ISSN 0017-0305

Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

GIORNALE DI GERONTOLOGIA

GIORNALE DI GERONTOLOGIA, LIX/6, 311-587, 2011

56° Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Dicembre 2011

Volume LIX

Numero 6

Prepàrati a vivere 100 anni!

Firenze, 29 novembre - 3 dicembre 2011

12° Corso per Infermieri
Firenze, 1-3 dicembre 2011

10° Corso di Riabilitazione
Firenze, 1-2 dicembre 2011

7° Corso per Psicologi
Firenze, 1-2 dicembre 2011

6° Corso per Assistenti Sociali
Firenze, 30 novembre - 2 dicembre 2011

Indexed in Embase, Excerpta Medica Database
and Scopus Elsevier Database

Periodico bimestrale - POSTE ITALIANE SPA - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA - Taxe perçue - Tassa riscossa - Pisa (Italy)
Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1953

PACINI EDITORE MEDICINA

mediante somministrazione del Mini Mental State Examination, i punteggi ottenuti sono poi stati corretti per età e scolarità. L'analisi statistica è stata effettuata mediante t-test per dati non appaiati; l'analisi di correlazione per dati non parametrici è stata effettuata mediante analisi di Spearman.

Risultati. Sono stati confrontati i dati di 72 pazienti (34 M/ 38 F) di età media di 72,7 ± 7 anni; lo spessore del GE è risultato essere pari a 10,77 ± 2,39 mm, il punteggio medio di MMSE pari a 23,63 ± 3,03. I pazienti con MMSE < 26 sono risultati essere 53 con uno spessore medio del GE pari a 11,29 ± 2,27 mm; tali valori erano significativamente più alti rispetto a quelli rilevati nei pazienti con MMSE > 26 (GE = 8,56 ± 1,69 mm; t = 4,05, p < 0,01). Non si sono rilevate differenze significative tra maschi e femmine. L'analisi di associazione mostra una correlazione inversa tra MMSE e GE fortemente significativa (r = - 0,63, p < 0,001).

Conclusione. I nostri risultati mostrano una stretta associazione tra deterioramento della funzione cognitiva ed aumento del tessuto adiposo epicardico, nei pazienti anziani. Rilevante risulta essere l'assenza di differenze significative tra i sessi, come evidenziato invece dalla maggior parte degli studi pubblicati in letteratura, i quali attribuiscono un ruolo protettivo all'azione degli steroidi sessuali. I nostri risultati confermano l'ipotesi del ruolo cardine svolto dal tessuto adiposo epicardico come fonte principale di sostanze ad azione pro-infiammatoria le quali, dismesse direttamente nel circolo coronarico tramite il meccanismo di "vasocrine signaling", sarebbero in grado di oltrepassare la barriera emato-encefalica influenzando direttamente i meccanismi molecolari alla base della funzione cognitiva indipendentemente da altri fattori. Per la prima volta è possibile ipotizzare per il grasso epicardico un ruolo di fattore di rischio cardio-cerebro-metabolico.

Bibliografia

1. Gustafson D. *A life course of adiposity and dementia*. Eur J Pharmacology. 2008;585:163-75.
2. Kanaya AM et al. *Total and regional adiposity and cognitive change in older adults*. Arch Neurol 2009;66:329-335.
3. Iacobellis G. *Echocardiographic Epicardial Fat: A Review of Research and Clinical Applications*. Journal of the American Society of Echocardiography 2009; 22:1311-19.

