ISSN 2035-021X

Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

GIORNALE DI GERONTOLOGIA

60° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Napoli, 25-28 Novembre 2015

16° Corso Infermieri

Napoli, 26-27 Novembre 2015

Dicembre 2015

Volume LXIII

Supplemento 2
al Numero 4

Indexed in Embase, Excerpta Medica Database and Scopus Elsevier Database

PACINI EDITORE MEDICINA

Periodico trimestrale - Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1953

Participant #	Participant organisation name	Short Name	Country
1 (Coordinator)	National University of Ireland, Galway	NUIG	IE
2	ROBOSOFT	ROBO	FR
3	RU Robot	RUR	UK
4	Ortelio Ltd	ORTELIO	UK
5	City of Stockport	STOCK	UK
6	Consiglio Nazionale delle Ricerche	CNR	IT
7	R2M Solution	R2M	IT
8	Casa Sollievo della Sofferenza Hospital	IRCCS	IT
9	Caretta-Net	CNET	GR
10	University of Passau	PASSAU	DE

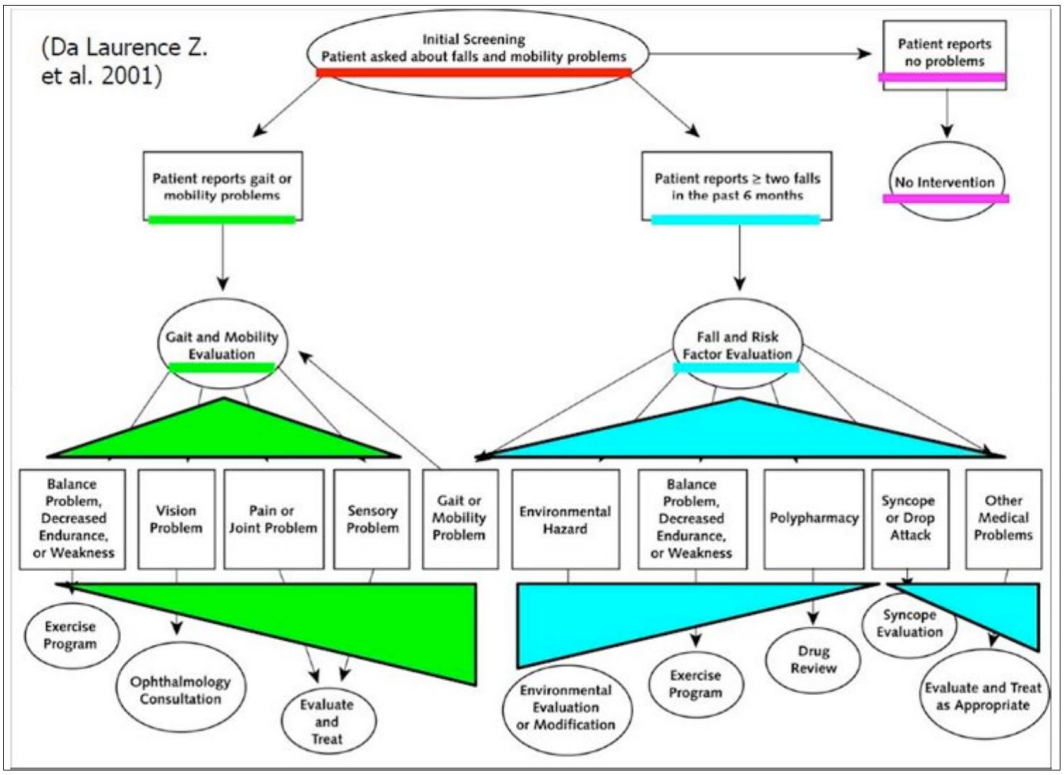
Il Progetto MARIO avrà una durata di 36 mesi e comprende 11 work packages (WP). Il WP1 avvia il lavoro di architettura e programmazione. Il WP2 implementa la piattaforma hardware. Il WP3 realizza gli aspetti di salute della proposta: solitudine, isolamento, resilienza e demenza. Il WP4 realizza gli aspetti di salute della proposta relativi alla Valutazione Multidimensionale (VMD) ed al Multidimentional Prognostic Index (MPI) con il robot. Il WP5 migliora ciò che MARIO può fare mediante l'apprendimento semantico e automatico. Il WP6 perfeziona le capacità comportamentali e le abilità di interazione uomo-robot di MARIO. Il WP7 integra il WP3 ed il WP5. Il WP8 è la fase di validazione di MARIO in tre differenti scenari rappresentativi di assistenza domiciliare, struttura di long term care e ospedale. Il WP9 è dedicato alla gestione degli aspetti di valorizzazione della proprietà intellettuale e commerciale del progetto. Il WP10 è basato sulle attività di comunicazione e divulgazione. Il WP11 assicura un coordinamento efficiente ed una corretta gestione delle attività.
MARIO rappresenta un nuovo approccio che utilizza un robot di compagnia, ed i suoi effetti potrebbero essere: 1) supportare persone con demenza ed i loro caregiver, e 2) ridurre l'esclusione sociale e l'isolamento.

