorsi alla settimana.

Sono stati valutati 34 pazienti con età mediana di 72 anni (interquartile 69-78) (Tabella). Il 20.6% dei pazienti presentava un decadimento cognitivo al MMSE; in particolare il 47% aveva un deficit delle funzioni esecutive ed il 23.5% delle capacità attentive. Nell'11% è stato rilevato un abuso di sostanze alcoliche, nell'11.8% un disturbo del sonno ed un deficit visivo nel 14.7% dei casi. Solamente il 61.7% guidavano nel traffico ed il 20.5% dei pazienti percorreva meno di 40 km alla settimana.

Questi dati preliminari dimostrano che i deficit delle funzioni cognitive sono di frequente riscontro in pazienti anziani che guidano l'automobile. Il ruolo di tali deficit ed altri fattori sul rischio automobilistico sarà ulteriormente valutato con follow-up telefonici a 6 mesi distanza al fine di studiarne l'eventuale associazione con l'incidenza di multe e/o incidenti stradali.

MISCELLANEA

La dimissione protetta in geriatria: correlazione tra indice di BRASS e variazione di stato funzionale durante la degenza

M. Pozzebon, R. Bacchion, A. Zamprogno, P. Paccagnan, K. Baccaglioni, B. Barbato, S. Volpato, F. Tisato, C. Raucci, M. Calabrò

1 U.O.C. Geriatria P.O. Treviso U.L.S.S. n. 9 Regione Veneto, Treviso

La pianificazione della dimissione protetta è un atto di assoluta rilevanza nella gestione, con visione longitudinale, del paziente anziano fragile durante l'ospedalizzazione. L'individuazione della necessità di dimissione protetta è di fatto contestuale alla presa in carico del paziente in Unità Geriatrica per Acuti e pertanto la verifica degli strumenti appropriati a tale pianificazione è rilevante. Le motivazioni che determinano la dimissione protetta riguardano sia i bisogni di salute cui garantire la presa in carico post-ospedaliera che la variazione di stato funzionale tra lo stato premorboso (14 gg. prima del ricovero) e quello alla dimissione.

Valutare la correlazione tra Blaylock Risk Assessment Screening, (indice di BRASS), la variazione di stato funzionale valutato con Barthel Index premorboso e alla dimissione e la modalità di dimissione.

L'analisi dei dati riferiti a 93 pazienti randomizzati sui 3000 ricoverati presso la U.O. Geriatria del P.O. di Treviso nel corso del 2011 ha evidenziato: Indice di Brass medio 13.96 con sd 6.4 (3-30), Barthel premorboso medio 66.74 con sd 26.44 (0-100), Barthel dimissione medio 39.55 con sd 31.89 (0-100), Barthel differenziale medio 28.01 con sd 24.85 (25-95).

Vi è una correlazione inversamente proporzionale tra indice di BRASS ed indice di Barthel premorboso con p 0.003, a conferma della capacità predittiva dell'indice di BRASS della complessità della pianificazione della dimissione protetta. Eseguendo una comparazione dei parametri in oggetto nel gruppo di pazienti che ha necessitato di dimissione protetta vs. il gruppo che ha avuto una dimissione ordinaria si rileva: valori medi nel gruppo delle dimissioni protette: indice di BRASS 17.59 con sd 7.6 (5-30), Barthel Index premorboso

48.86 con sd 30.86 (0-95), Barthel Index alla dimissione 18.33 con sd 20.08 (0-70) e Barthel Index differenziale 28.10 con sd 27.32 (25 - 80). I valori medi nel gruppo in dimissione ordinaria:

Indice di BRASS 12.81 con sd 5.57 (3-29), Barthel Index premorbo 72.36 con sd 22.32 (5-100), Barthel Index alla dimissione 46.1 con sd 32.11 (0-100), Barthel Index differenziale 27.99 con sd 24.25 (0-95). Pertanto l'indice di BRASS ($p < 0.002$) ed il Barthel Index differenziale (questo senza, però, raggiungere la significatività statistica) sono maggiori nei pazienti con dimissione protetta, mentre, Barthel Index premorbo ($p < 0.000$) e Barthel Index alla dimissione ($p < 0.000$) sono minori nei pazienti che necessitano di una dimissione protetta.

L'indice di BRASS e il Barthel Index differenziale sono complementari nell'organizzazione della dimissione protetta. L'indice di BRASS non risulta avere capacità predittiva della variazione di stato funzionale durante la degenza. Il Barthel Index differenziale che è calcolabile solo all'atto della dimissione, se non corredato dall'indice di BRASS non corrisponderebbe al timing necessario per la pianificazione della dimissione protetta.

Conoscere per agire. Un'indagine sulla qualità della vita delle persone anziane: lo Studio Passi d'Argento 2012

L. Dosio¹, R. Carlucci¹, S. Cabodi¹, N. Nicoletti²

1 ASL TO2, Torino; 2 Libero Professionista, Torino

L'invecchiamento della popolazione ha da sempre rappresentato un particolare interesse per la società. PASSI d'Argento rappresenta un'importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 65enne e monitoraggio degli interventi sociali e sanitari a loro rivolti. È un progetto dal Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e delle Regioni, coordinato dalla Regione Piemonte in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Hanno aderito al progetto le ASL, il Comune e l'Università degli Studi di Torino.

1) sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione ultra 64enne valutandone gli aspetti della loro vita riguardanti la partecipazione, la salute, la sicurezza. 2) descrivere i fenomeni connessi alla salute e alla qualità della vita degli ultra 64enni.

La sorveglianza è stata effettuata attraverso indagini epidemiologiche ripetute utilizzando la metodologia delle interviste telefoniche o "faccia a faccia", su un campione di popolazione rappresentativo. Il campione regionale è stato estratto dal CSI Piemonte in maniera casuale attraverso la banca dati dell'anagrafe della città di Torino. Il campione è rappresentato da 1900 utenti suddivisi tra 475 titolari e 1425 sostituti. Ogni titolare ha a disposizione tre sostituti che interverranno in caso di rifiuto o ineleggibilità. Le interviste sono state effettuate da personale appositamente formato e coordinato da un professionista individuato come responsabile aziendale utilizzando un apposito questionario. Tra aprile e giugno 2012 sono state inviate nro 750 lettere tra titolari e sostituti e altrettante ai MMG. Sono state effettuate complessivamente nro 475 interviste delle quali 45 a carico dell'ASL. Delle 45 interviste 41 sono state effettuate tramite telefono e 4 tramite modalità "faccia a faccia" per scelta del "titolare". Tasso di risposta pari a 90,1%; Tasso di sostituzione: 32,8%; Tasso di rifiuto: 14,9%; Tasso di non reperibilità: 17,9%; tasso di eleggibilità: 94,8%; Tasso di coinvolgimento del MMG: 0,2%; durata media dell'intervista: telefonica cartacea 25 minuti, telefonica a pc 25 minuti, faccia a faccia 20 minuti per una media di interviste pari a 18 minuti.

Vi è stata una buona partecipazione da parte del campione all'intervista. I risultati, parziali, ottenuti forniscono informazioni utili per quanto riguarda la prevenzione, la programmazione degli interventi di prevenzione e socio assistenziali riferiti alla popolazione anziana. Il tempo dedicato all'organizzazione del progetto è stato molto cospicuo, sia in termini di ore sia in termini di risorse umane impegnate. Da una prima analisi dei dati, lo studio si è dimostrato molto efficace ed efficiente, ha raggiunto capillarmente una buona percentuale di popolazione, rilevando in modo preciso e puntuale quali sono i reali bisogni della popolazione anziana.

INDICE DEGLI AUTORI

- Abbate C., 387
 Abbatecola A.M., 423, 436
 Abbondanza S., 405, 415
 Abete P., 326, 339, 368, 374, 395, 397, 435, 474
 Acquilani R., 500, 501
 Addante F., 387
 Addante L., 404
 Addante L.M., 405, 406, 407, 438, 469, 469, 479, 479, 480, 483
 Adduci A., 425
 Agnetti G., 414
 Alastra V., 379, 402
 Albanese P., 380
 Albani S., 390
 Alberici A., 402
 Allegretti A., 469, 483
 Allegretti D., 406
 Almerico L., 473
 Aloe R., 369
 Amato P., 501
 Ambrosino L., 370, 434, 481
 Ambrosino M., 434
 Amenduni M.T., 468, 483
 Amico S., 424
 Amonti K., 473
 Andrich R., 353
 Angellotti E., 370
 Annoni G., 376, 427, 465, 492, 497
 Anselmo P., 394
 Antista G., 426
 Antocicco M., 373, 385, 499
 Antonelli Incalzi R., 372, 375, 392, 396, 497
 Antonietti M.P., 439
 Antoniotto N., 486
 Aprile E., 442
 Araujo A.B., 333
 Archetti E., 390
 Arcuri M.G., 426
 Ardizzi A., 393
 Ardoino G., 440, 475, 476
 Arenare F., 445
 Arizzi C., 496
 Arnone G., 480
 Arosio B., 363, 387, 388
 Artoni A., 369, 384, 484, 485
 Astarita M., 403
 Attanasio F., 391
 Attena E., 399
 Ausiello L., 486
 Azzola F., 464
 Baccaglioni K., 365, 510
 Baccella P., 376
 Bacchion R., 365, 510
 Badini L., 464
 Baiardi P., 501
 Bakri J., 469, 481
 Balconi R., 475
 Baldasseroni S., 395
 Baldareschi G.J., 438
 Ballabio C., 378
 Ballerio C., 475
 Ballini E., 416, 423, 434
 Balsamo T., 404, 405, 406, 479
 Balzaretto M., 500
 Bambace C., 361
 Bandinelli S., 371, 376, 435, 452
 Bandirali M., 441
 Bano G., 451
 Barbabella F., 499
 Barbagallo M., 324, 340, 368, 426, 437, 496
 Barbato B., 365, 510
 Barbieri M., 370, 434, 481, 492
 Barbieri V., 379
 Barchetti B., 383, 474
 Barile G., 371
 Barili L., 440, 475, 476
 Baroncini C., 373, 416, 423, 434
 Baroni A., 467
 Baroni M., 463, 465, 466
 Barrionuevo L.M.D.L., 440
 Barrionuevo M.L., 475
 Bartolucci L., 494
 Bartorelli L., 403, 421
 Basile C., 368, 474
 Basile G., 459, 493
 Bassetti M., 446
 Basso D., 405
 Batista De Lima M.E., 508
 Battaglia G., 424, 455, 489
 Battaglia R., 424, 455, 489
 Bazueva G., 428
 Bazzano S., 361, 363, 378, 396, 487, 491
 Beccarello A., 459
 Bedeschi G., 416
 Belgiovine G., 469
 Bellamoli C., 489, 490, 491
 Bellanti F., 362, 436
 Bellelli G., 375, 376, 427, 465, 470, 471, 489, 492, 497, 510
 Bellucci I., 406
 Belmonte T., 407
 Belvedere G., 368
 Belvedere M., 368, 437, 496
 Bencini E., 373
 Bencini F., 416
 Benedetti E., 383
 Benigno M., 371
 Bentivegna M., 429, 431, 473
 Benvenuto R., 329, 343, 464
 Bergamaschini L., 451
 Bergamaschini L.C., 486
 Bergamini C., 382
 Bergoglio I., 393
 Berlusconi M., 467, 502
 Bernabei R., 361, 364, 371, 377, 379, 385, 412, 413, 417, 447, 475, 478, 488, 499
 Bernabucci G., 421
 Bernardi A., 393
 Bernardi A., 486
 Bernardini B., 467, 472, 502
 Bertassello P., 372
 Bertolini A., 404, 469, 479
 Bertolotti M., 398
 Bertoni L., 451
 Bettuzzi C., 423
 Bevilacqua A., 368, 374
 Biagini C.A., 373, 416
 Bianchetti A., 337, 424, 464
 Bianchi G., 370, 501
 Bianchi L., 371
 Bianchini D., 328
 Biasco A., 407, 438
 Biganzoli L., 379
 Bilotta C., 451, 488
 Bini G., 366
 Biolo G., 366
 Biondi T., 467
 Biotti L., 443
 Bisiacchi P., 380
 Bissoli L., 369
 Blandizzi C., 366
 Blonda M., 362
 Bo M., 391, 442, 486
 Bobbiesi E., 472
 Bocale R., 385
 Boccardi V., 370, 434, 481, 492
 Boeri C., 353
 Boffelli S., 383, 413
 Bollini G., 356
 Bollini M.C., 347
 Bolpagni C., 368
 Bolzetta E., 451, 451, 494
 Bonaddio A., 448
 Bonaspetti G., 464
 Bonassi S., 364
 Bonati P.A., 331
 Bonavina M.G., 377, 461, 489, 490, 491, 492
 Bondi G., 376, 452
 Bonerba M., 405, 480
 Bonetti F., 382, 422
 Bongiorno N., 445
 Boni M., 439, 483
 Bonifacio E., 456
 Boniforti L., 441
 Bonino P., 439
 Bonsignore A., 502, 503
 Borgia L., 507
 Borgomanero V., 498
 Borin R., 377, 469, 481, 491
 Borri R., 442, 457
 Borriero E., 414, 443
 Borroni B., 402
 Bortolamei S., 418
 Bortolotti A., 482
 Bortolotti F., 494
 Boschi F., 501
 Bosco Q., 397
 Bosi C., 382
 Bosi E., 337
 Bottacini L., 469
 Böttcher A., 445
 Bottura R., 383, 389, 474
 Bove A., 403

- Bovo C., 377, 461, 481, 489, 490, 491, 492
 Bozzini C., 461, 492
 Braghi S., 337
 Brambilla M., 402
 Brandi V., 412
 Brau M.F., 440, 475, 476
 Brea F., 412
 Brescianini A., 391
 Briganti P., 406, 438, 480
 Brighenti M., 456
 Brignoli B., 431
 Brivio C., 472, 472
 Brocco M., 361
 Broch D., 483
 Broggin V., 376
 Brozzi A., 367
 Brucciani I., 484
 Brunetti A., 498
 Brunetti C., 473
 Brunetti M.A., 374, 460, 462
 Bruno P., 422
 Bruno S., 467
 Bruno S., 468
 Buffoli L., 361
 Bulgaresi M., 373, 374, 416, 437
 Burgisser C., 395
 Burgo G., 448
 Burni V., 385, 425
 Burth J., 445
 Buschiazzo A., 490
 Busonera F., 380
 Cabodi S., 419, 498, 499, 506, 511
 Cacciatore F., 368, 374, 395, 397, 435, 474, 495
 Cacco S., 451
 Caffio F., 404
 Cairati M., 467, 468
 Calabrò M., 332, 365, 510
 Calasso F., 505
 Caleri V., 373
 Caliri C., 428
 Camin M., 483
 Campobasso C.P., 444
 Cannavo A., 388, 389
 Cannone A., 469
 Canonico V., 323, 374, 403
 Cantini C., 373
 Cantini C., 416
 Capasso A., 392
 Capoluongo M., 434
 Cappello A., 390
 Capurso C., 436
 Caraffa A., 465
 Cardaci G., 451
 Carella G., 405
 Caretta F., 333
 Carlino C., 467, 502
 Carlucci R., 498, 499, 511
 Carnazzo G., 362, 390
 Carnevali L., 376, 492
 Carniel G., 351
 Carnovale C., 505
 Caronzolo F., 367, 398, 443, 478, 495
 Carozza P., 418
 Carrarini E., 369
 Carrarini N., 493
 Carraro S., 451
 Carrassi A., 486
 Carreca I., 379
 Cartabia M., 482
 Casalone Rinaldi M., 373
 Casati M., 363, 387, 388
 Casè A., 384, 432
 Casella C., 451
 Casella M., 484, 485
 Caserta F., 424
 Caspani P., 467, 468
 Cassin R., 455
 Cassinadri A., 383, 413
 Castagna A., 417, 419, 426, 481
 Castagna G., 459
 Castagneto B., 379
 Castaldi D., 390
 Castaldo A., 353, 509
 Castaldo D., 441
 Castellano G., 424
 Castellano I., 432
 Castellazzi F., 472
 Castiglioni C., 469
 Castoldi R., 473
 Castrignanò A., 405
 Castriotta V., 474
 Catalano A., 459
 Catanesi R., 444
 Catani M., 501
 Catania M., 394
 Catini E., 456
 Cattabiani C., 369, 376, 384, 452, 494
 Cattaneo A., 363
 Cattaneo N., 441
 Cavagnaro P., 404
 Cavallini M.C., 416, 423, 428, 434
 Cavanna M., 467, 502
 Cazzulani B., 364
 Cecchi F., 400
 Ceccofiglio A., 374, 460, 462
 Ceda G., 384
 Ceda G.P., 369, 376, 452, 484, 485, 494
 Cederholm T., 384
 Centomo R., 446
 Ceravolo F., 448
 Cerella I., 507
 Cerenzia A., 456
 Ceresini G., 369, 384
 Ceriotti L., 493
 Cerqua G., 426
 Cerri A., 409, 419, 508
 Cerullo F., 478
 Cervellati C., 382
 Cervera P., 426
 Cesa-Bianchi G., 411, 412, 487
 Cester A., 334, 380
 Cestonaro F., 378, 491
 Cetraro A., 367, 471, 478
 Cetta F., 456, 500
 Chemotti S., 496
 Cherubini A., 371, 456, 498, 504
 Chiarello A., 446
 Chiatti C., 499
 Chichiarelli L., 385
 Chiesi F., 421
 Chirafisi F., 398
 Chirico M., 404, 407, 479
 Chirumbolo S., 496
 Chisciotti V.M., 374
 Chiurco D., 497
 Ciano Albanese R., 459
 Cilesi I., 429
 Cimini A.M., 383
 Cini C., 453
 Cinone F., 434
 Cirinei E., 498
 Civitelli S., 456
 Clementi E., 505
 Clerici D., 441
 Cocco A., 414
 Coin A., 451, 494
 Colacicco A.M., 371
 Colantonio V., 472
 Colasuonno N., 469
 Colloca G., 377, 379, 417, 447, 488
 Colombi C., 456
 Colombo F., 363
 Colombo G., 453
 Colombo M., 405, 415, 425, 467, 468
 Colombo R., 449
 Colucci L., 430
 Comba M., 391
 Comellato G., 369
 Comi E., 501
 Comite F., 381
 Comodo N., 443
 Condemi G., 379
 Condito A.M., 481
 Confente S., 361
 Conti A., 432
 Conti V., 365, 495
 Copetti M., 361, 387, 396, 487
 Coppa C., 443
 Coraini F., 382, 417
 Coratella G., 469
 Corbi G., 342, 365, 444, 495
 Cornali C., 424, 464
 Corno A., 376
 Corrada M., 472
 Corradi S., 466, 498
 Corradin M.L., 433
 Corrà P., 446, 460
 Corsi M., 376, 465
 Corsini C., 467, 472, 502
 Corsonello A., 376, 452
 Cortese L., 396
 Corzato F., 361
 Cosseddu M., 402
 Cosso P., 440, 475, 476
 Cossu B., 464
 Costa P., 376, 418
 Costa P., 470
 Costagliola C., 403
 Costanzo L., 497
 Cotelli M., 402
 Cotroneo A.M., 419, 426, 506
 Cottino M., 467, 468
 Cottone S., 495
 Cova D., 379
 Coveri M., 459, 480