Il fenomeno delle riospedalizzazioni nel paziente anziano

S. Miotto[1], S. Maggi[2], M. Noale[2], C. Destro[3], G.P. Rupolo[4], V. Baldo[1]

[1]Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, sede di Igiene, Università di Padova; [2]CNR, Sezione Invecchiamento, Istituto di Neuroscienze, Padova; [3]Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera di Padova; [4]Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera di Padova

Il fenomeno delle riospedalizzazioni nella popolazione geriatrica costituisce un ambito di crescente interesse in letteratura. L'estensione del fenomeno è significativa; alti tassi di ospedalizzazione tra gli anziani e ripetute ospedalizzazioni sono stati descritti sin dagli anni Ottanta[1] e, secondo alcuni Autori, le riospedalizzazioni sarebbero responsabili di almeno la metà di tutte le ospedalizzazioni[2]. Tuttavia, rispetto ai decenni passati, lo scenario demografico dei Paesi industrializzati è mutato e i dati evidenziano un costante invecchiamento della popolazione che ha portato ad un incremento della prevalenza di patologie croniche, comorbidità e disabilità così come ad una aumentata domanda di servizi sanitari, in un contesto di ridotta disponibilità di posti letto e di una politica di contenimento dei costi.

Il peso economico delle riospedalizzazioni sul Servizio Sanitario Nazionale è elevato. Inoltre, bisogna valutare i costi in termini di distress per i pazienti e i familiari, poiché le riospedalizzazioni sono spesso associate ad una aumentata vulnerabilità e ad un peggioramento delle capacità funzionali di base dei pazienti, soprattutto dei pazienti fragili[3]. Il ripetersi di ospedalizzazioni e successive dimissioni porta a una sempre maggiore dipendenza dei pazienti con l'instaurarsi di un circolo vizioso descritto come "sindrome della porta girevole"[1 2].

Secondo diversi Autori, molte riospedalizzazioni sono evitabili e, quindi, potenzialmente prevenibili[2-4]. In quest'ottica il fenomeno delle riospedalizzazioni riveste interesse non solo in ambito clinico ma anche tra i policy makers, come possibile target per perseguire una politica di riduzione dei costi sanitari e di miglioramento della qualità delle cure ospedaliere.

Bibliografia

1. Tierney AJ, Worth A. *Review: Readmission of elderly patients to hospital*. Age Ageing 1995;24:163-6.
2. Hasan M. *Readmission of patients to hospital: still ill defined and poorly understood*. Int J Qual Health Care 2001;13:177-9.
3. Lanièce I, Couturier P, Dramé M et al. *Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units*. Age Ageing 2008;37:416-22.
4. Yam CH, Wong EL, Chan FW et al. *Measuring and preventing potentially avoidable hospital readmissions: a review of the literature*. Hong Kong Med J 2010;16:383-9.

Valutazione epidemiologica nel territorio di palermo e provincia sull'utilizzo dei farmaci nella terapia del dolore alla luce delle nuove normative

S. Miraglia[1], F. Galante[2], S. Mercadante[3], M. Belvedere[1], L.J. Dominguez[1], M. Barbagallo[1]

[1]U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Interna e Patologie Emergenti, Università di Palermo; [2]Dipartimento del Farmaco Asp n°6 Palermo; [3]U.O. Terapia del Dolore e Cure Palliative, Centro Oncologico La Maddalena Palermo

Scopo. Nel 1986, anno in cui vennero redatte le prime linee guida dell'OMS per il trattamento del dolore, era di uso comune, tra i medici, l'idea di evitare il più possibile l'uso degli oppiacei. Si parlò addirittura di "oppioidofobia" espressione di una sorta di patologia della classe medica che, al fine di non incorrere in problemi di natura penale, evitava di prescrivere il più possibile tali farmaci. Negli ultimi anni numerosi leggi e decreti hanno progressivamente semplificato la prescrizione dei farmaci oppiacei, tuttavia il ricettario per gli stupefacenti, di difficile compilazione, ha sempre rappresentato un grande ostacolo. Il Decreto Ministeriale del 16/06/2009, entrato in vigore nel secondo semestre del 2009, e successivamente la Legge n°38/2010, hanno apportato diverse modifiche volte a semplificare la prescrizione per la maggior parte dei farmaci analgesici-oppioidi, come ad esempio l'introduzione del ricettario SSN, che ha sostituito quello speciale per gli stupefacenti. I farmaci per i quali sono previste modalità prescrittive semplificate nel caso della terapia del dolore sono: buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone os, morfina os, ossicodone, ossimorfone. Lo scopo di questo studio è stato quello di verificare come le recenti normative e le campagne di sensibilizzazione abbiano influito sul comportamento prescrittivo volto a promuoverne il loro uso.

