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

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

Dicembre 2011

Volume LIX

Numero 6

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

nella tabella 1, sono stati ottenuti calcolando il valore medio su tutti i soggetti valutati. I dati riscontrati all'inizio del training, in entrambi i gruppi di studio, definiscono una popolazione il cui assessment clinico funzionale è costituito da un grado di fragilità di tipo medio grave, da un livello di disabilità elevato (riscontrabile anche attraverso l'elevata incidenza nelle scale dell'autonomia di base e strumentale della vita quotidiana), da un elevatissimo rischio di caduta e da un grado di dispnea piuttosto intensa. Nelle successive valutazioni, invece, sono evidenti soltanto nel gruppo sperimentale i progressi grazie al training combinato, che forniscono un dato significativo, confrontabile rispetto al tempo, e che trovano conferma nelle osservazioni cliniche.

Conclusione. Come dimostrano i dati ottenuti, si conferma l'efficacia del training combinato (A.F.A. e rieducazione respiratoria) sia come forma di mantenimento che di prevenzione della motilità complessiva e delle abilità funzionali; si evidenzia inoltre l'incidenza positiva della rieducazione respiratoria sull'andatura e sulla postura nei diversi decubiti. Si convalida, infine, l'attività fisica adattata come fisiologico proseguimento della riabilitazione di contrasto al determinismo della cronicità e disabilità.

Bibliografia

1 Tupputi E, Addante LM, Allegretti A, et al. *Gestione riabilitativa di pazienti geriatrici affetti da pneumo-patie croniche in R.S.A.: follow-up a 6 mesi.* Multidisciplinary Respiratory Medicine 2011;6:107-23.

2 Belgiovine G, et al. *Assessment clinico funzionale di soggetti con polipatologia in R.S.A. del Consorzio San Raffaele: start-up*. Atti del 54° Congresso Nazionale S.I.G.G. 2009;57:406.

Tab. I.

	Gruppo Sperimentale			Gruppo controllo			
Scales	Time "0"	Time "3"	Time "6"	Time "0"	Time "3"	Time "6"	Ranges
ADL	3.4	3.86	4.7	3.48	3.56	3.72	0-6
IADL	3.2	3.43	3.92	3.28	3.37	3.65	0-8
BARTHEL	42.4	49.6	52.6	43.1	47.2	50.6	0-100
TINETTI	9.3	11.3	13.9	9.41	10.6	11.2	0-28
BORG	4.3	3.95	3.72	4.36	4.15	4.06	0-10

La realizzazione di un sistema di indicatori misurabili per la valutazione dell'efficacia dell'intervento ed il raggiungimento degli obiettivi del PAI nei centri diurni specializzati demenze

R. Ansaloni[1], F. Sabbi[2]

[1]Coordinatore Responsabile Centro Polifunzionale per Anziani Cardinal Giacomo Lercaro ASP Poveri Vergognosi Bologna; [2]Medico Geriatra Bologna

Scopo. Il Centro Diurno Specializzato in demenze (CDS) accoglie utenti con deterioramento cognitivo anche grave e disturbi del comportamento ad esso *relati*, configurandosi quale fondamentale risorsa nel processo di cure intermedie territoriali. Durante il periodo di inserimento al servizio, la persona viene accolta e conosciuta nei suoi bisogni e nelle sue aspettative e quindi, quadrimestralmente, viene valutato il profilo cognitivo-comportamentale, funzionale e relazionale della stessa, al fine di costruire il PAI come sintesi di problemi/potenzialità e strategie non standardizzate, periodicamente rivedibili e condivise responsabilmente dall'equipe professionale e dalla famiglia dell'utente. La centralità della persona nonché la misurabilità ed il raggiungimento degli obiettivi proposti conferiscono allo strumento PAI l'ulteriore responsabilità di misurare l'*efficacia* dell'intervento globale del servizio, capace di modificare ambiti relazionali e qualità di vita dell'intero nucleo familiare.

Materiali e metodi. Si tratteggia il profilo geriatrico dell'utenza che i 3 CDS hanno ospitato nell'ultimo anno di lavoro, in base ad età, sesso, modalità e durata di inserimento, diagnosi e comorbilità. Verrà descritta la modalità di costruzione di obiettivi misurabili sia nell'area sanitaria (controllo della pressione arteriosa, glicemia, alvo) che nell'area comportamentale (andamento della frequenza/gravità). Di quest'ultima viene valutato l'assessment cognitivo e comportamentale basale (cioè al momento dell'inserimento al CDS) ed osservato il suo andamento nel corso della permanenza dell'ospite al CDS, in base alla tendenza degli items del test NPI ed al raggiungimento degli obiettivi proposti, rivalutati ad ogni redazione PAI, con verifica specifica su alcuni disturbi di particolare distress sul familiare (deliri, allucinazioni, ansia ed attività motoria aberrante).