- Cozzi F., 412
 Cremonini E., 382
 Cremonini G., 482
 Crescenti C., 381, 394
 Crescenti P., 398, 478
 Crespolini R., 431
 Criscuolo R., 453
 Cristiano L., 383
 Cristini C., 411, 412, 487
 Crivelli C., 453
 Crivello F., 496
 Croce M.E., 453, 454
 Crucitti A., 493
 Cucinotta M.D., 493
 Cuocolo A., 399
 Cupido M.G., 454
 Curinga G., 448
 Curti A., 456
 Curto M., 381
 Curto T.M., 333
 Curto Z., 467
 Custodero C., 435
 Cuzzoni G., 432, 502, 503
 D'Agata R., 428
 D'Alfonso R., 409, 419, 508
 D'Amelio P., 341, 367, 397, 398, 428, 443, 463, 471, 478, 495
 D'Anastasio C., 413
 D'Angelo B., 383
 D'Angelo R., 442, 473, 500
 D'Anna R., 379
 D'Antonio I., 368, 435
 D'Aparo C., 407
 D'Aprile L., 435
 D'Arrigo G., 397
 D'Onofrio G., 361
 Da Silva Frazão I., 508
 Daddario A., 380
 Dainese A., 422
 Damiani P., 437
 Damiano M., 471, 495
 Davin A., 405, 415
 Davoli M.L., 328, 462
 De Carolis S., 335, 346
 De Colle P., 366
 De Falco C., 424
 De Falco T., 492
 De Lorenzi E., 430
 De Luca E., 411
 De Luca M., 412
 De Lucia C., 388, 389, 399
 De Marinis E., 329
 De Marinis E.A., 343, 464
 De Micco C., 406
 De Moliner L., 483
 De Pasquale A., 453
 De Ronch I., 451
 De Rui M., 451, 494
 De Sarro G., 481
 De Vincentiis A., 501
 De Vita F., 452
 Debernardi B., 379, 402, 414, 443
 Debiasi M., 483
 Del Duca S., 432, 502, 503
 Del Genio M.T., 374, 435
 Del Santo E., 470, 471
 Del Vecchio C., 500, 501
 Dell'Acqua D., 405
 Dell'Aquila G., 498, 504
 Dell'Elce N., 427
 Dell'Oca E., 473
 Della Bella C., 459
 Denti L., 484, 485
 Desideri G., 383, 385, 427
 Desiderio M., 492
 Devito A., 329, 464
 Di Bari M., 339, 373, 423, 428, 437, 438, 443
 Di Bello E., 392
 Di Cesare S., 418
 Di Cioccio L., 423
 Di Felice F., 367, 429
 Di Gaetano R., 385
 Di Maggio O., 430
 Di Meo F., 375
 Di Napoli V., 392
 Di Palma A., 424
 Di Pasqua M., 468
 Di Pasquale G., 342
 Di Ruscio E., 357
 Di Vincenzo P., 456, 500
 Dijk B., 404
 Dingu A., 500, 501
 Dioli A., 490
 Djade C.D., 482
 Domenicali M., 447
 Dominguez L.J., 324, 340, 426, 437, 496
 Dominguez Rodriguez L.J., 368
 Donini M., 456
 Dosio L., 499, 506, 511
 Duò E., 355
 Durando M., 378, 491
 Dusi G., 483
 Ebner F., 445, 459
 Eleuteri S., 329
 Elisa F., 413
 Elmo A., 463, 466
 Emiliani V., 471
 Engaddi I., 384, 432
 Enzi G., 346
 Erbosi L., 416
 Ercolani S., 429, 453, 454, 463, 465, 498
 Errico M., 393, 440, 486
 Esposito A., 370, 434, 481, 492
 Eusebi P., 504
 Fabbo A., 509
 Fabbri E., 329, 370, 382, 417
 Fabbrini S., 442, 445, 467, 477, 502
 Fabio R.M., 441
 Fabrello R., 376, 418
 Fabris L., 411
 Facchini C., 492
 Faccioli S., 361
 Falanga L., 385, 425, 426
 Falaschi G.M., 437
 Falaschi P., 329, 343, 381, 464
 Falci C., 411
 Falconi B., 487
 Falini B., 456
 Fallace P., 392
 Falletta L., 437
 Fania C., 388
 Fantin F., 369
 Fantò E., 393
 Fasanaro A.M., 430
 Fasolino A., 431, 432
 Fassio C., 364
 Fattiroli F., 395
 Fava I., 434
 Fedeli P., 425
 Felaco R., 422
 Felici A., 445, 459
 Femiano M., 392
 Femminella G.D., 388, 389, 399
 Fenoglio C., 387, 388
 Ferla G., 362, 390
 Ferla M., 390
 Ferlisi E., 414
 Ferone R., 392
 Ferrante A., 439
 Ferrara G., 496
 Ferrara N., 342, 365, 388, 389, 397, 399, 444, 495
 Ferrarese F., 489
 Ferrari A., 328, 412
 Ferrari D., 455, 489
 Ferrari E., 372
 Ferrari M., 490
 Ferrari P., 501
 Ferrario D., 414
 Ferraro A., 392
 Ferraro L., 438
 Ferretti M., 451
 Ferri C., 383, 385, 437
 Ferri E., 363, 387, 388
 Ferri M.A., 398
 Ferrini A., 440, 475, 476
 Ferro G., 368, 435
 Ferrucci L., 363, 371
 Ferrucci L., 376, 387, 396, 435, 452, 487
 Fiandra A., 421
 Figliomeni P., 493
 Filippelli A., 365, 495
 Fin L., 483
 Fini M., 364
 Fiorillo F., 426
 Fiorillo S., 424, 455, 489, 509
 Floridi P., 367
 Focardi E., 484, 485
 Foebel A., 413
 Fogato E., 473
 Fontana A., 361, 387, 396, 487
 Fontana G., 483
 Fontana L., 387
 Fonte G., 391, 442
 Formilan M., 380
 Formisano R., 388, 389
 Formoso M., 440
 Fornelli G., 381
 Forti P., 329, 382, 417, 480
 Fortino I., 482
 Fortuna P., 376, 418, 470, 493
 Foschini A., 395
 Fossi S., 405, 415
 Fracchia S., 423, 434
 Franca A., 415
 Francescani A., 440, 475, 476

- Franceschetti G., 496
 Francese E., 472
 Franchi C., 482
 Franchin A., 391, 411, 433
 Franchini A.F., 487
 Francini S., 395
 Francone C., 323
 Franz P., 351
 Frison M., 418
 Frugoni S., 486
 Frustaglia A., 450, 500, 501
 Fulvio F., 402
 Fumagalli S., 373
 Furgi G., 397
 Furlani F., 467, 502
 Fusco O., 371, 475
 Fusco S., 459, 493
 Gabba M., 504
 Gabbai D., 373
 Gaggi L., 429
 Gaglio G., 367, 443, 463, 495
 Galimberti D., 387, 388
 Gallina P., 347, 396
 Gallo U., 378, 396
 Gambardella A., 379, 455
 Gambassi G., 385, 413
 Gandelli M., 429, 431, 432, 500
 Gandolfi M.C., 445
 Garbi D., 400
 Gardellini A., 459
 Gareri P., 419, 426, 481
 Garo M., 448, 449
 Garolfi S., 445
 Gasperini B., 456, 498, 504
 Gasperini M., 441
 Gatti M., 422
 Gatto M.R., 494
 Gattoni M.L., 388
 Gazzola M.B., 481, 491
 Gelfi C., 388
 Gentile R., 383
 Gentile S., 375, 470, 471, 489, 510
 Gerevini F., 456
 Ghedini L., 398
 Ghelardoni D., 506
 Ghezzi S., 449, 472
 Ghiadoni L., 385
 Ghibelli S., 368
 Ghirmai S., 467, 472, 502
 Giacommo A., 426
 Giambanco E., 484
 Giambanco E., 485
 Giambanco M., 507
 Giampietro C., 412
 Giannini M., 435
 Giannotti C., 485
 Gianotti G., 370
 Gianotto M., 429, 431, 432, 456
 Giantin V., 391, 411, 433
 Gianturco V., 470
 Giarante U.M., 442
 Giavazzi G., 351, 509
 Giordano A., 323, 338, 383, 438, 460, 462
 Giordano F., 398
 Giorgi S., 467, 468
 Giovagnoli M., 370
 Giovale M., 501
 Girardello R., 439, 483
 Girardi P., 381
 Giua R., 372
 Giuliani A., 408
 Giulietti C., 423
 Giulini G.M., 461
 Giunco E., 378, 409
 Giusti A., 501
 Gnerre P., 490
 Gobbi C., 393
 Gobbi G., 367
 Goffrè Andreasi M., 412
 Golinelli D., 482
 Gornati R., 475
 Granata A., 443
 Grandinetti A.M., 509
 Grassi D., 383
 Grasso R., 367, 397, 443, 471, 495
 Grattagliano I., 444
 Gravina C., 483
 Grella R., 426
 Greppi E., 393, 394, 486
 Grifoni S., 374, 428
 Grillo A., 442, 445
 Grimoldi M., 445
 Grion A.M., 378
 Grippa A., 367, 397, 443, 495
 Grison E., 369
 Grosso G., 433
 Guadagno L., 474
 Guadagnoli N., 427
 Guaita A., 405, 415, 467, 468
 Guastamacchia E., 371
 Guccione W., 426
 Gueli C., 413, 459
 Guercio V., 429, 432, 456, 500, 505
 Guerini F., 375, 470, 471, 489
 Guerrasio A., 393
 Guerriero F., 432, 503
 Guerrini G., 411
 Guerzoni M., 509
 Guerzoni P., 509
 Guglielmi G., 474
 Gugliotta R., 463, 465, 498
 Guidi L., 408
 Gullo M., 434
 Gussago C., 363, 387, 388
 Heydari A., 457
 Honsell E., 405
 Horjeti E., 442
 Hrutka G., 509
 Iacomelli I., 460, 462
 Ianes A.B., 440, 475, 476
 Iannelli G., 362, 436
 Iannizzi P., 507
 Iasevoli M., 411
 Indiano I., 329, 343, 464
 Inelmen E.M., 494
 Isaia G., 336, 381, 391, 393, 486
 Isaia G.C., 393, 394, 486
 Isaia G.L., 442
 Iurescia S., 483
 Iurlo A., 455
 Jabali S., 446
 Kanah D., 445
 Kirchlechner C., 445
 Komici K., 388, 389, 399
 Kwik-Urbe C., 385
 La Barbera G., 409, 419, 508
 La Carpia D., 447
 La Russa E., 500, 505
 Lacava R., 419, 426, 481
 Ladisi L., 479
 Lamanna C., 434
 Lamura G., 499
 Lancellotti F., 416, 447
 Lancellotti G., 398, 483
 Landi F., 371, 377, 385, 412, 413, 417, 447, 475, 478, 488, 499
 Lanfranco E., 490
 Langialonga T., 393
 Lanzani C., 446
 Largueche S., 368, 496
 Lasaracina A., 407
 Lasco A., 459, 493
 Lattanzio F., 423, 436, 456, 499, 504
 Laudisio A., 396
 Lauretani E., 338, 369, 376, 384, 452, 462, 494
 Lauriola M., 362
 Lechiara M.C., 385
 Leeuwenburgh C., 361
 Lega M.V., 382, 417, 480
 Lelli D., 392
 Lenato G., 371
 Lenato G.M., 435
 Leonardi S., 453, 454, 463, 465
 Leosco D., 342, 388, 389, 399
 Letizia A., 379, 455
 Leto A., 508
 Liberatore E., 427
 Liberatoscioli G., 477
 Liccardo D., 388, 389
 Liguigli W., 456
 Linarello S., 413
 Lionello V., 405
 Liperoti R., 371, 377, 385, 412, 413, 417, 475, 488
 Lippi G., 369, 384
 Lisanti D., 431
 Lo Balbo C., 428
 Lo Monaco N., 365
 Lo Sciuto S., 426
 Lo Storto M., 378, 491
 Logroscino G., 345
 Loiacono C., 465
 Lombardo G., 367, 397, 398, 495
 Longo D., 483
 Longo F., 324
 Longobardi G., 395, 397
 Lopez S., 475
 Lopopolo M., 468
 Lora C., 415
 Loregian M., 491
 Loria M., 502, 503, 504
 Lorusso L., 487
 Lubian F., 459
 Lubich S., 375
 Lucarini S., 404
 Lucchi E., 470, 471, 510

- Luchetti L., 331
 Luci M., 369, 494
 Ludovico C., 459
 Lugli S., 509
 Luisi M., 400
 Lunardelli M., 482
 Lunardelli M.L., 462
 Lunelli G., 445
 Lupi G., 413
 Lymperopoulos A., 389
 Maccagnola D., 390
 Macchi C., 400
 Macchiarulo E., 414
 Maciocco G., 443
 Maddonni A., 426
 Maggi M., 333
 Maggi N., 393
 Maggi S., 411
 Maggio M., 333, 369, 376, 384, 494
 Magliocca A., 368, 474
 Magnani V., 473
 Magni E., 480
 Magni L., 388
 Magon S., 382
 Magri D., 336
 Maina E., 419, 506
 Maioli E., 480
 Maiolo A., 472
 Majello M., 424
 Malara A., 448, 449
 Malimpensa L.F., 419, 506
 Maltese G., 493
 Maltese M., 456
 Maltoni B., 382, 417
 Mammarella F., 364, 412, 413
 Mammoli F., 364
 Manca C., 402
 Mancini D., 459
 Manenti R., 402
 Manfredi V.G.L., 481
 Manfredini M., 415
 Manfredini S., 385, 425, 426
 Manganaro D., 366
 Mangoni L., 373
 Manica A., 369
 Mannarino G., 374, 437, 438
 Mannucci E., 434
 Mantiero A., 470
 Mantovani S., 352
 Mantovano V., 449
 Manzato E., 391, 411, 433, 451, 491, 494
 Manzella D., 424
 Maragna M., 372
 Marangoni E., 439, 483
 Maraschi I., 449
 Marasciulo L., 371
 Marcato E., 396
 March A., 445, 459
 Marchetti C., 459
 Marchionni N., 323, 338, 364, 373, 374, 416, 423, 428, 434, 437, 438, 460, 462
 Marconi A., 446
 Marelli E., 405, 467, 468
 Marengoni A., 368, 429
 Marfella R., 370, 370, 434, 434, 481, 492
 Mari D., 327, 363, 387, 388, 390, 451, 453, 455, 482, 488
 Mariani T., 498
 Marigliano B., 470
 Marigliano N.M., 481
 Marigliano V., 470
 Marinelli P., 406
 Marini C., 385
 Marini I., 494
 Marino S., 426
 Marrani E., 323, 338, 438, 460, 462
 Marsilio A., 334
 Martella B., 411
 Martelli M., 413
 Martelli M., 480
 Martinelli S., 472
 Martini E., 462, 482
 Martini M.R., 414
 Martocchia A., 329, 343, 381, 437
 Martone A.M., 488
 Martucci M., 440
 Marzagalli V., 415
 Marzetti E., 361, 488
 Marzorati D., 507
 Maschio V., 381
 Masciello C., 323
 Masetti M., 370
 Massai D., 355
 Massaia M., 381, 391
 Mastella M., 490
 Mastrapasqua A., 381
 Mastrobuoni C., 374
 Mastroiacovo D., 385
 Mastroianni F., 393, 440, 486
 Mastropalo S., 488
 Mastrorocco V., 393
 Matteazzi A., 376, 418, 470, 493
 Matteoli S., 400
 Mattioli M., 425
 Maugeri D., 362, 390
 Mauti G., 385
 Mayer F., 467
 Mazzali G., 496
 Mazzella F., 395, 397
 Mazzola P., 376
 Mazzola P., 427, 465, 497
 Mazzoni G., 443
 Mecocci P., 335, 367, 421, 429, 453, 454, 463, 465, 466, 498
 Mello A.M., 416, 423, 434
 Melon M.C., 447
 Memminger M., 459
 Menditto E., 381, 394
 Menegon F., 379, 402
 Menga R., 435
 Meola S., 326
 Meola S., 395, 435
 Merante A., 481
 Mercurio F., 383, 413
 Merlino L., 482
 Merlo C., 442
 Mettini L., 477
 Miceli C., 394
 Michalek U., 362, 390
 Michele L., 378
 Micheli T., 423
 Migone A., 430
 Milanese C., 474
 Milani P., 422
 Minaglia C., 364
 Minervini S., 483
 Minieri F., 403
 Miniussi C., 402
 Minonne R., 474
 Mion M.M., 391
 Miotto F., 451
 Miracapillo M., 469
 Miraglia S., 368
 Miraglia S.M., 496
 Mirella M., 431
 Mocchegiani E., 499
 Mocerino C., 379, 455
 Molinar K., 486
 Molinar Roet K., 394
 Molinaro G., 392
 Molino-lova R., 400
 Molon M., 376
 Monacelli F., 364, 485
 Monaco G., 403
 Monami M., 434, 437, 438
 Mondino S., 381, 393
 Monella M., 446
 Monfardini S., 379
 Mongardi M., 357
 Monica G., 456, 500
 Montanari L., 382, 417
 Montanaro S., 440
 Monterisi F., 469
 Montesi M., 344
 Monteverde A., 426
 Monti M., 429, 431, 432, 456, 473, 486, 500, 505
 Monzani F., 366, 495
 Morabito N., 459
 Morandi A., 375, 470, 471, 489, 510
 Moret Lurilli M., 469
 Moretti D., 486
 Morganti B., 423
 Morganti S., 384
 Morghen S., 375, 470, 471, 510
 Morieri M.L., 422, 435
 Morrione A., 443
 Moscardini S., 415, 417
 Mossello E., 373, 416, 423, 428, 434, 443
 Motta S., 492
 Musarò M.L., 438
 Musella O., 430
 Mussi C., 330, 339, 339, 398
 Muti E., 383, 389, 474
 Nani C., 388
 Napoli P., 428
 Nardi L.F., 477
 Nardin E., 493
 Nari P., 445
 Nativio V., 480
 Natoli R., 463, 478
 Nebuloni G., 441
 Necozione S., 385
 Negri Chinaglia C., 384, 432
 Negri F., 456
 Neri M.C., 486
 Nesoti M.V., 377, 461, 481, 489, 490, 491, 492