Materiali e metodi. Nel periodo compreso tra il primo e secondo semestre 2009 e l'anno 2010 sono state valutate le prescrizioni dei farmaci analgesici-oppiacei in base alle qualità, quantità ed al numero di ricette prescritte. Utilizzando il sistema statistico collegato al centro di lettura ottica delle ricette SSN del Dipartimento del farmaco dell'ASP n°6 di Palermo e provincia, sono state rilevate le informazioni relative alle prescrizioni di tali farmaci. Nel I e II semestre 2009 sono, inoltre, stati contattati via e-mail i MMG afferenti al territorio dell'ASP n°6 ed invitati a compilare un questionario d'indagine conoscitiva sull'uso dei farmaci per la terapia del dolore. Nel questionario allegato bisognava indicare la patologia prevalente, il tipo di dolore, il farmaco prescritto e se utilizzato in monoterapia o in associazione.

Risultati. Dal confronto dei due semestri del 2009, rispettivamente prima e dopo l'entrata in vigore del decreto ministeriale, è risultato un incremento delle prescrizioni di tutti i farmaci di questa classe. L'aumento % tra il primo e secondo semestre 2009 si è attestato a circa il 7%. I dati rilevati nell'anno 2010 hanno invece evidenziato un incremento delle prescrizioni pari a circa il 20%, rispetto all'anno precedente con un aumento di tutte le prescrizioni in particolare: idromorfone +379,38%, fentanyl os +34,66% e topico +42,06%, codeina-paracetamolo +20,98%, ossicodone os +29,68% e ossicodone-paracetamolo +39,83%. La rielaborazione dei dati, relativi ai questionari somministrati ai MMG ha evidenziato un consumo di tali farmaci pari al 67,57% per il dolore degenerativo, al 20,54% per il dolore neoplastico e all'11, 89% per il dolore di tipo traumatico-infiammatorio. In particolare nel II semestre 2009 si è assistito ad un aumento delle prescrizioni in pazienti con malattie degenerativo-traumatiche ed una moderata tendenza ad usare questi farmaci anche in pazienti con dolore moderato.

Conclusione. La notevole semplificazione della prescrizione relativa alla maggior parte dei farmaci analgesici-oppioidi ha incrementato il loro utilizzo. È stata riscontrata una maggiore attenzione da parte dell'opinione pubblica, ed è cresciuta la disponibilità dei Medici di Medicina Generale alla prescrizione di questi farmaci. L'Italia registra però un consumo decisamente modesto, lontano dalla media degli altri Paesi Europei, segno di un inadeguato trattamento del dolore. Il nostro Paese risulta fanalino di coda per il consumo di questi farmaci con una spesa procapite di 0,83 euro contro una media europea di 3,87 euro (dati ISTAT e IMD Midas 2009). La lotta al dolore è un problema culturale oltre che medico. Diverse risultano le terapie analgesiche a disposizione, ma le aspettative di sollievo da dolore di molti pazienti sono spesso disattese.

Bibliografia

1 *Ordinanza G.U.R.I. n. 141* del 16-06-09; legge 38/2010; D.M. 31.03.2010.