Risultati. La valutazione cognitiva basale dell'utenza all'ingresso al CDS appare mediamente compromessa (MMSE 10.1/30), dato però che si modifica con analisi della tipologia di utenza (solo il 55% dei pz. sono testabili con MMSE, con media di oltre 18/30; restante popolazione testabile con MMSE severo o n. e.). Si osserva che gli obiettivi misurabili dell'area sanitaria presentano un elevato indice di raggiungimento. Inoltre, in maniera altrettanto significativa, le curve di tendenza calcolate mostreranno come si assista ad una deflessione dei behavioral disorders tramite l'analisi dell'andamento dell'NPI ad ogni revisione del PAI (deliri: GxF medio al T_0=1.8, al $T1_{12}$=0.8; allucinazioni GxF medio al T_0=1,2, al T_{12}=0.1; ansia GxF medio al T_0=5,4, al T_{12}=2,8; attività motoria aberrante GxF medio al T_0=4.8, al T_{12}=3,3) vs. un decrementato impiego di psicofarmaci.

Conclusione. L'osservazione dei dati annuali di raggiungimento degli obiettivi sia dell'area sanitaria che di quella del comportamento proposti dal PAI possono esprimere la correttezza delle metodologia applicata ed una valutazione complessiva di efficacia del servizio stesso. Le attività multidisciplinari di cure intermedie effettuate al CDS testimoniano quindi come la continua ricerca di interventi focalizzati sugli spazi di conservazione e stimolazione delle capacità residue e sul contenimento dei disturbi comportamentali incidano sulla qualità di vita dell'anziano deteriorato e della sua famiglia.

Bibliografia

1 Mossello E, Razzi E, Caleri V, et al. *Effetti dell'assistenza in Centro Diurno sull'anziano affetto da demenza e sul caregiver.* G Gerontol 2007;55:125-33.

2 Woodhead EL, Zarit SH, Braungart ER, et al. *Behavioral and psychological symptoms of dementia: the effects of physical activity at adult day service centers.* Am J Alzheimers Dis Other Demen 2005;20:171-9.

Ipotensione ortostatica nell'anziano: prevalenza in una nostra casistica di pazienti ricoverati in regime di day hospital

G. Antista, W. Guccione, A. Monteverde, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O. di Geriatria, Università degli Studi di Palermo

Scopo. L'ipotensione ortostatica è una condizione clinica che le linee guida internazionali definiscono come caratterizzata da una riduzione della pressione arteriosa sistemica rispettivamente ≥ di 20 mmHg per la sistolica e di ≥ 10 mmHg per la pressione diastolica[1] durante i primi 3 minuti dall'assunzione della posizione eretta. Mentre è noto che l'ipertensione arteriosa rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di eventi cerebrovascolari, coronarici e renali[2-4], anche una condizione di ipotensione arteriosa (IO), soprattutto nel soggetto anziano, può aumentare sia il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari che tasso di mortalità[5].

Materiali e metodi. Il nostro studio ha ricercato la presenza di ipotensione ortostatica in 312 pazienti anziani ricoverati tra il 2007 al 2010 presso il nostro servizio di Day hospital (DH) geriatrico. Di tutti questi pazienti sono stati registrati i valori di pressiore arteriosa e di frequenza cardiaca in clino ed in ortostatismo, dettagliate informazioni relative alla familiarità, misurazioni antropometriche (peso, altezza, circonferenza vita, BMI), abitudini voluttuarie, la presenza di patologie remote e prossime con età di insorgenza (con particolare attenzione ad eventi cerebro e/o cardio-vascolari pregressi), indagini strumentali (elettrocardiogramma, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, ed alcuni esami ematochimici (creatinina, azotemia, sodio, potassio, magnesio sierico e ionizzato, calcio). Abbiamo inoltre esaminato la terapia di ogni paziente all'ingresso, considerato che spesso l'origine dell'IO è iatrogena, concentrandoci sulla presenza di alcuni farmaci quali antipertensivi, diuretici, antidepressivi, antipsicotici,, antiaggreganti o anticoagu-

lanti, statine, antidiabetici, etc…). Erano inoltre presenti oltre ai punteggi relativi al MMSE altre scale della valutazione multidimensionale geriatrica comprendenti A.D.L (attività basilari della vita quotidiana), I.A.D.L. (attività strumentali della vita quotidiana), e G. D. S (geriatric depression scale).