- Nesti N., 373, 416, 437
Nguyen N.H., 498
Nicoletti F., 381
Nicoletti N., 354, 499, 506, 511
Nicolino A., 397
Nitti A., 393, 440, 459
Nobili A., 368, 482, 488
Novati R., 439
Nreu B., 373, 437
Nuzzo M.D.N., 408, 453
Obbia P., 354
Odetti P., 364, 404, 485
Onder G., 339, 364, 371, 377, 385, 413, 417, 447, 478, 488, 499
Orsitto E., 366
Orsitto G., 402
Ortiz R., 509
Ortolani A., 416
Ortone E., 379, 402
Ottoveggio A., 437
Paccagnan P., 510
Padeletti L., 373
Padovani A., 402
Pagani L., 502, 503
Pagani M., 467, 472, 502
Pagano G., 388, 389, 399
Pagliari P., 440, 475, 476
Pahor M., 361
Pajoro I., 425
Palazzo M., 477
Pallante R., 395
Palmacci C., 440, 475, 476
Palminteri C., 437
Palummeri E., 484
Panico L., 371, 475
Panni S., 456
Panourgia M.P., 364
Pansini A., 370
Panunzi C., 467
Panza F., 345
Paolacci L., 453, 454
Paoli M., 434
Papa M., 370
Papa S., 414
Papaccoli G., 403
Paperini A., 400
Parabiaghi A., 482
Parise A., 369, 494
Parise S., 412
Paroni G., 361, 387, 483, 487
Pascut S., 405
Pasina L., 368
Pasina L., 482
Pasqualetti G., 366, 495
Pasquini G., 400
Passalacqua R., 456
Pastorino A., 393, 486
Patacchini E., 498
Patrini C., 453
Patti C., 398
Pavan S., 445, 459
Pecorella L., 423
Pedone C., 372, 375, 392, 396, 497
Pedrotti M., 496
Pelini L., 367, 466
Pellegrini F., 387
Pellegrini M.A., 344
Pellegrini S., 419
Pellegrino T., 399
Pelliccia R., 392
Pellicciotti F., 328
Pelucchi L., 384, 432
Pengo V., 433
Pepe G., 374
Peragine E., 407, 479
Perdon L., 470
Perego L., 497
Perego M., 425, 472
Perego S., 497
Perelli Cippo R., 415
Pergher L., 439
Peri L., 415
Perissinotto E., 451
Perna S., 502, 503
Perrone V., 505
Perrone-Filardi P., 399
Perrozzi M., 430
Perrucci B., 456
Petesi M., 402
Piasentin G., 492
Piazza A., 509
Piazzani E., 459
Piccione P., 446
Pidello C., 414
Pieraccioli M., 373, 416, 423, 434
Pieraccioli M.C., 437
Pierri F., 456
Pigliautile M., 421
Pignedoli P., 328
Pigozzo S., 494
Pilotto A., 328, 348, 352, 361, 363, 378, 387, 396, 483, 487, 491
Pina G., 453
Pingue V., 364
Pini R., 428
Pino A., 500
Pinto L., 486
Pioli G., 328
Piovani L., 385, 426
Pipicella T., 463, 478
Pirali C., 368
Pirazzoli G., 382
Pirazzoli G.L., 417
Pirozzi G., 374, 474
Pirozzi M., 422
Pisano P., 501
Pisciotta M.S., 488
Piscitelli A., 474
Piscitelli P., 436
Pistarini C., 364
Pistoia G., 404, 479
Piubello E., 469
Pizzoli C., 375
Pizzoni M.C., 464
Pizzorni C., 484
Plances L., 437
Plebani M., 391
Pluderi A., 426
Poli R., 456
Polillo F., 407
Polini A., 495
Polito L., 405, 415
Pollice S., 430
Pomari C., 489
Pop A., 509
Porena M., 327
Porretti L., 363
Porro A., 487
Porta A., 453, 486
Pozzebon M., 365, 510
Pozzi C., 510
Pregliasco F., 453
Prenni V., 429, 463, 465
Prestano R., 434
Previderè G., 467, 468
Previderè G., 468
Pricop L., 391
Prigigallo F., 435
Primi C., 421
Prioletta I., 367, 465, 466
Procaccianti G., 480
Procino G., 467, 468
Prolo S., 453
Prosperi L., 459
Provola E., 489, 491
Puflea A., 369
Putignano D., 426
Putignano S., 426
Quaranta C., 425, 472
Quaranta E., 407
Quattrococchi D., 371, 475
Rabini R., 436
Rabino P., 419
Radan D., 472
Radicchi R., 429
Radice S., 505
Radice T., 455
Raed H., 464
Rafanelli M., 374, 460, 462
Raffaele A., 385
Ragni S., 403, 421
Raia S., 329
Raja S., 343, 437, 464
Ramaoli A., 442
Ranieri P., 332, 464
Rastrelli G., 333
Ratti M., 456
Raucci C., 510
Ravasi A., 472
Regazzo C., 356
Reitano E., 459
Renda G.E., 448
Rengo E., 323, 368, 374, 395, 397, 435, 474
Rengo G., 342, 388, 389, 399
Renna A.S., 405
Resta F., 371
Riccardi A., 379, 455
Ricci G., 440, 475, 476
Ricci M., 421
Ricevuti G., 432, 502, 503, 504
Ridolfi E., 387
Riganello S., 477
Rigoldi D., 440, 475, 476
Rinaldi M., 483
Rinonapoli G., 463, 465

- Ripani M., 470
Rispoli V., 448
Risso P., 482
Riva G., 419
Riva I., 425
Riva L., 342
Rizzatti V., 361
Rizzo M., 434, 481
Rizzo M.R., 370, 434, 492
Roberts A.T., 395
Rocca F., 426
Rocchietti March M., 329, 343
Rodio V., 405
Rolfo E., 432, 502, 503
Rollo T., 362
Rollone M., 432, 502, 503
Romanelli G., 368
Romaniello C., 423
Romano A., 362, 474
Romano A.D., 362, 436
Roncoletta P., 408
Rondanelli M., 502, 503
Rosa E., 418
Rosa F., 490
Rosa S., 351
Rosen R.C., 333
Rosina A., 330
Rossi A., 391, 432, 502, 503
Rossi A.P., 372
Rossi F., 391, 411, 433
Rossi F.F., 392
Rossi K., 491
Rossi M., 477
Rossi P., 431, 473
Rossi P.D., 363, 387, 388, 488
Rossi R., 379
Rossi V., 370, 456
Rozzini R., 383, 385, 413, 425, 426
Rrodhe S., 486
Ruatta C., 393, 486
Rubbieri G., 423, 434
Ruggiero C., 463, 465, 466, 498
Ruggiero M., 392
Ruotolo G., 481
Russo E., 463
Russo G., 481
Russo M., 423
Russo S., 326
Russomanno G., 365, 495
Rutili C., 501
Saba L., 477
Sabbà C., 345, 371, 435
Sabetta E., 328
Saccardo G., 491
Sacher M., 365
Sacquegna T., 480
Saiani M., 483
Sala M., 419
Sallustio D., 444
Salsano E., 395
Saltarelli E., 482
Salvagno G.L., 383
Salvalaio S., 460
Salvini Porro G., 405, 415
Sampietro L., 430, 484
Sancarlo D., 361, 363, 387, 396, 487
Sandrini M.C., 378
Santangelo A., 362, 390
Santangelo M., 388
Santi I., 341, 425, 449, 472
Santini M., 366, 393, 469, 483
Santoro M.C., 406
Sapone P., 394, 486
Sardi F., 432, 503, 504
Savinelli A., 370
Savino E., 371, 462
Scaccianoce S., 381
Scalisi R., 437
Scandurra G., 379
Scapellato F., 384, 432
Scarabello I., 467, 502
Scarangella M., 429, 431, 432
Scarlata S., 497
Scarpini E., 387, 388
Scarselli G., 406
Scarsini R., 383, 389, 474
Scatigna M., 325
Scavini M., 337
Sceusa R., 366
Scevola M., 446, 460
Schena F., 383, 389, 474
Schivo A., 493
Schivone M., 326, 368, 374, 395, 397, 435, 474
Schicchi A., 432, 502, 503, 504
Schifino N., 504
Schino P., 486
Sciarrillo I., 391
Scibilia C., 463
Scoditti U., 485
Scoglio A., 467
Scognamiglio M., 424
Scolari L., 498, 499
Sconfietti M., 484
Scotto R., 398
Segala F., 445
Segreto G., 471
Selmi L., 398
Semeraro L., 427
Seresin C., 378, 491
Sergi G., 451, 494
Seripa D., 361, 483
Serpente M., 388
Serra M., 484
Serra R., 463, 465, 498, 504
Serrati C., 404
Sertorio S., 414
Serviddio G., 362, 436
Settanni S., 385, 499
Sgarlata C., 432, 503
Sgrilli F., 373, 374, 416, 437, 438
Sgrò G., 448, 449
Sibilano A., 475
Silingardi E., 335, 346
Silveri M.C., 412
Simeon V., 495
Simonato M., 352, 378, 396, 433, 491
Simoni D., 423, 434
Simoni R., 431
Sirolla C., 436
Siviero C., 409, 419, 508
Siviero P., 411
Slegghel F., 445
Soattin L., 418
Soavi C., 422
Solfrizzi V., 345
Sölva G., 445
Spadea F., 448
Spagnoli D., 388
Spagnolo E., 463, 466
Spanò A., 415, 417
Spazzafumo L., 436
Spazzini E., 385, 425, 426
Speciale S., 489
Spica A., 407, 479, 480
Stefanelli M., 329, 343, 437, 464
Stendardo L., 407, 438
Strazzullo L., 422
Striuli R., 427
Suardi T., 442, 477
Suppressa P., 371
Sutti E., 369, 484, 485
Svensson T., 499
Tabarroni S., 413
Taddeo M., 379, 455
Tafaro L., 329, 343, 464
Tagliafierro R., 370
Tamborra R., 362
Tarducci R., 367
Tarperi C., 389, 474
Teano M., 326, 368, 374, 395, 435, 474
Tedeschi C., 328
Tedone E., 363, 387, 388
Tenci A., 492
Tenore F., 472
Terolla C., 364
Terranova L., 461, 490
Teruzzi F., 427
Tesi F., 374, 437, 460, 462
Tessari A., 380
Tessarini M., 365
Testa R., 436
Tettamanti M., 482
Tezzele A., 439
Tibaldi M., 391
Tinjala D.D., 378
Tirelli U., 379
Tironi S., 383, 385, 413, 425, 426
Tisato E., 365, 510
Toffanello E.D., 433, 451
Toffanello G., 374
Tognini S., 495
Toico E., 339
Toigo G., 366
Tomasello G., 456
Tomba A., 391
Tonon E., 373, 416
Toppo L., 456
Torpilliesi T., 470, 489
Torresani D., 461
Torsello A., 440, 475, 476
Tortorella G., 468
Tosato M., 371, 377, 417, 447, 475, 478, 488, 499
Toschi A., 415, 417
Tosoni P., 489, 491, 492
Tosti V., 467

- Tosto M., 413
Toussan L., 329, 437, 464
Traballesi M., 375,
Trabucchi M., 375, 383, 385, 413, 424, 425, 426, 464,
470, 471, 489, 510
Tramontano A., 391
Trevisan C., 451
Triggiani V., 371
Troisi G., 470
Tuccori M., 366
Tupputi E., 469
Turci M., 509
Turco R., 375, 470, 471
Turi V., 402
Turri L., 431
Ubertis A., 453, 455
Ulisse E., 479, 480
Ungar A., 323, 326, 338, 373, 374, 416, 437, 438, 460,
462
Untila R., 326, 368, 374, 395, 435, 474
Urbano M., 483
Vaccaro R., 405, 415
Valentini E., 411
Valle E., 405, 415
Vallotti B., 467
Vangelista C., 494
Vanini B., 503, 504
Vannetti F., 400
Vanni S., 374, 428
Vasso M., 388
Vendemiale G., 362, 362, 436, 474
Venezia A., 402
Ventagli M., 376
Venturelli M., 383, 389, 474
Venturini C., 347
Venturini L., 432, 502, 503, 504
Vergani M.A., 449
Veronese N., 451, 494
Veronica C., 416
Vertemati V., 427
Verzini D., 389
Veschi M., 509
Vescovi F., 446, 460
Vetrano D.L., 377, 417, 488
Vianello P., 445
Vianello P., 445
Viganò E., 500, 501
Viggiano I., 393
Vignali A., 494
Vignali E., 507
Vignati M., 441
Vigorelli P., 414
Villa M.L., 409
Vismara V., 406
Vitale A., 392
Vitali S., 405
Vitali S.F., 415
Vitobello G., 469
Vitulli P., 342
Volpato S., 325, 339, 365, 371, 435, 462, 510
Volpi R., 494
Voltan G., 446, 460
Walcher G., 483
Yorston G., 444
Zaffarana N., 428
Zagatti A.M., 462
Zamaro G., 405
Zamboni M., 361, 369, 372, 496
Zampi E., 453, 454, 463, 498
Zamprogno A., 510
Zanandrea V., 372
Zanardo M., 372
Zanatta F., 433
Zanetti M., 378, 409
Zanetti O., 402, 418
Zanier A., 408
Zanieri S., 416
Zaninotto M., 391
Zannoni S., 338, 438
Zanocchi M., 394, 486
Zappella M., 446
Zazzetta S., 492
Zengarini E., 456, 465, 466
Zeppegno A., 354
Zerman T., 377
Zincarelli C., 389
Zipoli R., 400
Zito A., 396
Zivelonghi A., 372
Zoico E., 496
Zoli M., 329, 370, 382, 417, 480
Zorzi V., 370
Zuccarelli G., 500, 501
Zuliani G., 345, 371, 382, 422, 435
Zurlo A., 382, 411, 462