Tollerabilità del bevacizumab in pazienti anziane con cancro della mammella metastatico "*Triple-Negative*"

C. Mocerino, A. Letizia, M. Taddeo, A. Gambardella

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo, Seconda Università degli Studi di Napoli

Introduzione. Negli ultimi anni i nuovi farmaci biologici a bersaglio molecolare sono divenuti un'importante strategia terapeutica nel cancro della mammella. Il bevacizumab, anticorpo monoclonale umanizzato anti-VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*), attraverso un meccanismo trifasico riduce la vascolarizzazione tumorale, stabilizza i vasi tumorali esistenti ed inibisce la neoangiogenesi, consentendo una migliore diffusione ed efficacia degli agenti chemioterapici. Numerosi studi clinici hanno dimostrato l'efficacia del bevacizumab in associazione a chemioterapia con paclitaxel nel trattamento di prima linea del cancro della mammella metastatico "*triple-negative*" (ER-/PgR-/HER2-), portando all'approvazione del farmaco in tale sottotipo tumorale fino ad ulteriore progressione di malattia. Il profilo di tossicità del bevacizumab, caratterizzato prevalentemente da ipertensione arteriosa, proteinuria, emorragie, perforazioni gastrointestinali ed eventi tromboembolici, richiede un attento monitoraggio per il possibile impatto sulla qualità della vita, specie nei pazienti anziani. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la tollerabilità del bevacizumab e la qualità della vita in pazienti anziane con cancro della mammella metastatico "*triple-negative*".

Materiali e metodi. Dal gennaio 2009 al marzo 2011 abbiamo valutato 43 pazienti in trattamento di prima linea con bevacizumab (10 mg/kg q14) e paclitaxel (90 mg/m² g.1,8,15 q28), suddivise in due gruppi a seconda dell'età: il primo costituito da 28 pazienti con <70 anni (range 37-69; media 42,5 anni) ed il secondo da 15 pazienti con ≥70 anni (range 70-79; media 74,3 anni). Erano incluse le pazienti con: PS 0-1; MMSE >24; adeguata funzione midollare, epatica e renale con proteinuria ≤0,5 g/die; anamnesi negativa per ipertensione arteriosa non controllata, patologie cardiovascolari rilevanti, pneumopatie croniche, fattori di rischio emorragico, chirurgia maggiore nei 28 giorni precedenti e/o ferite non guarite; assenza di metastasi cerebrali. Tutte le pazienti sono state esaminate in basale e ad ogni ciclo di terapia attraverso un'attenta valutazione clinica e anamnestica. Per gli eventi avversi sono stati applicati i *Common Terminology Criteria for Adverse Events* del *National Cancer Institute* (NCI-CTCAE v4.02). La qualità della vita è stata valutata mediante i questionari QLQ-C30 e QLQ-BR23 dell'EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*), FACT-G (*Functional Assessment of Cancer Therapy-General*) e FACT-B (*Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast*), specifici per il paziente oncologico, che attraverso scale multi-item misurano il benessere fisico, funzionale, psicologico e sociale, lo stato di salute globale e la presenza di sintomi tipici legati al tumore e/o al suo trattamento. I questionari sono stati somministrati in basale ed ogni 3 settimane. I risultati sono stati espressi come media ± deviazione standard. I gruppi sono stati confrontati mediante il *t*-test ed il χ^2-test. È stato scelto un *p-value* <0,05 per il livello di significatività statistica.

Risultati. Ipertensione arteriosa di grado 3, tale da richiedere più di un farmaco o una terapia più intensiva rispetto a quella già impiegata, è stata riscontrata in una paziente (3,6%) del primo gruppo ed in quattro pazienti (26,7%) più anziane (p=0,024). Nessuna paziente ha mostrato ipertensione arteriosa di grado 4 (crisi ipertensiva). Proteinuria di grado ≤3 è stata riportata in due pazienti (7,1%) con <70 anni ed in due pazienti (13,3%) con ≥70 anni. Epistassi di grado 1, di entità lieve tale da non richiedere intervento medico, si è osservata in una paziente (3,6%) del primo gruppo ed in una paziente (6,7%) più anziana. Una paziente (6,7%) del secondo gruppo ha manifestato trombosi venosa profonda non complicata. Non si sono verificati eventi tromboembolici di grado ≥3 (embolia polmonare, infarto miocardico, accidenti cerebrovascolari) in nessuno dei due gruppi. La qualità della vita è stata generalmente buona e stabile nel corso del trattamento. I punteggi rilevati ai questionari EORTC e FACT non hanno dimostrato un particolare impatto degli eventi avversi del bevacizumab sulla qualità di vita delle pazienti. Lo stato funzionale e fisico ed i sintomi fisici riportati nelle sottoscale specifiche per pazienti con cancro della mammella sono risultate le dimensioni più compromesse in tutte le valutazioni temporali, ma senza differenze rilevanti tra i gruppi.