Risultati. I soggetti studiati avevano un'età media di 74,8 ± 7,6 anni, tra cui 102 uomini (età media 74,9 ± 7,3 anni) e 210 donne (età media 74,8 ± 7,7 anni). La prevalenza di IO riscontrata nel nostro campione è stata del 25,3%, con un lieve aumento legato all'età (28,2% nei soggetti sopra i 75 anni), ed è risultato essere maggiore nel gruppo degli uomini dove era pari al 30% contro il 23,3% nelle donne. Il gruppo di soggetti con IO ha mostrato inoltre di avere in media BMI leggermente inferiore rispetto ai controlli (29,3 vs 30,2), e di praticare in media un numero di farmaci nettamente superiore rispetto al gruppo senza IO (6,2 ± 3,3 vs 4,5 ± 2,6).

Conclusione. I dati da noi raccolti confermano la importanza di ricercare la presenza di IO in tutti i soggetti anziani, soprattutto se fragili, con multimorbilità e pluritrattati. I dati presenti in letteratura evidenziano un range di prevalenza di IO in soggetti con età superiore a 65 anni piuttosto ampio, dal 5 al 30%[6], variabilità legata alla presenza di una serie di fattori come i criteri di definizione di IO, il livello di stress ortostatico o dal sottogruppo di popolazione studiata. Gli anziani con multimorbilità e pluritrattati presentano un rischio di ipotensione ortostatica più elevato. Ulteriori analisi potranno consentire di mettere in evidenza se la elevata incidenza di IO nella popolazione da noi studiata possa essere messa in relazione a fattori di rischio specifici quali l'assunzione di particolari classi farmacologiche (diuretici, antidepressivi, antipertensivi) e/o se esistono differenze statisticamente significative nei pazienti con IO, di declino cognitivo, dei parametri di funzionalità renale, etc.

Appare infine chiaro l'importanza di diagnosticare precocemente l'IO sia per prevenire i rischi di eventi cardiovascolari che per prevenire le cadute.

Bibliografia

1. Wieling W, Schatz IJ. *The consensus statement on the definition of orthostatic hypotension: a revisit after 13 years*. J Hypertens 2009;27:935-8.
2. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. *The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. Eur Heart J 2007;28:1462-536.
3. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. *Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias*. Lancet 1990;335:765-74.
4. Prospective Studies Collaboration. *Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies*. Lancet 2002;360:1903-13.
5. Verwoert GC, Mattace-Raso FU, Hofman A, et al. *Orthostatic hypotension and risk of cardiovascular disease in elderly people: the Rotterdam study*. J Am Geriatr Soc 2008;56:1816-20.
6. Low PA. *Prevalence of orthostatic hypotension*. Clin Auton Res 2008;18[Suppl 1]:8-13

Prevalenza e fattori correlati a politerapia in anziani in RSA in Europa: risultati dello studio SHELTER

M. Antocicco, M. Tosato, P. Danese, R. Bernabei, F. Landi, G. Onder

Dipartimento di Scienze Geriatriche, Gerontologiche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo. Il trattamento farmacologico del paziente anziano complesso rappresenta una sfida per il medico prescrittore, come conferma l'elevata prevalenza di politerapia e di malattia iatrogena osservate in questa popolazione. Il presente studio valuta la prevalenza e le caratteristiche dei pazienti correlate alla politerapia in un campione di pazienti residenti in RSA in Europa.

Materiali e metodi. I dati provengono dal progetto SHELTER, che include informazioni su pazienti residenti in RSA di 8 paesi (Repubblica Ceca, Inghilterra, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Olanda ed Israele). La politerapia è stata definita come l'uso concomitante di 10 o più farmaci.