DELECIT® fiale iniettabili i.m./e.v. - capsule

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: DELECIT®. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Soluzione iniettabile i.m./e.v. Una fiala da 4 ml contiene: Principio attivo: colina alfoscerato 1.000 mg. Capsule. Una capsula di gelatina molle contiene: Principio attivo: colina alfoscerato 400 mg. **3. FORME FARMACEUTICHE:** Soluzione iniettabile i.m./e.v. Capsule molli. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche:** Sindromi psicoorganiche cerebrali degenerativo-involutive o secondarie a insufficienza cerebrovascolare, ossia disturbi cognitivi primitivi o secondari dell'anziano caratterizzati da deficit di memoria, da confusione e disorientamento, da calo di motivazione ed iniziativa e dalla riduzione delle capacità attentive. Alterazioni della sfera affettiva e del comportamento senile: labilità emotiva, irritabilità, indifferenza all'ambiente circostante. Pseudodepressione dell'anziano. **4.2 Posologia e modo di somministrazione:** Soluzione iniettabile: una fiala al giorno per via intramuscolare o per via endovenosa. Si consiglia di effettuare la somministrazione e.v. lentamente. Capsule: 1 capsula 2-3 volte al giorno. Questi dosaggi possono essere aumentati, a discrezione del medico curante. **4.3 Controindicazioni:** Ipersensibilità individuale accertata al prodotto. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso:** Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione:** Nessuna. **4.6 Gravidanza e allattamento:** L'indicazione terapeutica del prodotto non ne prevede l'uso in gravidanza. Studi specifici hanno comunque evidenziato la mancanza di effetti embriotossici e teratogeni. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari:** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati:** Quale precursore di costituenti biologici, la somministrazione anche protratta di colina alfoscerato generalmente non pone problemi di tollerabilità. L'eventuale comparsa di nausea (imputabile verosimilmente ad un'attivazione dopaminergica secondaria) potrebbe richiedere la riduzione della posologia. **4.9 Sovradosaggio:** Vedi punto 4.8. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1 Proprietà farmacodinamiche:** Colina alfoscerato, quale trasportatore di colina e precursore di fosfatidilcolina, ha la potenziale capacità di svolgere azione preventiva e correttiva sulle lesioni biochimiche, cui si riconosce particolare valore tra i fattori patogenetici della sindrome psicoorganica involutiva, e cioè sul ridotto tono colinergico e sull'alterata composizione fosfolipidica delle membrane neuronali. La struttura chimica di colina alfoscerato (contenente il 40,5% di colina) e le proprietà chimico-fisiche ad essa correlate, garantiscono un notevole apporto di sostanza attiva e metabolicamente protetta al tessuto cerebrale. I risultati delle prove sperimentali di farmacologia preclinica e degli studi clinici hanno convalidato la capacità di colina alfoscerato di intervenire vantaggiosamente sulle funzioni cognitive e mnesiche, nonché sulla sfera affettiva e comportamentale compromesse dalla patologia cerebrale involutiva. **5.2 Proprietà farmacocinetiche:** Le caratteristiche farmacocinetiche, determinate per somministrazione del composto marcato, analoghe nelle diverse specie animali utilizzate (ratto, cane, scimmia), sono le seguenti: assorbimento gastrointestinale rapido e completo; rapida captazione e distribuzione nei diversi tessuti ed organi, compreso il cervello; escrezione solo renale (10% circa, in 96 ore, della dose di radioattività somministrata); più alta disponibilità a livello cerebrale rispetto alla colina marcata con tritio. **5.3 Dati preclinici di sicurezza:** Nel roditore la DL₅₀ è superiore a 1 g/kg per via parenterale e a 10 g/kg per via orale. Una dose orale giornaliera di 300 mg/kg e 150 mg/kg somministrata per 6 mesi, rispettivamente al ratto ed al cane, non dà luogo a segni clinici di tossicità, né ad alterazioni dei parametri ematologici, ematochimici o urinari. Il farmaco non è risultato mutageno, né teratogeno e non ha modificato le capacità riproduttive del ratto e del coniglio. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Lista degli eccipienti:** Soluzione iniettabile i.m./e.v.: Acqua per preparazioni iniettabili. Capsule molli: Acqua depurata, glicerolo. Costituenti della capsula: gelatina, esitol, sorbitani, etile p-idrossibenzoato sodico, propile p-idrossibenzoato sodico, titanio biossido (E 171), ferro ossido-ico (E 172). **6.2 Incompatibilità:** Nessuna. **6.3 Validità:** Soluzione iniettabile: 60 mesi. Capsule molli: 36 mesi. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione:** Nessuna. **6.5 Natura e contenuto del contenitore:** Soluzione iniettabile: astuccio di cartone litografato contenente 3 fiale di vetro neutro incolore da ml 4, alloggiati in cassettoni di materiale plastico. Capsule molli: astuccio di cartone litografato contenente 14 capsule di gelatina molle ovoidali opache di colore giallo, in blister di PVC opaco/Al. **6.6 Istruzioni per l'uso:** Trattasi di fiala con sistema di prerottura OPC (One Point Cut). Per eseguire correttamente l'apertura della fiala, è necessario attenersi alle istruzioni riportate nel foglio illustrativo. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:** MDM S.p.A. - Viale Papiniano, 22/B - 20123 MILANO (MI). **8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:** DELECIT® soluzione iniettabile: A.I.C. n. 025935014. DELECIT® capsule molli: A.I.C. n. 025935026. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE:** 27.07.1987 / giugno 2005. **10. TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 9 OTTOBRE 1990, N. 309:** Nessuna. **11. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile. **12. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO:** Giugno 2004.

DELECIT® soluzione per uso orale

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: DELECIT®. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Soluzione orale. Un contenitore monodose da 7 ml contiene: Principio attivo: colina alfoscerato 600 mg. **3. FORME FARMACEUTICHE:** Soluzione per uso orale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche:** Sindromi psicoorganiche cerebrali degenerativo-involutive o secondarie a insufficienza cerebrovascolare, ossia disturbi cognitivi primitivi o secondari dell'anziano caratterizzati da deficit di memoria, da confusione e disorientamento, da calo di motivazione ed iniziativa e dalla riduzione delle capacità attentive. Alterazioni della sfera affettiva e del comportamento senile: labilità emotiva, irritabilità, indifferenza all'ambiente circostante. Pseudodepressione dell'anziano. **4.2 Posologia e modo di somministrazione:** Soluzione orale: un contenitore monodose 2 volte al giorno. Questi dosaggi possono essere aumentati, a discrezione del medico curante. **4.3 Controindicazioni:** Ipersensibilità individuale accertata al prodotto. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso:** Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione:** Nessuna. **4.6 Gravidanza e allattamento:** L'indicazione terapeutica del prodotto non ne prevede l'uso in gravidanza. Studi specifici hanno comunque evidenziato la mancanza di effetti embriotossici e teratogeni. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari:** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati:** Quale precursore di costituenti biologici, la somministrazione anche protratta di colina alfoscerato generalmente non pone problemi di tollerabilità. L'eventuale comparsa di nausea (imputabile verosimilmente ad un'attivazione dopaminergica secondaria) potrebbe richiedere la riduzione della posologia. **4.9 Sovradosaggio:** Vedi punto 4.8. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1 Proprietà farmacodinamiche:** Colina alfoscerato, quale trasportatore di colina e precursore di fosfatidilcolina, ha la potenziale capacità di svolgere azione preventiva e correttiva sulle lesioni biochimiche, cui si riconosce particolare valore tra i fattori patogenetici della sindrome psicoorganica involutiva, e cioè sul ridotto tono colinergico e sull'alterata composizione fosfolipidica delle membrane neuronali. La struttura chimica di colina alfoscerato (contenente il 40,5% di colina) e le proprietà chimico-fisiche ad essa correlate, garantiscono un notevole apporto di sostanza attiva e metabolicamente protetta al tessuto cerebrale. I risultati delle prove sperimentali di farmacologia preclinica e degli studi clinici hanno convalidato la capacità di colina alfoscerato di intervenire vantaggiosamente sulle funzioni cognitive e mnesiche, nonché sulla sfera affettiva e comportamentale compromesse dalla patologia cerebrale involutiva. **5.2 Proprietà farmacocinetiche:** Le caratteristiche farmacocinetiche, determinate per somministrazione del composto marcato, analoghe nelle diverse specie animali utilizzate (ratto, cane, scimmia), sono le seguenti: assorbimento gastrointestinale rapido e completo; rapida captazione e distribuzione nei diversi tessuti ed organi, compreso il cervello; escrezione solo renale (10% circa, in 96 ore, della dose di radioattività somministrata); più alta disponibilità a livello cerebrale rispetto alla colina marcata con tritio. **5.3 Dati preclinici sulla sicurezza:** Nel roditore la DL₅₀ è superiore a 1 g/kg per via parenterale e a 10 g/kg per via orale. Una dose orale giornaliera di 300 mg/kg e 150 mg/kg somministrata per 6 mesi, rispettivamente al ratto ed al cane, non dà luogo a segni clinici di tossicità, né ad alterazioni dei parametri ematologici, ematochimici o urinari. Il farmaco non è risultato mutageno, né teratogeno e non ha modificato le capacità riproduttive del ratto e del coniglio. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Lista degli eccipienti:** Soluzione orale: Eccipienti: metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, saccarina sodica, aroma arancio, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità:** Nessuna. **6.3 Validità:** Soluzione orale: 36 mesi. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione:** Nessuna. **6.5: Natura e contenuto del contenitore:** Contenitori monodose 7 ml: astuccio di cartone litografato contenente 10 contenitori monodose in vetro bruno, tipo III sec. F.U. IX ed., chiusi con capsula inviolabile a strappo in polietilene. **6.6 Istruzioni per l'uso:** Nessuna. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:** MDM S.p.A. - Viale Papiniano, 22/B - 20123 MILANO (MI). **8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:** Soluzione orale: A.I.C. n. 025935040. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE:** 05.03.1993/Giugno 2005. **10. TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 9 OTTOBRE 1990, N. 309:** Nessuna. **11. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile. **12. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO:** Giugno 2004.

DELECIT® 1000 mg im o ev 3 fiale 4 ml	€ 12,00	classe C	RR
DELECIT® 400 mg 14 capsule	€ 18,50	classe C	RR
DELECIT® 600 mg os 10 contenitori monodose 7 ml	€ 20,30	classe C	RR





1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Galvus 50 mg compresse.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ciascuna compressa contiene 50 mg di vildagliptin. Eccipienti con effetti noti: ciascuna compressa contiene 47,82 mg di lattosio anidro. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Compressa. Compressa rotonda (8 mm di diametro), da bianca a leggermente giallastra, piatta, dai bordi smussati. Su un lato sono impresse le lettere "NVR", sull'altro "FB".

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Vildagliptin è indicato nel trattamento del diabete mellito di tipo 2 negli adulti: in monoterapia - in pazienti non adeguatamente controllati solo dalla dieta e dall'esercizio fisico e per i quali la terapia con metformina è inappropriata a causa di controindicazioni o intolleranza. In duplice terapia orale in associazione a: - metformina, in pazienti con insufficiente controllo glicemico nonostante la somministrazione della dose massima tollerata di metformina in monoterapia - una sulfanilurea, in pazienti con insufficiente controllo glicemico nonostante la somministrazione della dose massima tollerata di una sulfanilurea e per i quali la terapia con metformina è inappropriata a causa di controindicazioni o intolleranza - un tiazolidinedione, in pazienti con insufficiente controllo glicemico e per i quali è appropriato l'uso di un tiazolidinedione.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Posologia Adulti Se usato in monoterapia o in duplice terapia in associazione a metformina o a tiazolidinedione, la dose giornaliera raccomandata di vildagliptin è 100 mg, somministrata in una dose da 50 mg al mattino e una dose da 50 mg alla sera. Se usato in duplice terapia in associazione con una sulfanilurea, la dose raccomandata di vildagliptin è 50 mg una volta al giorno, somministrata al mattino. In questa popolazione di pazienti, la somministrazione di vildagliptin 100 mg al giorno non è risultata più efficace di vildagliptin 50 mg una volta al giorno. Non sono raccomandate dosi superiori a 100 mg. Se si dimentica una dose di Galvus, questa deve essere assunta non appena il paziente se ne ricorda. Non deve essere assunta una dose doppia nello stesso giorno. Non sono state stabilite la sicurezza e l'efficacia di vildagliptin in triplice terapia orale in associazione a metformina e un tiazolidinedione o a metformina e una sulfanilurea. **Informazioni aggiuntive per particolari popolazioni di pazienti Anziani (≥ 65 anni)** Non è necessario un aggiustamento della dose nei pazienti anziani (vedere anche paragrafi 5.1 e 5.2). **Compromissione della funzionalità renale** Non è richiesto un aggiustamento della dose in pazienti con lieve compromissione della funzionalità renale (clearance della creatinina ≥ 50 ml/min). Nei pazienti con compromissione della funzionalità renale moderata o grave o con malattia renale allo stadio terminale (ESRD), la dose raccomandata di Galvus è 50 mg una volta al giorno (vedere anche paragrafi 4.4, 5.1 e 5.2). **Compromissione della funzionalità epatica** Galvus non deve essere usato in pazienti con compromissione della funzionalità epatica, compresi i pazienti che prima del trattamento hanno valori di alanina aminotransferasi (ALT) o aspartato aminotransferasi (AST) $> 3x$ il limite superiore della norma (ULN) (vedere anche paragrafi 4.4 e 5.2). **Popolazione pediatrica** L'uso di Galvus non è raccomandato nei bambini e negli adolescenti al di sotto dei 18 anni a causa della mancanza di dati sulla sicurezza e efficacia (vedere anche paragrafo 5.1). **Modo di somministrazione** Uso orale. Galvus può essere assunto con o senza cibo (vedere anche paragrafo 5.2).

4.3 Controindicazioni

ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1.

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego

Generali Galvus non è un sostituto dell'insulina nei pazienti insulino-dipendenti. Galvus non deve essere usato in pazienti con diabete di tipo 1 o per il trattamento della chetoacidosi diabetica. **Compromissione della funzionalità renale** L'esperienza in pazienti in emodialisi con ESRD è limitata. Pertanto Galvus deve essere usato con cautela in questi pazienti (vedere anche paragrafo 5.2). **Compromissione della funzionalità epatica** Galvus non deve essere usato in pazienti con compromissione della funzionalità epatica, compresi i pazienti con ALT o AST $> 3x$ ULN prima del trattamento. **Monitoraggio degli enzimi epatici** Sono stati riportati rari casi di disfunzione epatica (compresa epatite). In questi casi i pazienti sono stati generalmente asintomatici, senza conseguenze cliniche e gli esami di funzionalità epatica sono ritornati nella norma dopo la sospensione del trattamento. Prima di iniziare il trattamento con Galvus si devono effettuare esami di funzionalità epatica per conoscere il valore basale del paziente. Durante il trattamento con Galvus la funzionalità epatica deve essere controllata ogni tre mesi durante il primo anno di trattamento e in seguito periodicamente. I pazienti che sviluppano un aumento dei livelli delle transaminasi devono essere controllati con una seconda valutazione della funzionalità epatica per confermare i risultati e devono essere poi seguiti con frequenti test di funzionalità epatica fino a quando la (le) anomalie ritorna(n) a valori normali. Se l'aumento dei livelli di AST o ALT persiste a 3 volte il limite superiore della norma o oltre, si raccomanda di sospendere la terapia con Galvus. I pazienti che sviluppano ittero o altri segni che suggeriscono disfunzione epatica, devono sospendere il trattamento con Galvus. Dopo la sospensione del trattamento con Galvus e la normalizzazione dei parametri della funzionalità epatica, il trattamento con Galvus non deve essere ripreso. **Insufficienza cardiaca** Non c'è esperienza sull'uso di vildagliptin in studi clinici in pazienti con classe funzionale NYHA III-IV e quindi non è raccomandato l'uso in questi pazienti. **Patologie della cute** In studi non clinici di tossicologia sono state riportate lesioni della pelle, incluse vescicole ed ulcerazioni, alle estremità delle scimmie (vedere paragrafo 5.3). Benché negli studi clinici non si sia osservata un'aumentata incidenza di lesioni della cute, c'è stata una limitata esperienza in pazienti con complicanze diabetiche della cute. Inoltre, ci sono state segnalazioni post-marketing di lesioni cutanee bollose ed esfoliative. In conformità alla cura routinaria del paziente diabetico, si raccomanda pertanto il monitoraggio di eventuali patologie della cute, come vescicole e ulcerazioni. **Pancreatite** Durante l'esperienza post-marketing sono state riportate spontaneamente reazioni avverse di pancreatite acuta. I pazienti devono essere informati del sintomo caratteristico della pancreatite acuta:

dolore addominale persistente, grave. La risoluzione della pancreatite si è osservata dopo l'interruzione di vildagliptin. Nel caso si sospetti pancreatite, la terapia con vildagliptin e altri medicinali potenzialmente sospetti deve essere interrotta. **Eccipienti** Le compresse contengono lattosio. I pazienti affetti da rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, da deficit di Lapp lattasi, o da malassorbimento di glucosio-galattosio, non devono assumere questo medicinale.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

Vildagliptin ha un basso potenziale di interazione quando associato ad altri medicinali. Poiché vildagliptin non è un substrato dell'enzima citocromo P (CYP) 450 e non inibisce o induce gli enzimi CYP 450, non è probabile l'interazione con sostanze attive che sono substrati, inibitori o induttori di questi enzimi. **Associazione con pioglitazone, metformina e glibenclamide** I risultati degli studi condotti con questi antidiabetici orali non hanno evidenziato interazioni farmacocinetiche clinicamente rilevanti. **Digossina (substrato della p-glicoproteina), warfarin (substrato del CYP2C9)** Studi clinici condotti con soggetti sani non hanno evidenziato interazioni farmacocinetiche clinicamente rilevanti. Questa evidenza non è stata tuttavia confermata nella popolazione di riferimento. **Associazione con amlodipina, ramipril, valsartan o simvastatina** Sono stati condotti studi di interazione farmaco-farmaco con amlodipina, ramipril, valsartan e simvastatina in soggetti sani. In questi studi non sono state osservate interazioni farmacocinetiche clinicamente rilevanti in seguito a somministrazione contemporanea con vildagliptin. Come per altri antidiabetici orali, l'effetto ipoglicemico di vildagliptin può essere ridotto da alcuni principi attivi, compresi tiazidi, corticosteroidi, medicinali per la tiroide e simpaticomimetici.

