

ISSN 0017-0305



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**56° Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria**

Dicembre 2011

Volume LIX

Numero 6

Preparati 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**

la frequente presenza di malattie fisiche rende più incerta la attribuzione delle limitazioni di attività al disturbo depressivo. Il vecchio depresso tende a sottovalutare la sua depressione e a non riferire spontaneamente sintomi importanti, quali la diminuzione di interesse o di piacere in tutte o quasi tutte le attività, richiamando invece l'attenzione del medico sul proprio corpo sofferente, che viene quindi utilizzato quale "mediatore" del disagio emotivo. La scarsa propensione dell'anziano a comunicare è racchiusa nell'espressione "depressione senza tristezza", emblematica del vissuto di molti anziani depressi. La depressione senile è variamente influenzata dalla presenza di deficit cognitivi (di memoria, attenzione, concentrazione, ecc.), che possono arrivare fino a simulare un quadro clinico di demenza e che migliorano dopo trattamento con farmaci antidepressivi. Il termine "pseudodemenza", molto utilizzato in passato per identificare questi quadri clinici estremi, comincia ad essere progressivamente abbandonato: vari studi hanno, infatti, dimostrato che la maggior parte di queste forme evolvono nel tempo in una vera demenza, di cui rappresentano probabilmente degli stadi molto precoci.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Scapicchio PL. *Pharmacological treatment of depression in the elderly*. G. Gerontol 2007;55:27-30.

Iperensione arteriosa e deterioramento cognitivo

M.G. Arcuri, G. Antista, A. Monteverde, W. Guccione, S. Lo Sciuto, F. Crivello, G. Spatafora, S. Largueche, L. Plances, M. Belvedere, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O. di Geriatria, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Palermo

Scopo. La demenza è uno dei disturbi neurologici più importanti nei soggetti anziani, e in considerazione dell'allungamento della vita media della popolazione mondiale, la prevenzione di questa patologia rappresenta una delle grandi sfide della medicina. Per tale motivo è diventata prioritaria l'identificazione dei fattori di rischio che possono promuovere l'insorgenza di deterioramento cognitivo, al fine di definire l'approccio migliore per una prevenzione precoce. La relazione tra l'ipertensione arteriosa, la funzione cognitiva, e la demenza è stata oggetto di numerosi studi epidemiologici e clinici che hanno dato risultati piuttosto vari e talora discordanti¹⁻³. Anche diversi studi clinici randomizzati controllati con placebo che hanno valutato l'effetto di farmaci antipertensivi sulla demenza hanno prodotto risultati diversi tra loro⁴.

Nello studio che presentiamo abbiamo voluto indagare in un piccolo campione di pazienti affetti da deterioramento cognitivo, la prevalenza di ipertensione arteriosa (IA), il suo tempo medio di insorgenza, la presenza di danno d'organo, il numero di farmaci assunti per l'IA, e la presenza di altri fattori di rischio vascolare che secondo recenti teorie sembrano giocare un ruolo patogenetico anche nello sviluppo della Malattia di Alzheimer⁵.

Materiali e metodi. Abbiamo esaminato 357 cartelle di soggetti che nell'anno 2008 erano stati ricoverati presso il nostro day hospital geriatrico, selezionando tutti quei pazienti che avevano, o all'atto del ricovero o alla dimissione, una diagnosi di demenza o di declino cognitivo. Nelle cartelle erano presenti nella maggior parte dei casi dettagliate informazioni relative alla familiarità, misurazioni antropometriche (peso, altezza, circonferenza vita, BMI), abitudini voluttuarie, patologie remote e prossime con età di insorgenza (con particolare attenzione ad eventi cerebro e/o cardio-vascolari progressivi), indagini strumentali (elettrocardiogramma, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, ecocolordoppler cardiaco), esami ematochimici ed esame obiettivo completo con specificati valori di pressione arteriosa e di frequenza cardiaca. Sono state estrapolate anche notizie sul danno d'organo da I.A. valutando eventuale presenza di ipertrofia cardiaca, microalbuminuria, insufficienza renale cronica, retinopatia ipertensiva, aterosclerosi carotidee. Abbiamo inoltre annotato la terapia di ogni paziente all'ingresso e alla dimissione, concentrandoci su quella interessante l'aspetto cardio-vascolare e metabolico (antipertensivi, antiaggreganti o anticoagulanti, statine, anti-diabetici). Erano inoltre presenti oltre ai punteggi relativi al MMSE altre scale della valutazione multidimensionale geriatrica comprendenti ADL

(attività basilari della vita quotidiana), IADL (attività strumentali della vita quotidiana), e GDS (geriatric depression scale).