Risultati. L'età media dei 4023 partecipanti allo studio era 83.5 (Deviazione standard 9.3) anni, e 2945 (73.2%) erano donne. La politerapia è stata riscontrata in 979 (24.3%) pazienti, con un range che andava dall'8.8% dell'Italia al 56.7% della Finlandia. I lassativi risultavano essere i farmaci più comunemente utilizzati (41,8%), seguiti dai farmaci antiulcera (40.9%) e dagli ASA/antiaggreganti (37.7%). Un'associazione positiva e significativa con la politerapia è stata osservata per depressione (OR 1.37; 95% CI 1.14-1.65), dolore (OR 1.75; 95% CI 1.47-2.08), dispnea (OR 1.78; 95% CI 1.42-2.25), sintomi gastrointestinali (OR 1.52; 95% CI 1.27-1.81), numero di malattie (OR 1.11; 95% CI 1.02-1.22), mentre un'associazione inversa è stata osservata per età (OR per un incremento di 10 anni 0.87; 95% CI 0.79-0.96), deterioramento cognitivo (OR per lieve/moderato vs. integro 0.74; 95% CI 0.59-0.92; OR per severo vs. integro 0.72; 95% CI 0.53-0.98) e problemi di comunicazione (OR 0.55; 95% CI 0.43-0.71).

Conclusione. La politerapia è comune nei pazienti residenti in RSA in Europa, ma varia notevolmente da paese a paese. I determinanti la politerapia includono non solo la comorbidità, ma anche sintomi specifici (dolore, dispnea, sintomi gastrointestinali), età, stato cognitivo e problemi di comunicazione, a conferma del fatto che il processo di prescrizione farmacologica in questa tipologia di paziente complesso, è spesso individualizzato e calibrato sulle esigenze specifiche del soggetto in esame.

Difficoltà di diagnosi della depressione nell'anziano

V. Arcoleo, G. Belvedere, L. Falletta, A. Di Prima, G. Catanese, C. Arizzi, V. Picciolo, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Cattedra di Geriatria, Università di Palermo, Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica

La psicogeriatria è la disciplina medica che raccoglie e integra la cultura e la pratica di diverse specialità (psichiatria, geriatria, neurologia) per la diagnosi e la cura e dei disturbi emotivi e psichici degli anziani. La cultura geriatrica non fa proprio il concetto latino della "*senectus ipsa morbus*", cioè che la vecchiaia stessa sia una malattia, anche se alcune manifestazioni depressive si sovrappongono a quelle della vecchiaia fisiologica. La letteratura scientifica concorda sul fatto che, sebbene la depressione interessi un gran numero di persone anziane, essa non va comunque considerata una conseguenza attesa o necessaria dell'invecchiamento, ma un disturbo diagnosticabile e curabile, così come nell'adulto giovane. È un imperativo per tutti gli operatori della salute mantenere un approccio positivo nei confronti di un evento così grave e distruttivo per la vita delle persone che ne soffrono e dei loro cari e contribuire alla diffusione di tale atteggiamento e alla messa al bando di pregiudizi "ageistici", come quello che gli anziani depressi non rispondano alle terapie, pregiudizi peraltro sfatati dalle evidenze scientifiche. La complessa patogenesi della depressione, così come quella di tutti i disturbi psichici, non ha permesso sinora di stabilire dei metodi di prevenzione che siano scientificamente provati. Il primo obiettivo di un approccio preventivo è rappresentato comunque dall'identificazione delle persone anziane a rischio, che può essere effettuata valutando i vari fattori di rischio per la depressione. Sono stati proposti interventi di prevenzione a vari livelli e con vari metodi. In anziani affetti da malattie mediche croniche, tecniche di tipo cognitivo, abbinate all'esercizio fisico, sono risultate efficaci nei confronti di iniziali, lievi, sintomi depressivi e ansiosi ed anche dell'insonnia. Un approccio "primario" di tipo biologico è considerato l'abbassamento dei fattori di rischio vascolare (ipertensione, dislipidemie, fumo, ecc.). Grande risalto viene dato agli interventi psicoeducativi, mirati ad informare gli anziani ed i loro familiari circa la malattia depressiva ed i suoi possibili trattamenti, in modo da ridurre lo scetticismo ed accrescere il numero di persone che chiedono aiuto. Si ritiene che solo il 50% delle depressioni senili vengano riconosciute correttamente, e di queste solo il 50% venga curato in modo adeguato. Negli anziani l'identificazione della depressione è complicata dal fatto che alcuni sintomi chiave, quali astenia, facile faticabilità, disturbi del sonno, perdita di peso corporeo, accompagnano spesso il processo dell'invecchiamento, così come sono sintomi di numerose patologie somatiche di cui l'anziano è sovente affetto. Anche il criterio che prevede che i sintomi della depressione siano in grado di limitare le attività sociali e del vivere quotidiano è più difficilmente applicabile alla persona anziana, nel quale