4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

Gravidanza Non vi sono dati adeguati riguardanti l'uso di vildagliptin in donne in gravidanza. Gli studi sugli animali hanno mostrato una tossicità riproduttiva ad alte dosi (vedere paragrafo 5.3). Il rischio potenziale per gli esseri umani non è noto. A causa della mancanza di dati sugli esseri umani, Galvus non deve essere usato durante la gravidanza. **Allattamento** Non è noto se vildagliptin sia escreto nel latte materno. Studi condotti sugli animali hanno dimostrato l'escrezione di vildagliptin nel latte. Galvus non deve essere usato durante l'allattamento. **Fertilità** Non sono stati condotti studi sull'effetto di Galvus sulla fertilità umana (vedere paragrafo 5.3).

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. I pazienti che manifestano capogiri come reazione avversa devono evitare di guidare veicoli o di utilizzare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

Riassunto del profilo di sicurezza Dati di sicurezza sono stati ottenuti da un totale di 3.784 pazienti esposti a dosi giornaliere di vildagliptin di 50 mg (una volta al giorno) o 100 mg (50 mg due volte al giorno o 100 mg una volta al giorno) nel corso di studi controllati della durata di almeno 12 settimane. Di questi pazienti, 2.264 hanno ricevuto vildagliptin in monoterapia e 1.520 hanno ricevuto vildagliptin in associazione con un altro medicinale. 2.682 pazienti sono stati trattati con 100 mg di vildagliptin al giorno (50 mg due volte al giorno o 100 mg una volta al giorno) e 1.102 pazienti sono stati trattati con vildagliptin 50 mg una volta al giorno. La maggior parte delle reazioni avverse in questi studi clinici è stata di natura lieve e transitoria e non ha richiesto l'interruzione della terapia. Non è stata rilevata alcuna associazione tra le reazioni avverse e l'età, l'etnia, la durata dell'esposizione o la dose giornaliera. Sono stati riportati rari casi di disfunzione epatica (compresa epatite). In questi casi i pazienti sono stati generalmente asintomatici, senza conseguenze cliniche e gli esami di funzionalità epatica sono ritornati nella norma dopo la sospensione del trattamento. Dai dati di studi controllati in monoterapia o in terapia di associazione aggiuntiva (add-on) della durata fino a 24 settimane, l'incidenza degli aumenti di livelli di ALT o AST ≥ 3 volte il limite superiore della norma (classificato come presente in almeno 2 controlli consecutivi o alla visita finale durante il trattamento) è risultata rispettivamente 0,2%, 0,3% e 0,2% per vildagliptin 50 mg una volta al giorno, vildagliptin 50 mg due volte al giorno e tutti i farmaci di confronto. Questi aumenti delle transaminasi sono stati generalmente asintomatici, di natura non progressiva e non associati a colestasi o ittero. Sono stati riportati rari casi di angioedema con vildagliptin, con un'incidenza simile al gruppo di controllo. La maggioranza dei casi è stata riportata quando vildagliptin è stato somministrato in associazione a un inibitore enzimatico dell'angiotensina (ACE-inibitore). La maggior parte degli eventi è stata di moderata severità e si è risolta nel corso del trattamento con vildagliptin. **Elenco tabellare delle reazioni avverse** Le reazioni avverse riportate in pazienti che hanno ricevuto Galvus in studi in doppio-cieco come monoterapia e come terapia di associazione aggiuntiva (add-on) sono elencate di seguito per ciascuna indicazione, secondo la classificazione sistemica organica e la frequenza assoluta. La frequenza è definita come molto comune ($\geq 1/10$), comune ($\geq 1/100$, $< 1/10$), non comune ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raro ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), molto raro ($< 1/10.000$), non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili). All'interno di ciascuna classe di frequenza, le reazioni avverse sono riportate in ordine decrescente di gravità. **Associazione con metformina**

Tabella 1 Reazioni avverse riportate in pazienti che hanno ricevuto 100 mg al giorno di Galvus in associazione aggiuntiva (add-on) con metformina in studi in doppio cieco (N=208)

Disturbi del metabolismo e della nutrizione	
Comune	Ipoglicemia
Patologie del sistema nervoso	
Comune	Tremore
Comune	Mal di testa
Comune	Capogiri
Non comune	Fatica
Patologie gastrointestinali	
Comune	Nausea

Descrizione di reazioni avverse selezionate Negli studi clinici controllati eseguiti con l'associazione di vildagliptin 100 mg al giorno + metformina, non sono stati riportati ritiri dovuti a reazioni avverse né nel gruppo trattato con vildagliptin 100 mg al giorno + metformina, né in quello trattato con placebo + metformina. Negli studi clinici, l'incidenza di ipoglicemia è risultata comune nei pazienti che hanno ricevuto vildagliptin 100 mg al giorno in associazione con metformina (1%) e non comune nei pazienti che hanno ricevuto placebo + metformina (0,4%). Non sono stati riportati gravi eventi ipoglicemici nei bracci con vildagliptin. Negli studi clinici, il peso non è cambiato rispetto al basale quando vildagliptin 100 mg al giorno è stato aggiunto a metformina (+0,2 kg e -1,0 kg per vildagliptin e placebo, rispettivamente). Studi clinici della durata fino a più 2 anni non hanno mostrato alcun segnale aggiuntivo di sicurezza o rischi non previsti quando vildagliptin era associato a metformina. **Associazione con una sulfanilurea**

Tabella 2 Reazioni avverse riportate in pazienti che hanno ricevuto 50 mg di Galvus in associazione con una sulfanilurea in studi in doppio cieco (N=170)

Infezioni e infestazioni	
Molto raro	Rinofaringite
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	
Comune	Ipoglicemia
Patologie del sistema nervoso	
Comune	Tremore
Comune	Mal di testa
Comune	Capogiri
Comune	Astenia
Patologie gastrointestinali	
Non comune	Stipsi

Descrizione di reazioni avverse selezionate Negli studi clinici controllati eseguiti con l'associazione vildagliptin 50 mg + una sulfanilurea, l'incidenza complessiva dei ritiri dovuti a reazioni avverse è stata dello 0,6% nel gruppo trattato con vildagliptin 50 mg + sulfanilurea contro lo 0% nel gruppo trattato con placebo + sulfanilurea. Negli studi clinici, quando vildagliptin 50 mg una volta al giorno è stato aggiunto a glimepiride l'incidenza dell'ipoglicemia è stata dell'1,2% contro lo 0,6% con placebo + glimepiride. Non sono stati riportati gravi eventi ipoglicemici nei bracci con vildagliptin. Negli studi clinici, il peso non è cambiato rispetto al basale quando vildagliptin 50 mg al giorno è stato aggiunto a glimepiride (-0,1 kg e -0,4 kg per vildagliptin e placebo, rispettivamente). **Associazione con un tiazolidinedione**

Tabella 3 Reazioni avverse riportate in pazienti che hanno ricevuto Galvus 100 mg al giorno in associazione con un tiazolidinedione in studi in doppio cieco (N=158)

Disturbi del metabolismo e della nutrizione	
Comune	Aumento di peso
Non comune	Ipoglicemia
Patologie del sistema nervoso	
Non comune	Mal di testa
Non comune	Astenia
Patologie vascolari	
Comune	Edema periferico

Descrizione di reazioni avverse selezionate Negli studi clinici controllati eseguiti con l'associazione vildagliptin 100 mg al giorno + un tiazolidinedione, sia nel gruppo trattato con vildagliptin 100 mg al giorno + tiazolidinedione sia in quello trattato con placebo + tiazolidinedione, non sono stati riportati ritiri dovuti a reazioni avverse. Negli studi clinici, l'incidenza di ipoglicemia è risultata non comune nei pazienti che hanno ricevuto vildagliptin + pioglitazone (0,6%) mentre è risultata comune nei pazienti che hanno ricevuto placebo + pioglitazone (1,9%). Non sono stati riportati gravi eventi ipoglicemici nei bracci con vildagliptin. Negli studi di associazione aggiuntiva (add-on) con pioglitazone, gli aumenti assoluti di peso con placebo e Galvus 100 mg al giorno sono stati rispettivamente di 1,4 e 2,7 kg. L'incidenza di edema periferico quando vildagliptin 100 mg al giorno è stato aggiunto alla terapia di base con pioglitazone alla dose massima (45 mg una volta al giorno) è stata del 7,0%, rispetto al 2,5% del pioglitazone da solo. **Monoterapia**

Tabella 4 Reazioni avverse riportate in pazienti che hanno ricevuto 100 mg al giorno di Galvus come monoterapia in studi in doppio cieco (N=1.855)

Infezioni e infestazioni	
Molto raro	Infezione delle vie respiratorie superiori
Molto raro	Rinofaringite
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	
Non comune	Ipoglicemia
Patologie del sistema nervoso	
Comune	Capogiri
Non comune	Mal di testa
Patologie vascolari	
Non comune	Edema periferico
Patologie gastrointestinali	
Non comune	Stitichezza
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	
Non comune	Artralgia

Descrizione di reazioni avverse selezionate Inoltre, negli studi clinici controllati eseguiti con vildagliptin somministrato in monoterapia l'incidenza complessiva dei ritiri dovuti a reazioni avverse non è risultata superiore per i pazienti trattati con vildagliptin alla dose di 100 mg al giorno (0,3%) rispetto ai pazienti trattati con placebo (0,6%) o con il farmaco di confronto (0,5%). In studi controllati comparativi in monoterapia, l'ipoglicemia è risultata non comune ed è stata riportata nello 0,4% dei pazienti (7 su 1.855) trattati con vildagliptin alla dose di 100 mg al giorno rispetto allo 0,2% (2 su 1.082) dei pazienti nei gruppi trattati con un confronto attivo o con placebo, senza alcun evento serio o grave segnalato. Negli studi clinici, il peso non è cambiato rispetto al basale quando vildagliptin 100 mg al giorno è stato somministrato in monoterapia (rispettivamente -0,3 kg e -1,3 kg per vildagliptin e placebo). Studi clinici della durata fino a 2 anni non hanno mostrato alcun segnale aggiuntivo di sicurezza o rischi non previsti con vildagliptin in monoterapia. **Esperienza post-marketing**

Tabella 5 Reazioni avverse post-marketing

Patologie gastrointestinali	
Non nota	Pancreatite
Patologie epatobiliari	
Non nota	Epatite (reversibile dopo interruzione del medicinale)
	Test di funzionalità epatica alterati (reversibili dopo interruzione del medicinale)
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	
Non nota	Orticaria
	Lesioni cutanee bollose ed esfoliative

4.9 Sovradosaggio

Le informazioni sul sovradosaggio con vildagliptin sono limitate. **Sintomi** Informazioni sui probabili sintomi di sovradosaggio sono state desunte da uno studio di tollerabilità a dosi incrementali

in soggetti sani, trattati con Galvus per 10 giorni. A 400 mg, ci sono stati tre casi di dolore muscolare e casi individuali di parestesia lieve e transitoria, febbre, edema ed un aumento transitorio dei livelli di lipasi. A 600 mg, un soggetto ha sviluppato edema ai piedi e alle mani e un aumento dei livelli di creatin-fosfochinasi (CPK), aspartato aminotransferasi (AST), proteina C-reattiva (CRP) e mioglobina. Altri tre soggetti hanno sviluppato edema ai piedi, con parestesia in due casi. Tutti i sintomi e le anomalie di laboratorio si sono risolte senza trattamento dopo la sospensione del medicinale in studio. **Trattamento** In caso di sovradosaggio, si raccomanda un trattamento di supporto. Vildagliptin non può essere eliminato con emodialisi. Il principale metabolita derivato dall'idrolisi (LAY 151) può tuttavia essere eliminato con emodialisi.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: Farmaci utilizzati nel diabete, inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4), codice ATC: A10BH02. Vildagliptin appartiene alla classe di farmaci modulatori della funzione delle isole pancreatiche ed è un inibitore potente e selettivo della DPP-4. **Meccanismo d'azione** La somministrazione di vildagliptin determina una inibizione rapida e completa dell'attività della DPP-4, che provoca un aumento dei livelli endogeni a digiuno e postprandiali delle incretine GLP-1 (peptide-1 glucagono-simile) e GIP (polipeptide insulino-tropico glucosio-dipendente). **Effetti farmacodinamici** Aumentando i livelli endogeni delle incretine, vildagliptin aumenta la sensibilità delle cellule beta al glucosio, con un miglioramento della secrezione di insulina glucosio-dipendente. Il trattamento con 50-100 mg al giorno di vildagliptin in pazienti con diabete di tipo 2 ha migliorato significativamente i marker di funzionalità delle cellule beta, incluso HOMA- β (*Homeostasis Model Assessment* β), il rapporto tra proinsulina ed insulina e le misure di responsabilità delle cellule beta nel test di tolleranza ai pasti con campionamenti frequenti. In soggetti non diabetici (glicemia normale), vildagliptin non stimola la secrezione di insulina, né riduce i livelli di glucosio. Aumentando i livelli endogeni di GLP-1, vildagliptin aumenta anche la sensibilità delle cellule alfa al glucosio, determinando una secrezione di glucagone adeguata ai quantitativi di glucosio. L'aumento del rapporto insulina/glucagone nell'iperglicemia causata da un aumento dei livelli dell'incrètinina provoca una riduzione della produzione di glucosio epatico a digiuno e postprandiale, con conseguente riduzione della glicemia. Nel trattamento con vildagliptin non si osserva il noto effetto degli aumentati livelli di GLP-1 che rallentano lo svuotamento gastrico. **Efficacia e sicurezza clinica** Più di 15.000 pazienti con diabete di tipo 2 hanno partecipato a studi clinici in doppio-cieco controllati vs placebo o attivo con una durata di trattamento fino a più di 2 anni. In questi studi, vildagliptin è stato somministrato a più di 9.000 pazienti a dosi giornaliere di 50 mg una volta al giorno, 50 mg due volte al giorno o 100 mg una volta al giorno. Più di 5.000 pazienti maschi e più di 4.000 femmine hanno ricevuto vildagliptin 50 mg una volta al giorno o 100 mg al giorno. Più di 1.900 pazienti che hanno ricevuto vildagliptin 50 mg una volta al giorno o 100 mg al giorno avevano un'età \geq 65 anni. In questi studi, vildagliptin è stato somministrato in monoterapia a pazienti con diabete di tipo 2 mai trattati con farmaci o in associazione a pazienti non adeguatamente controllati con altri medicinali antidiabetici. Complessivamente, vildagliptin ha migliorato il controllo glicemico quando somministrato in monoterapia o quando usato in associazione con metformina, una sulfanilurea e un tiazolidinedione, come risulta dalle riduzioni clinicamente rilevanti dell'HbA_{1c} rispetto al basale all'endpoint dello studio (vedere Tabella 6). Negli studi clinici, l'entità delle riduzioni di HbA_{1c} con vildagliptin è risultata maggiore nei pazienti con valori basali di HbA_{1c} più elevati. In uno studio controllato in doppio-cieco a 52 settimane, vildagliptin (50 mg due volte al giorno) ha ridotto l'HbA_{1c} basale del -1% in confronto al -1,6% ottenuto con metformina (titolata a 2 g/die). Non è stata ottenuta una non-inferiorità statistica. I pazienti trattati con vildagliptin hanno riportato incidenze significativamente minori di reazioni avverse gastrointestinali rispetto a quelli trattati con metformina. In uno studio controllato in doppio-cieco di 24 settimane, vildagliptin (50 mg due volte al giorno) è stato confrontato verso rosiglitazone (8 mg una volta al giorno). In pazienti con HbA_{1c} basale media di 8,7% le riduzioni medie sono state -1,20% con vildagliptin e -1,48% con rosiglitazone. I pazienti che hanno ricevuto rosiglitazone hanno manifestato un aumento medio di peso (+1,6 kg), mentre quelli che hanno ricevuto vildagliptin non hanno manifestato incremento di peso (-0,3 kg). L'incidenza di edema periferico è risultata più bassa nel gruppo trattato con vildagliptin rispetto al gruppo trattato con rosiglitazone (2,1% verso 4,1%, rispettivamente). In uno studio clinico della durata di 2 anni, vildagliptin (50 mg due volte al giorno) è stato confrontato verso glicazide (fino a 320 mg/die). Dopo due anni la riduzione media di HbA_{1c} è stata -0,5% per vildagliptin e -0,6% per glicazide rispetto a un valore basale medio di HbA_{1c} di 8,6%. Non è stata raggiunta la non inferiorità statistica. Vildagliptin è stato associato a meno eventi ipoglicemici (0,7%) rispetto a glicazide (1,7%). In uno studio clinico di 24 settimane, vildagliptin (50 mg due volte al giorno) è stato confrontato verso pioglitazone (30 mg una volta al giorno) in pazienti non adeguatamente controllati con metformina (dose media giornaliera: 2020 mg). Rispetto all'HbA_{1c} basale di 8,4%, le riduzioni medie sono state -0,9% con vildagliptin in associazione con metformina e -1,0% con pioglitazone in associazione con metformina. Nei pazienti che ricevevano pioglitazone in associazione con metformina è stato osservato un incremento medio di peso di +1,9 kg rispetto a +0,3 kg osservato in quelli che ricevevano vildagliptin in associazione con metformina. In uno studio clinico della durata di 2 anni, vildagliptin (50 mg due volte al giorno) è stato confrontato verso glimepiride (fino a 6 mg/die - dose media a 2 anni: 4,6 mg) in pazienti trattati con metformina (dose media giornaliera: 1894 mg). Dopo 1 anno le riduzioni medie di HbA_{1c} sono state -0,4% con vildagliptin in associazione con metformina e -0,5% con glimepiride in associazione con metformina, rispetto a un valore basale medio di HbA_{1c} di 7,3%. La modifica di peso corporeo è stata -0,2 kg con vildagliptin rispetto a +1,6 kg con glimepiride. L'incidenza di ipoglicemia è stata significativamente inferiore nel gruppo vildagliptin (1,7%) rispetto al gruppo glimepiride (16,2%). All'endpoint dello studio (2 anni), in entrambi i gruppi di trattamento l'HbA_{1c} è risultata simile ai valori basali e sono state mantenute le modifiche di peso corporeo e le differenze di ipoglicemia. In uno studio della durata di 52 settimane, vildagliptin (50 mg due volte al giorno) è stato confrontato verso glicazide (dose media giornaliera: 229,5 mg) in pazienti non adeguatamente controllati con metformina (dose basale di metformina 1928 mg/die). Dopo 1 anno le riduzioni medie di HbA_{1c} sono state -0,81% con vildagliptin in associazione con metformina (HbA_{1c} basale medio 8,4%) e -0,85% con glicazide in associazione con metformina (HbA_{1c} basale medio 8,5%); è stata raggiunta la non inferiorità statistica (95% IC: -0,11 - 0,20). La modifica di peso corporeo è stata pari a +0,1 kg con vildagliptin rispetto ad un aumento di peso di +1,4 kg con glicazide. In uno studio della durata di 24 settimane è stata valutata l'efficacia della combinazione fissa di vildagliptin e metformina (titolata gradualmente ad una dose di 50 mg/500 mg due volte al giorno o 50 mg/1000 mg due volte al giorno) come terapia iniziale in pazienti non precedentemente trattati (de-novo). L'HbA_{1c} è stata ridotta del -1,82% con vildagliptin/metformina 50 mg/1000 mg due volte al giorno, del -1,61% con vildagliptin/metformina 50 mg/500 mg due volte al giorno, del -1,36% con metformina 1000 mg due volte al giorno e del -1,09% con vildagliptin 50 mg due volte al giorno partendo da un valore di HbA_{1c} medio al basale di 8,6%. La riduzione di HbA_{1c}