Risultati. Dei 357 pazienti esaminati, quelli affetti da deterioramento cognitivo erano 74 con un'età media di $77,3 \pm 6,2$ anni, erano 22 uomini (età media $77,6 \pm 7,6$ anni) e 52 donne (età media $77,2 \pm 5,6$ anni). Tra i soggetti affetti da deterioramento cognitivo 13 presentavano diagnosi di Malattia di Alzheimer (12 donne ed 1 uomo), 12 di Demenza vascolare (9 donne e 3 uomini), 35 di Demenza mista (20 donne e 16 uomini), 13 con Mild Cognitive Impairment (11 donne e 1 uomo). La prevalenza di I.A. nel campione da noi esaminato è risultata molto elevata (74% dei soggetti), interessando in misura maggiore il sesso femminile (79%) rispetto a quello maschile (64%). La durata media di insorgenza della malattia è risultata di circa 11 anni con un'ampia variabilità (deviazione standard 9,58). Questo dato è risultato essere maggiore nelle donne ($12,9 \pm 10,3$ anni) che negli uomini ($6,7 \pm 5,4$ anni). Anche altri fattori di rischio vascolare come diabete, ipercolesterolemia, etc... sono risultati con una prevalenza percentualmente più elevata nel campione esaminato.

Conclusione. Lo studio da noi effettuato, pur valutando un piccolo campione di soggetti sembra confermare la correlazione tra IA e deterioramento cognitivo, comunque riconosce nell'ipertensione e in altri fattori di rischio cardio-vascolare un substrato tipico dei pazienti con deterioramento cognitivo, che si ritrovano frequentemente nella pratica clinica. È stato stimato che una strategia di prevenzione che ritardi l'esordio della demenza di 5 anni potrebbe ridurre il numero dei casi del 50% in una generazione. Per tale motivo la prevenzione dei disturbi cognitivi rappresenta una sfida importante nei prossimi anni, che deve partire dall'individuare con assoluta certezza tutti quei fattori modificabili come l'IA che se debitamente curati possono ridurne drasticamente l'incidenza.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Reitz C, Tang M, Manly J, et al. *Hypertension and the Risk of Mild Cognitive Impairment*. Arch Neurol. 2007;64:1734-40.
- 2 Posner HB, Tang MX, Luchsinger JA, et al. *The relationship of hypertension in the elderly to AD, vascular dementia, and cognitive function*. Neurology 2002;58:1175-81.
- 3 Farmer ME, Kittner SJ, Abbott RD, et al. *Longitudinally measured blood pressure, antihypertensive medication use, and cognitive performance: the Framingham Study*. J Clin Epidemiol 1990;43:475-80.
- 4 Peters R, Beckett N. *Hypertension, Dementia, and Antihypertensive Treatment: Implications for the Very Elderly*. Current Hypertension Reports 2009;11:277-82.
- 5 Dickstein DL, Walsh J, Brautigam H, et al. *Role of Vascular Risk Factors and Vascular Dysfunction in Alzheimer's Disease*. Mount Sinai Journal of Medicine 2010;77:82-102.

Relazione tra indicatori comportamentali, di relazione e di salute in soggetti in stato vegetativo o di minima coscienza. L'esperienza del nucleo stati vegetativi dell'Istituto Geriatrico P. Redaelli di Milano

F. Arenare, S. Fabbri, N. Bongiorno, A. Grillo, A. Servidio, V. Lanzone
Istituto Geriatrico Piero Redaelli, Milano

Scopo. Lo stato vegetativo (SV) e lo stato di minima coscienza (MC), rappresentano delle condizioni patologiche destinate ad un sensibile incremento nel prossimo futuro. Le acquisizioni tecniche e scientifiche mediche e assistenziali hanno aumentato la sopravvivenza in soggetti con postumi di gravi lesioni cerebrali ed esiti di coma. Questo fenomeno epidemiologico pone delle nuove sfide per la ricerca di modelli assistenziali, orientati agli aspetti caratteristici dei soggetti in questo stato di salute. Le necessità di assistenza totale, la mancanza di una semeiotica medica precisa e di indicatori sensibili sul benessere di questi soggetti, i continui dilemmi terapeutici, le problematiche relazionali con i familiari di queste persone e all'interno dell'équipe, sono solo alcune delle difficoltà incontrate durante l'attività di cura per garantire la qualità di vita di questa popolazione di soggetti.

Il presente lavoro vuole essere la presentazione di tre anni di attività del nucleo dedicato alla cura delle persone in SV e di MC presente nell'Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Milano. Di questo periodo verranno considerati