Conclusioni. Nel nostro studio la terapia di associazione con bevacizumab e paclitaxel ha mostrato buona tollerabilità in tutte le pazienti. Non sono emerse tossicità inattese né eventi di grado ≥4 ed in nessun caso è stato necessario sospendere la terapia con l'anticorpo monoclonale. Nelle pazienti più anziane l'incidenza di eventi avversi correlati al bevacizumab è risultata sovrapponibile a quella osservata nelle pazienti con <70 anni, ad esclusione dell'ipertensione arteriosa di grado 3 (3,6% vs 26,7%; p=0,024). Nessun evento avverso ha determinato compromissione della qualità della vita.

Valutazione del paziente geriatrico nel reparto di cure intermedie

F. Monacelli, E. Configliacco, S. Piredda, I. Aramini, B. Pomilla, P. Odetti

Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DIMI), Sezione di Geriatria e Gerontologia Università-Ospedale San Martino, Genova

Scopo. La salute dell'anziano richiede un modello dinamico ed olistico di cura ed assistenza che contempli la complessità, la sua specificità, aspetti funzionali, psico-affettivi, socio assistenziali ed economici. Il paziente geriatrico necessita di una rete di servizi efficaci ed integrati in un continuum di cura tra ospedale e territorio. Il reparto di Cure intermedie si colloca a pieno titolo nell'area dei servizi integrati atti a garantire la continuità di cure dopo la dimissione ospedaliera, favorendo altresì la massimizzazione del recupero funzionale e prevenendo l'inappropriatezza dei ricoveri[1].Tuttavia, l'esperienza nazionale è ancora disomogenea con outcomes clinici e funzionali solo parzialmente elucidati. Pertanto, sono stati arruolati un gruppo di pazienti degenti presso le Cure Intermedie di un nosocomio genovese alfine di valutare outcomes clinici e funzionali efficaci e predittivi di recupero funzionale e corretto collocamento del paziente nella rete territoriale.

Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto su 89 pazienti (F 56;M 33), con età media:82,67±0,94 anni (F:84,96±0,93; M: 78,79±1,81 anni; U=591, p<0,005), degenza media:31,07±2,79 giorni. È stata eseguita una valutazione multidimensionale all'ingresso e prima della dimissione (entro 48 h) che ha rilevato i seguenti scores testistici medi; MMSE:21,06±0,66; GDS:6,33±0,66; CIRS:4,39±0,35 con un grado di severità di 1,9±0,1. Lo stato funzionale (Barthel index) dimostrava un basso punteggio di 36,21±2,91 all'ingresso con un incremento statisticamente significativo alla dimissione pari a 55,18±3,55 (U=1511, p<0,001) prevalente negli uomini (da 38 a 67, mentre le donne salgono da 35 a 50). La valutazione di forza muscolare, mediante handgrip, ha fornito alcuni risultati interessanti; si è dimostrato un incremento statisticamente significativo di forza muscolare alla dimissione (17,60± 2,13 kg; U=520, p<0,01) da iniziali valori (12,20±0,70 kg) con migliore performance negli uomini (16,94±1,20) rispetto alle donne (9,39±0,61);(M+53% vs F+28%). I risultati hanno inoltre dimostrato una correlazione negativa significativa tra età e MMSE (R=-0,22, p<0,05),tra MMSE e giorni di degenza (R=-0,323, p<0,05), così come tra età e scala Barthel (R=-0,22, p<0.05) ed età ed Handgrip (R=-0,27, p=0,01). Una