osservata nei pazienti con un basale $\geq 10,0\%$ è stata più importante. È stato condotto uno studio controllato verso placebo, in doppio cieco, randomizzato, multicentrico della durata di 24 settimane per valutare l'effetto del trattamento di vildagliptin 50 mg una volta al giorno rispetto al placebo in 515 pazienti con diabete di tipo 2 e compromissione renale di grado moderato (N=294) o di grado severo (N=221). Rispettivamente il 68,8% e l'80,5% dei pazienti con compromissione renale di grado moderato e severo erano stati trattati con insulina (dose media giornaliera di 56 unità e di 51,6 unità rispettivamente) al basale. In pazienti con compromissione renale di grado moderato, vildagliptin ha diminuito significativamente l'HbA_{1c} rispetto al placebo (differenza di -0,53%) partendo da un basale medio del 7,9%. In pazienti con compromissione renale di grado severo, vildagliptin ha diminuito significativamente l'HbA_{1c} rispetto al placebo (differenza di -0,56%) partendo da un basale medio del 7,7%.

Tabella 6 Principali risultati di efficacia di vildagliptin in studi controllati verso placebo in monoterapia e in studi in terapia di associazione aggiuntiva (add-on) (efficacia primaria nella popolazione ITT - intention to treat)

Studi controllati verso placebo in monoterapia	Valore medio dell'HbA _{1c} basale (%)	Variatione media dell'HbA _{1c} (%) dal basale alla settimana 24	Variatione media dell'HbA _{1c} (%) alla settimana 24 corretta rispetto a placebo (95%IC)
Studio 2301: Vildagliptin 50 mg due volte al giorno (N=90)	8,6	-0,8	-0,5* (-0,8, -0,1)
Studio 2384: Vildagliptin 50 mg due volte al giorno (N=79)	8,4	-0,7	-0,7* (-1,1, -0,4)
* p < 0,05 per il confronto verso placebo			
Studi di associazione / Add-on			
Vildagliptin 50 mg due volte al giorno + metformina (N=143)	8,4	-0,9	-1,1* (-1,4, -0,8)
Vildagliptin 50 mg al giorno + glimepiride (N=132)	8,5	-0,6	-0,6* (-0,9, -0,4)
Vildagliptin 50 mg due volte al giorno + pioglitazone (N=136)	8,7	-1,0	-0,7* (-0,9, -0,4)
* p < 0,05 per il confronto verso placebo + farmaco di confronto			

Popolazione pediatrica L'Agenzia Europea dei Medicinali ha previsto l'esonero dall'obbligo di presentare i risultati degli studi con vildagliptin in tutti i sottogruppi della popolazione pediatrica con diabete mellito di tipo 2 (vedere paragrafo 4.2 per informazioni sull'uso pediatrico).

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Absorbimento In seguito a somministrazione orale a digiuno, vildagliptin viene assorbito rapidamente, con concentrazioni plasmatiche di picco che si osservano a 1,7 ore. Il cibo ritarda lievemente (2,5 ore) il tempo necessario per raggiungere la concentrazione plasmatica di picco, ma non altera l'esposizione complessiva (AUC). In seguito a somministrazione endovenosa, il volume medio di distribuzione di vildagliptin allo steady state (V_{ss}) è di 71 litri, suggerendo una distribuzione extravascolare. **Biotrasformazione** Nell'uomo, il metabolismo è la principale via di eliminazione per vildagliptin e ammonta al 69% della dose. Il principale metabolita (LAY 151) è farmacologicamente inattivo ed è il prodotto di idrolisi del gruppo ciano ed ammonta al 57% della dose, seguito dal glucuronide (BQS867) e dai prodotti di idrolisi dell'amide (4% della dose). I dati *in vitro* su microsomi renali umani suggeriscono che il rene potrebbe essere uno degli organi che contribuisce maggiormente all'idrolisi del vildagliptin al suo principale metabolita inattivo, il LAY 151. La DPP-4 contribuisce parzialmente all'idrolisi di vildagliptin in base ad uno studio *in vivo* condotto usando ratti privi di DPP-4. Vildagliptin non viene metabolizzato in misura quantificabile dagli enzimi del CYP 450. Di conseguenza, non si prevede che la clearance metabolica di vildagliptin sia influenzata dalla somministrazione contemporanea di medicinali inibitori e/o induttori del CYP 450. Studi *in vitro* hanno dimostrato che vildagliptin non inibisce/induce gli enzimi del CYP 450. Non è pertanto probabile che vildagliptin influenzi la clearance metabolica di medicinali metabolizzati da CYP 1A2, CYP 2C8, CYP 2C9, CYP 2C19, CYP 2D6, CYP 2E1 o CYP 3A4/5, se somministrati contemporaneamente. **Eliminazione** Dopo somministrazione orale di [¹⁴C] vildagliptin, circa l'85% della dose è escreta nell'urina ed il 15% della dose si ritrova nelle feci. Dopo somministrazione per via orale, l'escrezione renale di vildagliptin immodificato ammonta al 23% della dose. In soggetti sani, dopo somministrazione endovenosa, le clearance totali plasmatica e renale di vildagliptin sono rispettivamente di 41 e 13 l/ora. Dopo somministrazione per via endovenosa, l'emivita media di eliminazione è di circa 2 ore. Dopo somministrazione per via orale, l'emivita di eliminazione è di circa 3 ore. **Linearità/Non linearità** Nell'ambito delle dosi terapeutiche, la C_{max} e l'area sotto la curva di concentrazione plasmatica nel tempo (AUC) di vildagliptin aumentano in modo pressoché proporzionale alla dose. **Gruppi specifici di pazienti Sesso** Non sono state osservate differenze clinicamente rilevanti nella farmacocinetica di vildagliptin tra soggetti sani di sesso maschile e femminile entro un'ampia gamma di età e di indice di massa corporea (BMI). L'inibizione della DPP-4 ad opera di vildagliptin non è influenzata dal sesso. **Anziani** In soggetti sani anziani (≥ 70 anni), l'esposizione complessiva di vildagliptin (100 mg una volta al giorno) è aumentata del 32%, con un aumento del 18% della concentrazione di picco plasmatica, in confronto ai soggetti sani giovani (18-40 anni). Queste variazioni non sono comunque considerate clinicamente rilevanti. L'inibizione della DPP-4 ad opera di vildagliptin non è influenzata dall'età. **Compromissione della funzionalità epatica** L'effetto dell'insufficienza epatica sulla farmacocinetica di vildagliptin è stato studiato in pazienti con compromissione della funzionalità epatica lieve, moderata e grave, in base al punteggio di Child-Pugh (nell'intervallo da 6 per lieve a 12 per grave), in confronto a soggetti sani. In pazienti con insufficienza epatica lieve e moderata, l'esposizione a vildagliptin dopo una dose singola è diminuita (rispettivamente del 20% e 8%), mentre per i pazienti con insufficienza epatica grave, l'esposizione a vildagliptin è aumentata del 22%. La massima variazione (riduzione o aumento) dell'esposizione a vildagliptin è ~30%, valore che non è considerato clinicamente rilevante. Non c'è stata correlazione tra la gravità della malattia epatica e le variazioni dell'esposizione a vildagliptin. **Compromissione della funzionalità renale** Uno studio in aperto, a dose multipla è stato condotto per valutare la farmacocinetica della dose terapeutica minore di vildagliptin (50 mg una volta al giorno) in pazienti con vari gradi di compromissione renale cronica definita dalla clearance della creatinina (lieve: 50 a < 80 ml/min, moderata: 30 a < 50 ml/min e severa:

< 30 ml/min) rispetto a normali soggetti sani di controllo. Rispetto a normali soggetti sani, in pazienti con compromissione renale di grado lieve, moderato e severo, l'AUC di vildagliptin è aumentata in media rispettivamente di 1,4, 1,7 e 2 volte. In pazienti con compromissione renale di grado lieve, moderato e severo, l'AUC dei metaboliti LAY151 e BQS867 è aumentata in media rispettivamente di circa 1,5, 3 e 7 volte. Dati limitati di pazienti con malattia renale allo stadio terminale (ESRD) indicano che l'esposizione a vildagliptin è simile a quella in pazienti con compromissione renale di grado severo. Le concentrazioni di LAY151 sono state approssimativamente 2-3 volte più elevate che nei pazienti con compromissione renale di grado severo. Vildagliptin è stato rimosso attraverso l'emodialisi in misura limitata (3% nel corso di una seduta di emodialisi di 3-4 ore iniziata 4 ore dopo l'assunzione della dose). **Gruppi etnici** Dati limitati suggeriscono che la razza non abbia un'influenza importante sulla farmacocinetica di vildagliptin.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Nei cani sono stati osservati ritardi nella conduzione dell'impulso intra-cardiaco con una dose senza effetto di 15 mg/kg (7 volte l'esposizione nell'uomo in base alla C_{max}). Nei ratti e nei topi è stato osservato un accumulo di macrofagi alveolari schiumosi nei polmoni. La dose senza effetto è stata 25 mg/kg (5 volte l'esposizione nell'uomo in base alla AUC) nei ratti e di 750 mg/kg (142 volte l'esposizione nell'uomo) nei topi. Nei cani sono stati osservati sintomi gastrointestinali, in particolare feci molli, feci mucoidi, diarrea e, a dosi più alte, sangue nelle feci. Non è stato stabilito un livello senza effetto. Negli studi convenzionali di genotossicità *in vitro* e *in vivo* vildagliptin non si è rivelato mutageno. Nei ratti, uno studio di fertilità e sviluppo embrionale iniziale non ha evidenziato che vildagliptin provochi una compromissione della fertilità, delle capacità riproduttive o dello sviluppo embrionale iniziale. La tossicità embrio-fetale è stata valutata nei ratti e nei conigli. Nei ratti, è stato osservato un aumento dell'incidenza di costole fluttuanti in associazione ad una riduzione dei parametri materni di peso corporeo, con una dose senza effetto di 75 mg/kg (10 volte l'esposizione nell'uomo). Nei conigli, una riduzione del peso fetale e variazioni scheletriche, indicative di un ritardo nello sviluppo, sono state osservate solo in presenza di grave tossicità materna, con una dose senza effetto di 50 mg/kg (9 volte l'esposizione nell'uomo). Uno studio sullo sviluppo pre- e postnatale è stato eseguito su ratti. Sono stati osservati effetti solo in associazione a tossicità materna con ≥ 150 mg/kg e comprendenti una transitoria riduzione di peso corporeo ed una ridotta attività motoria nella generazione F1. È stato eseguito uno studio di carcinogenesi nei ratti della durata di due anni con dosi orali fino a 900 mg/kg (circa 200 volte l'esposizione nell'uomo alla dose massima raccomandata). Non è stato osservato alcun aumento nell'incidenza di tumori attribuibile a vildagliptin. Un altro studio di carcinogenesi a 2 anni è stato condotto in topi con dosi orali fino a 1.000 mg/kg. È stato osservato un aumento dell'incidenza di adenocarcinomi mammari e emangiosarcomi, con una dose senza effetto rispettivamente di 500 mg/kg (59 volte l'esposizione nell'uomo) e 100 mg/kg (16 volte l'esposizione nell'uomo). L'aumento dell'incidenza di questi tumori nei topi non è stato considerato come rappresentativo di un significativo rischio per l'uomo in base alla mancanza di genotossicità di vildagliptin e del suo principale metabolita, allo sviluppo di tumori in una sola specie e all'elevato rapporto di esposizione sistemica alla quale sono stati osservati i tumori. In uno studio di tossicologia di 13 settimane nelle scimmie *cynomolgus* sono state riportate lesioni cutanee a dosi ≥ 5 mg/kg/die. Le lesioni erano costantemente localizzate alle estremità (mani, piedi, orecchie e coda). Alla dose di 5 mg/kg/die (approssimativamente equivalente all'AUC nell'uomo dopo esposizione alla dose di 100 mg) sono state osservate solo vescicole. Queste sono regredite pur continuando il trattamento e non sono state associate ad anomalie istopatologiche. A dosi ≥ 20 mg/kg/die (circa 3 volte l'AUC nell'uomo dopo esposizione alla dose di 100 mg) sono state notate desquamazioni e sbucciature della pelle, croste e piaghe alla coda, con variazioni istopatologiche correlate. A dosi ≥ 80 mg/kg/die sono state osservate lesioni necrotiche della coda. Nel corso di un periodo di recupero di 4 settimane, le lesioni cutanee non sono regredite nelle scimmie trattate con 160 mg/kg/die.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Lattosio anidro, Cellulosa microcristallina, Sodio amido glicolato (tipo A), Magnesio stearato.

6.2 Incompatibilità

Non pertinente.

6.3 Periodo di validità

3 anni

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dall'umidità.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Blister di alluminio/alluminio (PA/Al/PVC/Al). Disponibile in confezioni contenenti 7, 14, 28, 30, 56, 60, 90, 112, 180 o 336 compresse e in confezioni multiple contenenti 336 (3 scatole da 112) compresse. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento

Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Novartis Europharm Limited, Wimbleshurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Regno Unito.

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

EU/1/07/414/001-010, EU/1/07/414/018.

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data della prima autorizzazione: 26 settembre 2007. Data del rinnovo più recente: 23 luglio 2012.

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

23.07.2012

Informazioni più dettagliate su questo medicinale sono disponibili sul sito web della Agenzia Europea dei Medicinali: <http://www.ema.europa.eu>

CLASSE A

Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (diabetologo) (RRL). Prescrizione soggetta a diagnosi e piano terapeutico (PT)-PHT. Prezzo ex factory GALVUS® 50 mg 56 compresse € 37,77 (Prezzo al pubblico € 62,34) al netto degli sconti di legge vigenti. L'indicazione relativa alla monoterapia approvata con decisione EMA del 30/01/2012 non è al momento rimborsata.

 **NOVARTIS**

Novartis Farma SpA

Largo Umberto Boccioni, 1 - 21040 Origgio (VA) - Tel. 02 9654.1 - Fax 02 96542910 - www.novartis.it

DESTEZIL®

Donepezil cloridrato

Riassunto delle caratteristiche di prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Destezil® 5 mg compresse rivestite con film. Destezil® 10 mg compresse rivestite con film.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Destezil® 5 mg compresse rivestite: una compressa rivestita contiene 5 mg di donepezil cloridrato pari a 4,56 mg di donepezil. **Destezil® 10 mg compresse rivestite:** una compressa rivestita contiene 10 mg di donepezil cloridrato pari a 9,12 mg di donepezil. **Eccipienti:** **Destezil® 5 mg compresse rivestite:** una compressa rivestita contiene 71,7 mg di lattosio. **Destezil® 10 mg compresse rivestite:** una compressa rivestita contiene 143,5 mg di lattosio. Per l'elenco completo degli eccipienti vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Compresse rivestite. **Destezil® 5 mg compresse rivestite:** Compresse rivestite con film bianche biconvesse, senza nessuna incisione e con i bordi smussati. **Destezil® 10 mg compresse rivestite:** Compresse rivestite con film gialle biconvesse, senza nessuna incisione e con i bordi smussati.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche. Destezil® è indicato per il trattamento sintomatico della demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato. **4.2 Posologia e modo di somministrazione. Adulti:** Il trattamento con Destezil® deve iniziare alla dose di 5 mg/die (monosomministrazione giornaliera). Destezil® deve essere assunto per via orale la sera, prima di coricarsi. La dose di 5 mg/die dovrà essere mantenuta per almeno un mese per valutare le prime risposte cliniche al trattamento e consentire il raggiungimento delle concentrazioni allo stato stazionario di donepezil. Dopo la valutazione clinica del trattamento, somministrato per un mese alla dose di 5 mg/die, la dose di Destezil® potrà essere portata a 10 mg/die (monosomministrazione giornaliera). Per dosi non realizzabili con questa forma farmaceutica, sono disponibili altre forme farmaceutiche di questo medicinale. La massima dose giornaliera raccomandata è 10 mg/die. Dosi superiori a 10 mg/die non sono state ancora sperimentate nel corso di studi clinici. Il trattamento con Destezil® deve essere avviato e controllato da un medico esperto nella diagnosi e trattamento della demenza di Alzheimer. La diagnosi deve essere effettuata in conformità alle linee guida accettate (es. DSM IV, ICD 10). La terapia con il donepezil cloridrato può essere iniziata solo se una persona si rende disponibile ad assistere il paziente e a controllare regolarmente l'assunzione del farmaco. La terapia di mantenimento può proseguire fino a quando esiste un beneficio terapeutico per il paziente. Pertanto, il beneficio clinico di donepezil cloridrato deve essere regolarmente rivalutato. Quando l'effetto terapeutico non è più evidente, deve essere presa in considerazione la possibilità di interrompere il trattamento. La risposta individuale al trattamento con donepezil cloridrato non può essere prevista. Dopo l'interruzione del trattamento, è stata evidenziata una riduzione graduale degli effetti benefici del donepezil. **Compromissione renale ed epatica:** Il medesimo schema posologico può essere applicato ai pazienti con compromissione renale perché la clearance del donepezil cloridrato non è modificata da queste condizioni. A causa di un possibile aumento dell'esposizione al principio attivo nei pazienti con lieve o moderata compromissione epatica (vedere paragrafo 5.2), l'aumento della dose deve essere fatto in base alla tollerabilità individuale. Non ci sono dati relativi a pazienti con grave compromissione epatica. **Bambini e adolescenti:** La somministrazione di donepezil cloridrato non è raccomandata in bambini e adolescenti. **4.3 Controindicazioni.** Destezil® è controindicato nei pazienti con ipersensibilità accertata verso il donepezil cloridrato, i derivati della piperidina oppure gli eccipienti contenuti nella formulazione. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** L'uso di donepezil cloridrato non è stato valutato nei pazienti affetti da grave demenza di Alzheimer, da altre forme di demenza o di compromissione della memoria (per es. deterioramento della funzione cognitiva correlato all'età). **Anestesia:** Il donepezil cloridrato, inibitore della colinesterasi, può determinare nei pazienti sotto anestesia un aumento del rilassamento muscolare simile a quello determinato dalla succinilcolina. **Disturbi cardiovascolari:** A causa della loro azione farmacologica, gli inibitori della colinesterasi possono avere effetti vagotonici sulla frequenza cardiaca (ad es. bradicardia). L'effetto di questo meccanismo può essere particolarmente rilevante nei pazienti con "sindrome del seno malato" o con altri disturbi della conduzione cardiaca sopraventricolare, come blocco atrioventricolare o senoatriale. Sono stati segnalati casi di sincopi e convulsioni. Quando questi pazienti vengono esaminati deve essere presa in considerazione l'eventualità di un blocco cardiaco o di pause sinusali prolungate. **Disturbi gastrointestinali.** I pazienti che sono maggiormente a rischio per lo sviluppo di ulcera, per esempio quelli con anamnesi di ulcera o quelli in terapia concomitante con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), devono essere monitorati per l'insorgenza di eventuali sintomi. Tuttavia, gli studi clinici condotti con donepezil cloridrato non hanno evidenziato, rispetto al placebo, un aumento di incidenza degli episodi di ulcera peptica o di sanguinamento gastroenteriale. **Disturbi genitourinari:** I farmaci colinomicetici possono causare ostruzione del flusso urinario, sebbene non sia stata osservata nel corso degli studi clinici condotti con donepezil cloridrato. **Disturbi neurologici: Convulsioni:** i farmaci colinomicetici possono causare convulsioni generalizzate. Tuttavia, i disturbi convulsivi possono essere una manifestazione della Malattia di Alzheimer. I farmaci colinomicetici possono avere il potenziale di esacerbare o indurre sintomi extrapiramidali. **Sindrome Neurolettica Maligna (NMS):** - La sindrome neurolettica maligna (NMS) è una condizione potenzialmente pericolosa per la vita ed è caratterizzata da ipertermia, rigidità muscolare, instabilità autonoma, alterazione della coscienza e livelli elevati di creatinfosfochinasi nel siero. - Ulteriori segni possono includere mioglobinuria (rhabdomiolisi) ed insufficienza renale acuta; - La NMS è stata riscontrata molto raramente in associazione con donepezil, in particolare nei pazienti che assumono contemporaneamente medicinali antipsicotici; - Se un paziente sviluppa segni e sintomi indicativi di una sindrome neurolettica maligna o presenta una febbre elevata inspiegabile senza ulteriori manifestazioni cliniche della NMS, il trattamento deve essere interrotto; **Disturbi polmonari:** A causa della loro azione colinomicetica, gli inibitori della colinesterasi dovrebbero essere prescritti con cautela ai pazienti con anamnesi di asma o di broncopneumopatia ostruttiva. Deve essere evitata la somministrazione concomitante di donepezil cloridrato con altri inibitori della colinesterasi, agonisti o antagonisti del sistema colinergico. **Compromissione epatica grave:** Non ci sono dati sull'utilizzo di donepezil cloridrato in pazienti con compromissione epatica grave. **Lattosio.** Questo medicinale contiene lattosio. I pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficit di lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio, non devono assumere questo medicinale. **Mortalità in studi clinici sulla demenza vascolare.** Sono stati condotti tre studi clinici della durata di 6 mesi su pazienti rispondenti ai criteri NINDS-AIREN per probabile o possibile demenza di origine vascolare (VaD). I

criteri NINDS-AIREN sono stati studiati per identificare i pazienti la cui demenza sembra essere dovuta esclusivamente a cause vascolari e per escludere i pazienti con malattia di Alzheimer. Nel primo studio, i tassi di mortalità sono stati 2/198 (1,0%) dei pazienti trattati con donepezil cloridrato 5 mg, 5/206 (2,4%) dei pazienti trattati con donepezil cloridrato 10 mg e 7/199 (3,5%) dei pazienti trattati con placebo. Nel secondo studio, i tassi di mortalità sono stati 4/208 (1,9%) dei pazienti trattati con donepezil cloridrato 5 mg, 3/2015 (1,4%) dei pazienti trattati con donepezil cloridrato 10 mg e 1/193 (0,5%) dei pazienti trattati con placebo. Nel terzo studio, i tassi di mortalità sono stati 11/648 (1,7%) dei pazienti trattati con donepezil cloridrato 5 mg e 0/326 (0%) dei pazienti trattati con placebo. Il tasso di mortalità totale per i tre studi sulla demenza vascolare è stato numericamente superiore (1,7%) nel gruppo trattato con donepezil cloridrato rispetto al gruppo placebo (1,1%), tuttavia, questa differenza non è risultata statisticamente significativa. La maggioranza dei decessi riscontrata nei pazienti trattati o con donepezil cloridrato oppure con placebo sembra essere correlata a diverse cause di origine vascolare, che possono essere previste in questa popolazione di pazienti anziani con patologia vascolare di base. Un'analisi di tutti i gravi eventi non fatali di origine vascolare non ha mostrato alcuna differenza nella frequenza nel gruppo trattato con donepezil cloridrato rispetto al placebo. Nell'insieme degli studi sulla malattia di Alzheimer (n = 4146), e quando i risultati di questi studi sulla malattia di Alzheimer sono stati combinati ad altri studi sulla demenza, compresi gli studi sulla demenza vascolare (totale n = 6.888), il tasso di mortalità nei gruppi trattati con placebo risulta numericamente superiore a quello riscontrato nei gruppi trattati con donepezil cloridrato. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione.** Il donepezil cloridrato e/o i suoi metaboliti non inibiscono nell'uomo il metabolismo di teofillina, warfarin, cimetidina o digossina. Il metabolismo del donepezil cloridrato non viene modificato dalla somministrazione concomitante di digossina o cimetidina. Gli studi in vitro hanno dimostrato che l'isoenzima 3A4 del citocromo P450, e in minore misura il 2D6, sono coinvolti nel metabolismo del donepezil cloridrato. Gli studi di interazione farmacologica condotti in vitro hanno evidenziato che il ketoconazolo e la chinidina, rispettivamente inibitori del CYP3A4 e del 2D6, inibiscono il metabolismo del donepezil cloridrato. Pertanto, questi e altri inibitori del CYP3A4, come l'itraconazolo e l'eritromicina, e gli inibitori del CYP2D6, come la fluoxetina, possono inibire il metabolismo del donepezil cloridrato. In uno studio condotto su volontari sani, il ketoconazolo ha determinato un aumento delle concentrazioni medie di donepezil cloridrato di circa il 30%. Gli induttori enzimatici come la rifampicina, la fenitoina, la carbamazepina e l'alcol, possono ridurre i livelli di donepezil cloridrato. Poiché non si conosce l'entità di un effetto inibitorio o induttivo, la somministrazione delle suddette associazioni farmacologiche deve essere effettuata con cura. Il donepezil cloridrato può interferire con i farmaci dotati di attività anticolinergica. È inoltre possibile un'attività sinergica con il trattamento concomitante a base di farmaci come la succinilcolina, altri bloccanti neuromuscolari o colinomicetici o con i beta-bloccanti che hanno effetti sulla conduzione cardiaca. **4.6 Gravidanza e allattamento. Gravidanza:** Non ci sono dati sull'uso di donepezil cloridrato in donne gravide. Studi su animali non hanno evidenziato segni di un potenziale teratogeno, ma è stata osservata una tossicità peri e post natale (vedere paragrafo 5.3). Non è noto il potenziale rischio nell'uomo. Il donepezil cloridrato non deve essere utilizzato durante la gravidanza se non strettamente necessario. **Allattamento:** Il donepezil cloridrato è escreto nel latte materno nei ratti. Non è noto se il donepezil cloridrato venga escreto nel latte materno umano e non sono stati condotti studi clinici sulle donne che allattano. Pertanto, il donepezil cloridrato non deve essere utilizzato durante l'allattamento al seno. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Destezil® ha una minima o moderata influenza sulla capacità di guidare e usare macchinari. La demenza può portare a limitazioni o compromettere la capacità di guidare o di usare macchinari. Inoltre, il donepezil può causare affaticamento, capogiri e crampi muscolari, soprattutto nella fase iniziale del trattamento o quando viene aumentata la dose. Il medico deve valutare costantemente la capacità dei pazienti in trattamento con donepezil cloridrato di continuare a guidare o usare macchinari complessi. **4.8 Effetti indesiderati.** Gli eventi avversi più comuni sono diarrea, crampi muscolari, affaticamento, nausea, vomito e insonnia. Le reazioni avverse segnalate come più di un caso isolato sono elencate di seguito, classificate per sistemi e organi e per frequenza. La frequenza è definita come: molto comune (≥1/10), comune (≥1/100, <1/10), non comune (≥1/1000, <1/100), rara (≥1/10.000, <1/1000); molto rara (<1/10.000) e non nota (non può essere stimata in base ai dati disponibili).

Classe sistemica di organo	Molto comune	Comune	Non comune	Rara
Infezioni e infestazioni		Raffreddore		
Disturbi del metabolismo e della nutrizione		Anoressia		
Disturbi psichiatrici		Allucinazioni** Agitazione** Comportamento aggressivo**		
Patologie del sistema nervoso		Sincope* Capogiri Insonnia	Crisi convulsive*	Sintomi extrapiramidali Sindrome Neurolettica Maligna (NMS)
Patologie cardiache			Bradicardia	Blocco senoatriale Blocco atrioventricolare
Patologie gastrointestinali	Diarrea Nausea	Vomito Disturbi addominali	Emorragia gastroenteriale Ulcere gastriche e duodenali	

Patologie epatobiliari	Disfunzioni epatiche inclusa epatite***	
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Eruzione cutanea Prurito	
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Crampi muscolari	
Patologie renali e delle vie urinarie	Incontinenza urinaria	
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	Mal di testa	Affaticamento Dolore
Esami diagnostici	Minimo aumento nella concentrazione sierica della creatininchinasi muscolare	
Traumatismo e avvelenamento	Incidenti	

* Nell'esame di pazienti con sincope o crisi convulsive deve essere presa in considerazione l'eventualità di un blocco cardiaco o di pause sinusali prolungate (vedere sezione 4.4)

** Gli eventi di allucinazioni, agitazione e comportamento aggressivo si sono risolti con la riduzione della dose o con l'interruzione del trattamento.

*** Nei casi di disfunzione epatica ad eziologia sconosciuta, deve essere presa in considerazione la sospensione del trattamento con donepezil cloridrato.

4.9 Sovradosaggio. La dose letale media stimata di donepezil cloridrato dopo somministrazione di una dose singola per via orale nei topi e nei ratti è 45 e 32 mg/kg, rispettivamente, o approssimativamente 225 e 160 volte la dose massima raccomandata nell'uomo di 10 mg al giorno. Segni di stimolazione colinergica dose-correlata sono stati osservati negli animali e includevano riduzione del movimento spontaneo, posizione prona, andatura barcollante, lacrimazione, convulsioni cloniche, depressione respiratoria, salivazione, miosi, fascicolazione e abbassamento della temperatura corporea. Il sovradosaggio con gli inibitori della colinesterasi può causare crisi colinergiche caratterizzate da nausea grave, vomito, salivazione, sudorazione, bradicardia, ipotensione, depressione respiratoria, collasso e convulsioni. Esiste la possibilità di un aumento della debolezza muscolare che, in presenza di un coinvolgimento della muscolatura respiratoria, può portare al decesso del paziente. Come per tutti i casi di sovradosaggio, è necessario avvalersi di misure generali di supporto. Gli anticolinergici terziari, come l'atropina, possono essere utilizzati quale antidoto in caso di sovradosaggio di donepezil cloridrato. Viene raccomandata la somministrazione di atropina solfato per via endovenosa alla dose necessaria per ottenere l'effetto desiderato: una dose iniziale da 1,0 a 2,0 mg E.V. con un aggiustamento delle dosi successive in base alla risposta clinica. Alterazioni delle risposte pressorie e della frequenza cardiaca si sono verificate con altri colinolitici somministrati contemporaneamente agli anticolinergici quaternari come il glicopirrolato. Non è noto se il donepezil e/o i suoi metaboliti vengano eliminati per mezzo della dialisi (emodialisi, dialisi peritoneale, o emofiltrazione).

5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: farmaci antidemenza; anticolinestrasici. Codice ATC: N06DA02. Il donepezil cloridrato è un inibitore specifico e reversibile dell'acetilcolinesterasi, la colinesterasi maggiormente presente nel cervello. Il donepezil cloridrato inibisce questo enzima con una potenza in vitro pari a 1000 volte quella della butirrilcolinesterasi, un enzima principalmente presente al di fuori del sistema nervoso centrale. **Demenza di Alzheimer.** Nei pazienti affetti da demenza di Alzheimer che hanno preso parte agli studi clinici, la somministrazione di dosi singole di donepezil cloridrato da 5 mg o 10 mg ha determinato un'inibizione dell'attività dell'acetilcolinesterasi allo stato stazionario (misurata nelle membrane degli eritrociti) uguale al 63,6% e al 77,3% rispettivamente, quando rilevate dopo la somministrazione del farmaco. È stato osservato che l'inibizione dell'acetilcolinesterasi (AChE) negli eritrociti in seguito all'impiego del donepezil cloridrato è correlata alle variazioni registrate dalla scala ADAS-Cog, una scala sensibile utilizzata per valutare specifici aspetti della funzione cognitiva. La capacità di donepezil cloridrato di alterare il decorso della patologia neurologica di base non è stata studiata. Pertanto, non è possibile affermare che donepezil cloridrato possa in alcun modo modificare l'evoluzione della malattia. L'efficacia del trattamento con donepezil cloridrato è stata valutata in quattro studi controllati vs placebo, due studi della durata di 6 mesi e 2 studi della durata di 1 anno. Nello studio della durata di 6 mesi, è stata effettuata un'analisi basata su una combinazione di 3 criteri di efficacia: ADAS-Cog (scala per la misurazione della performance cognitiva), Clinician Interview Based Impression of Change with Caregiver Input (scala per la misurazione delle funzioni globali) e Activities of Daily Living Subscale della Clinical Dementia Rating Scale (scala per la misurazione dei rapporti interpersonali e sociali, delle attività domestiche, degli hobby e della cura personale). Sono stati definiti pazienti che hanno risposto al trattamento, tutti coloro che sono rientrati nei criteri qui di seguito elencati:

- risposta = miglioramento alla ADAS-Cog di almeno 4 punti
- nessun deterioramento alla CIBIC
- nessun deterioramento alla Activities of Daily Living Subscale della Clinical Dementia Rating Scale

% Risposta	Popolazione "intent to treat" n=365	Popolazione valutabile n=352
Gruppo Placebo	10%	10%
Gruppo Donepezil 5-mg	18%*	18%*
Gruppo Donepezil 10-mg	21%*	22%**

* p<0.05; ** p<0.01

Il donepezil cloridrato ha prodotto un aumento statisticamente significativo e dose-dipendente della percentuale di pazienti che sono stati giudicati responder al trattamento. **5.2 Proprietà farmacocinetiche. Assorbimento:** i massimi livelli plasmatici di donepezil cloridrato vengono raggiunti circa 3-4 ore dopo la somministrazione orale. Le concentrazioni plasmatiche e l'area sotto la curva aumentano proporzionalmente alla dose. L'emivita di eliminazione terminale è di circa 70 ore e pertanto la somministrazione multipla di singole dosi giornaliere consente un raggiungimento graduale dello stato stazionario. Una concentrazione quasi sovrapponibile alla concentrazione allo stato stazionario viene raggiunta entro 3 settimane dall'inizio della terapia. Una volta raggiunto lo stato stazionario, le concentrazioni plasmatiche del donepezil cloridrato e l'attività farmacologica ad esse correlata presentano una variazione minima nell'arco della giornata. L'assunzione di cibo non altera l'assorbimento di donepezil cloridrato. **Distribuzione:** il donepezil cloridrato è per il 95% legato alle proteine plasmatiche. Non si conosce il legame alle proteine plasmatiche del metabolita attivo 6-O-desmetildonepezil. La distribuzione di donepezil cloridrato nei diversi tessuti corporei non è stata studiata in modo definitivo. Tuttavia, nel corso di uno studio sulla distribuzione nella massa corporea condotto su volontari sani maschi, è stato osservato che 240 ore dopo la somministrazione di una singola dose da 5 mg di donepezil cloridrato marcato con ¹⁴C, circa il 28% del farmaco non viene eliminato. Questo dato suggerisce che Donepezil e/o i suoi metaboliti possono permanere nell'organismo per oltre 10 giorni. **Metabolismo/Escrezione:** il donepezil cloridrato viene escreto immutato nelle urine e viene metabolizzato dal sistema citocromo P450 in diversi metaboliti, dei quali non tutti sono stati identificati. In seguito alla somministrazione di una singola dose da 5 mg di donepezil cloridrato marcato con ¹⁴C, la radioattività plasmatica, espressa quale percentuale della dose somministrata, era principalmente presente sotto forma di donepezil cloridrato immutato (30%), 6-O-desmetildonepezil (11%) - l'unico metabolita che presenta un'attività simile a quella del donepezil cloridrato, donepezil-cis-N-ossido (9%), 5-o-desmetildonepezil (7%) e il coniugato glucuronide del 5-O-desmetildonepezil (3%). Circa il 57% della radioattività totale somministrata è stata eliminata nelle urine (il 17% sotto forma di farmaco immutato) ed il 14,5% nelle feci. Questo fatto suggerisce che la biotrasformazione e l'escrezione urinaria sono le principali vie di eliminazione. Non vi sono prove che suggeriscano che donepezil cloridrato e/o i suoi metaboliti rientrino nel circolo enteroepatico. Le concentrazioni plasmatiche di donepezil cloridrato diminuiscono con un'emivita di circa 70 ore. Il sesso, la razza e il tabagismo non determinano alterazioni clinicamente significative delle concentrazioni plasmatiche di donepezil cloridrato. La farmacocinetica del donepezil cloridrato non è stata espressamente studiata nei soggetti anziani sani o nei pazienti con Alzheimer o con demenza vascolare. Tuttavia, le concentrazioni plasmatiche medie in questi pazienti corrispondono strettamente a quelle rilevate nei volontari giovani sani. Pazienti con disfunzione epatica da media a moderata hanno mostrato un aumento della concentrazione allo stato stazionario di donepezil cloridrato; con AUC media del 48% e C_{max} media del 39% (vedere paragrafo 4.2). **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** Gli ampi studi condotti sugli animali da esperimento hanno dimostrato che donepezil cloridrato causa un numero esiguo di effetti diversi da quelli che rientrano negli effetti farmacologici propri del farmaco, coerenti con la sua azione di stimolatore colinergico (vedere paragrafo 4.9). Il donepezil cloridrato non ha prodotto effetti mutageni nei test di mutazione condotti sulle cellule dei batteri e dei mammiferi. Alcuni effetti clastogenici sono stati osservati in vitro in corrispondenza di concentrazioni chiaramente tossiche per le cellule e 3000 volte maggiori delle concentrazioni plasmatiche allo stato stazionario. Non sono stati osservati effetti clastogenici o altri effetti genotossici nel modello in vivo del micronucleo del topo. Gli studi di carcinogenesi a lungo termine, condotti sia su ratti sia su topi, non hanno evidenziato potenziale oncogeno. Il donepezil cloridrato non ha avuto effetti negativi sulla fertilità dei ratti e non sono stati rilevati effetti teratogeni nei ratti o conigli, ma ha avuto un lieve effetto sul numero dei nati morti e sulla sopravvivenza dei neonati prematuri quando è stato somministrato a ratte gravide con dosi 50 volte superiori alla massima dose impiegata nell'uomo (vedere paragrafo 4.6).

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Nucleo della compressa: Cellulosa microcristallina, Lattosio monidrato, Amido di mais, Magnesio stearato, Idrossipropilcellulosa, Cellulosa microcristallina addizionata con silice. Rivestimento: Destezil® 5 mg compresse rivestite: OPADRY bianco (ipromellosa, talco, titanio diossido (E171), macrogol 400). Destezil® 10 mg compresse rivestite: OPADRY giallo (ipromellosa, talco, titanio diossido (E171), macrogol 400, ossido di ferro giallo (E172)). **6.2 Incompatibilità.** Non applicabile. **6.3 Periodo di validità.** 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Il medicinale non richiede alcuna particolare condizione di conservazione. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Blister in PVC/alluminio. Confezioni da 28 compresse rivestite. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento.** Il medicinale non richiede alcuna particolare precauzione per lo smaltimento.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO
MDM S.p.A., Viale Papiniano, 22/b - 20123 Milano MI

8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO
040394013 - " 5 MG COMPRESSE RIVESTITE CON FILM" 28 COMPRESSE IN BLISTER PVC/AL
040394025 - " 10 MG COMPRESSE RIVESTITE CON FILM" 28 COMPRESSE IN BLISTER PVC/AL

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE
Febbraio 2012 /

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO
Settembre 2012

Prezzo al pubblico

Destezil® 5 mg compresse rivestite – euro 19,00
Destezil® 10 mg compresse rivestite – euro 23,90

Prescrivibile SSN - Classe A (nota 85)

Regime di fornitura: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti - Neurologo, Geriatra, Psichiatra (RNRL).



MOVICOL® concentrato per soluzione orale 13,9 g/25 ml gusto Arancio

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE MOVICOL 13,9 g/25 ml concentrato per soluzione orale, gusto Arancio. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 25 ml di MOVICOL concentrato per soluzione orale contengono i seguenti principi attivi: Macrogol 3350 13,125 g; Sodio cloruro 0,3507 g; Sodio idrogenocarbonato 0,1785 g; Potassio cloruro 0,0466 g. Quando una dose da 25 ml viene diluita a 125 ml di soluzione, la concentrazione di ioni elettrolitici è la seguente: Sodio 65 mmol/l; Cloruro 53 mmol/l; Potassio 5,4 mmol/l; Idrogenocarbonato 17 mmol/l. In ciascuna dose diluita di 125 ml, questa concentrazione corrisponde alla seguente quantità di ciascun elettrolita: Sodio 8,125 mmol; Cloruro 6,625 mmol; Potassio 0,675 mmol; Idrogenocarbonato 2,125 mmol. Eccipienti: 74,5 mg alcool etilico in 25 ml; 11,3 mg metil paraidrossibenzoato (E218) in 25 ml; 5,6 mg etil paraidrossibenzoato (E214) in 25 ml. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Concentrato per soluzione orale. Liquido trasparente, incolore. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento della stipsi cronica. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Un ciclo di trattamento con MOVICOL per la stipsi non eccede normalmente le due settimane, anche se il trattamento può essere ripetuto, se necessario. Come per tutti i lassativi, non è generalmente raccomandato l'uso prolungato. Un trattamento prolungato può rendersi necessario per quei pazienti affetti da grave stipsi cronica o resistente, secondaria a sclerosi multipla o Morbo di Parkinson, o indotta da regolare assunzione di medicinali costipanti, in particolare oppioidi e antimuscarinici. **Adulti, adolescenti e anziani:** 25 ml diluiti in 100 ml di acqua 1-3 volte al giorno in dosi divise, a seconda della risposta individuale. Per l'uso prolungato, la dose può essere ridotta a 1 o 2 dosi al giorno da 25 ml diluiti in 100 ml di acqua. **Bambini:** MOVICOL concentrato per soluzione orale non è raccomandato per l'uso in bambini al di sotto di 12 anni. Altri prodotti MOVICOL sono disponibili per il trattamento nei bambini. **Pazienti con insufficienza renale:** non è necessario alcun aggiustamento della posologia per il trattamento della stipsi. **Fecaloma:** MOVICOL concentrato per soluzione orale non è raccomandato per l'uso nel trattamento del fecaloma (vedere paragrafo 4.4). Altri prodotti MOVICOL sono disponibili per il trattamento del fecaloma. **Somministrazione** Il medicinale non deve essere assunto senza essere prima diluito e può essere diluito solo in acqua. Per le istruzioni sulla diluizione del medicinale prima della somministrazione vedere paragrafo 6.6. **4.3 Controindicazioni** Perforazione o ostruzione intestinale dovuta a disordini strutturali o funzionali della parete intestinale, ileo paralitico, gravi stati infiammatori del tratto intestinale, come morbo di Crohn, colite ulcerosa e megacolon tossico. Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** Possono verificarsi reazioni avverse di grado lieve come indicato al paragrafo 4.8. Se i pazienti sviluppano sintomi indicanti scambi di fluidi/elettrolitici (ad esempio edema, fiato corto, affaticamento, disidratazione, insufficienza cardiaca) la somministrazione di MOVICOL deve essere immediatamente interrotta, si devono misurare gli elettrolitici e eventuali alterazioni devono essere trattate in modo appropriato. L'assorbimento di altri medicinali potrebbe essere temporaneamente ridotto a causa dell'aumento della velocità di transito gastrointestinale indotta da MOVICOL (vedere paragrafo 4.5). Questo medicinale contiene 8,125 mmol di sodio per ciascuna dose diluita di 125 ml. Il contenuto di sodio di MOVICOL deve essere tenuto in considerazione quando si somministra il medicinale a pazienti che seguono una dieta iposodica. Questo medicinale contiene 45,6 mg di alcool benilico in ciascuna dose diluita di 125 ml. La massima dose giornaliera raccomandata (MRD) (25 ml diluiti in 100 ml di acqua assunti tre volte al giorno) contiene 136,8 mg di alcool benilico. La dose giornaliera accettabile (DGA) di alcool benilico è 5 mg/kg per peso corporeo. La massima dose giornaliera (25 ml diluiti in 100 ml di acqua, 1-3 volte al giorno) non deve essere superata. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Il macrogol aumenta la solubilità dei medicinali solubili in alcool e relativamente insolubili in acqua. È possibile che l'assorbimento di altri medicinali possa essere temporaneamente ridotto durante l'utilizzo di MOVICOL (vedere paragrafo 4.4). Sono stati segnalati casi isolati di riduzione dell'efficacia di alcuni medicinali somministrati in concomitanza, ad es. antiepilettici. **4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento** **Gravidanza** Non vi sono dati riguardanti l'uso di MOVICOL durante la gravidanza. Gli studi sugli animali non sono sufficienti a dimostrare una tossicità riproduttiva (vedere paragrafo 5.3). MOVICOL non deve essere assunto durante la gravidanza, se non strettamente necessario. **Allattamento** Non è noto se MOVICOL sia escreto nel latte materno. Il rischio per i lattanti non può essere escluso. Deve essere presa la decisione se interrompere l'allattamento o interrompere la terapia/astenersi dalla terapia con MOVICOL tenendo in considerazione il beneficio dell'allattamento per il

bambino e il beneficio della terapia per la donna. **Fertilità** Non vi sono dati riguardanti l'effetto di MOVICOL sulla fertilità. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** MOVICOL non altera la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Si manifestano più comunemente reazioni correlate al tratto gastrointestinale. Queste reazioni possono comparire come conseguenza dell'espansione del contenuto del tratto gastrointestinale e per l'aumento della motilità dovuto agli effetti farmacologici di MOVICOL. La diarrea di grado lieve generalmente migliora riducendo la dose. La frequenza degli eventi avversi è non nota poiché non può essere definita sulla base dei dati disponibili.

Classificazione per sistemi e organi	Evento avverso
Disturbi del sistema immunitario	Reazioni allergiche, comprese anafilassi, angioedema, dispnea, eruzione cutanea, eritema, orticaria e prurito
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	Squilibri elettrolitici, in particolare iperkaliemia e ipokaliemia
Patologie del sistema nervoso	Cefalea
Patologie gastrointestinali	Dolore addominale, diarrea, vomito, nausea, dispepsia, distensione addominale, borborigmi, flatulenza, irritazione anale
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	Edema periferico

4.9 Sovradosaggio Grave dolore o distensione addominale possono essere trattati mediante aspirazione nasogastrica. Ampie perdite di fluidi con diarrea o vomito possono richiedere la correzione delle alterazioni elettrolitiche. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: lassativo ad azione osmotica. Codice ATC: A06A D65. Il macrogol 3350 esercita i suoi effetti in virtù della sua azione osmotica a livello intestinale, inducendo un effetto lassativo. Il macrogol 3350 aumenta il volume fecale e ciò provoca, attraverso il sistema neuromuscolare, motilità intestinale. La conseguenza fisiologica è un migliore avanzamento propulsivo nel colon di feci ammorbidite e una facilitazione della defecazione. Gli elettrolitici associati a macrogol 3350 vengono scambiati attraverso la parete intestinale (mucosa) con gli elettrolitici nel siero ed escreti con l'acqua fecale senza guadagno o perdita netta di sodio, potassio e acqua. Studi clinici sull'uso di MOVICOL in bustine (prodotto capostipite) nella stipsi cronica hanno dimostrato che la dose necessaria per produrre feci di consistenza normale tende a ridursi nel tempo. Molti pazienti rispondono a dosi tra 1 e 2 bustine al giorno di MOVICOL in polvere (una bustina equivale a 25 ml di MOVICOL concentrato per soluzione orale), ma questa dose deve essere regolata in base alla risposta individuale. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Il macrogol 3350 transita immodificato lungo il tratto intestinale. Non viene praticamente assorbito nel tratto gastrointestinale. L'eventuale macrogol 3350 assorbito viene escreto con le urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Studi preclinici dimostrano che il macrogol 3350 non ha una potenziale tossicità sistemica significativa, sebbene non siano stati eseguiti test sui suoi effetti sulla tossicità riproduttiva o sulla genotossicità. Non vi sono studi di tossicità a lungo termine o di carcinogenicità su animali con macrogol 3350, sebbene vi siano studi di tossicità in cui sono state somministrate per via orale alte dosi di macrogol ad alto peso molecolare che ne dimostrano la sicurezza alle dosi terapeutiche raccomandate. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Acesulfame potassio E950. Sucralosio E955. Alcool benilico. Metil paraidrossibenzoato E218. Etil paraidrossibenzoato E214. Aroma di arancio (contenente sostanze aromatizzanti, preparati aromatizzanti ed etanolo). Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** Chiuso: 2 anni. Dopo apertura: 30 giorni. Soluzione diluita: 24 ore. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Flacone: Non refrigerare o congelare. Soluzione diluita: conservare la soluzione coperta. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Flacone in polietilene tereftalato con chiusura a prova di bambino in polipropilene-polietilene a bassa densità, con rivestimento in polietilene. Ogni scatola contiene un flacone e un tappo dosatore in polipropilene. Confezione: flacone da 500 ml **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Il prodotto deve essere diluito nel seguente modo: misurare 25 ml utilizzando il tappo dosatore fornito nella scatola o cinque cucchiaini da 5 ml. Diluire in 100 ml di acqua (circa 1/2 bicchiere). La soluzione non utilizzata deve essere eliminata entro 24 ore. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** NORGINE ITALIA S.r.l. Via G. Fara, 35 20124 - Milano. **8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** MOVICOL concentrato per soluzione orale gusto Arancio - 500 ml AIC 029851324/M. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 22 dicembre 2011. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 12/2011.

Classificazione ai fini della fornitura: Classe C - RR: medicinale soggetto a prescrizione medica. **Prezzo di vendita:** € 12,70