PREVALENZA DI CADUTE E PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE SICILIANA ULTRASESSANTACINQUENNE. SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO

Carlino V.[1], Catanese G.[1], Alcamo R.[1], Belvedere G.[1], Cernigliaro A.[1], Scondotto S.[1], Ferro M.P.[1], Contoli B.[2], Quarchioni E.[2], Dominguez L.J.[1], Barbagallo M.[1], Gruppo Tecnico Nazionale Passi d'Argento[3]

[1]~ Palermo, [2]~ Roma, [3]~ Roma

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, che si caratterizza soprattutto per la presenza di patologie cronico-degenerative che incidono sulla qualità della vita delle persone anziane e che causano un notevole incremento dei costi per le cure e per l'assistenza. Per fronteggiare tale fenomeno globale, che riguarda da vicino l'Italia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto un piano che ha come obiettivo primario "l'invecchiamento attivo" (active ageing), cioè incentivare il passaggio da politiche incentrate sui bisogni delle persone anziane, considerate abitualmente come soggetti passivi, a politiche che riconoscano l'anziano come parte attiva della vita familiare e comunitaria. I tre pilastri su cui si fonda tale strategia sono salute, partecipazione e sicurezza delle persone anziane. A tale modello dell'OMS fa riferimento "Passi d'Argento", sistema di sorveglianza e di monitoraggio della qualità della vita della popolazione italiana di età superiore a 65 anni, avviato dal Ministero della Salute con la collaborazione della Regione Umbria e del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità e che ha coinvolto 19 tra Regioni e Province Autonome italiane, tra cui la Sicilia. Dal 2009, tale sistema fornisce informazioni su abitudini e stili di vita degli anziani



over 65, in base ai quali sostenere lo sviluppo di politiche ed interventi comunitari ed individuali volti a promuovere la salute e l'invecchiamento attivo di tale popolazione.
Nel biennio 2012-2013 sono stati presentati i risultati dell'indagine svolta in Sicilia, suddivisi in 4 capitoli: 1) Benessere e indipendenza; 2) Fattori di rischio, condizioni di salute e cure; 3) Partecipazione sociale? ed essere risorsa; 4) Ambiente di vita. Tra febbraio e dicembre 2012 sono state intervistate 1.081 persone di 65 anni e più, estratti dalle liste delle anagrafi sanitarie con campionamento a cluster. Sono stati esclusi dal campione 303 anziani "non eleggibili", in quanto non rispondenti ai criteri di selezione dell'indagine (anziani domiciliati fuori dal comune di residenza; deceduti; ricoverati in ospedale o ospiti in RSA; senza telefono o non rintracciabili; in carcere).
Nell'ambito del capitolo 2 viene analizzato il fenomeno delle cadute. Le cadute tra gli anziani fanno parte, secondo quanto indicato dall' OMS, dei "quattro giganti della Geriatria" insieme ai disturbi cognitivi, la depressione e l'incontinenza urinaria.
In Italia ogni anno si verificano 3-4 milioni di incidenti domestici, soprattutto nella popolazione di età superiore ai 65 anni; tale fenomeno si associa ad un maggiore rischio di ricoveri, di disabilità e di mortalità. Tra gli incidenti domestici le cadute rappresentano un problema di importante rilevanza sia per la particolare frequenza con cui si realizzano sia per le conseguenze delle cadute stesse sul benessere psico-fisico della persona: la paura di cadere comporta una progressiva riduzione delle attività della vita quotidiana e dei rapporti interpersonali, fino all'isolamento sociale.
Tra le cause delle cadute si distinguono fattori intrinseci ed estrinseci. I fattori intrinseci comprendono patologie predisponenti: neurologiche, muscoloscheletriche, cardiovascolari, internistiche, visive, ipoanacusia. I fattori estrinseci sono fondamentalmente legati all'ambiente domestico e all'uso di farmaci che favoriscono il verificarsi di cadute.
In Sicilia, tra i cittadini di età superiore a 65 anni, il 17% è andato incontro a caduta nel mese precedente l'intervista (frequenza più alta di cadute insieme alla Calabria) vs l'11,2% del pool nazionale; la prevalenza delle cadute è maggiore nelle donne (18%) rispetto agli uomini (15%), nei soggetti con livello di istruzione più basso (18% vs 16% dei soggetti con livello di istruzione più elevato), aumenta all'aumentare dell'età (fino al 20% dopo i 74 anni vs il 14% dei soggetti di età compresa tra 65 e 74 anni) e all'aumentare delle difficoltà economiche (24% vs 16% dei soggetti con alcune difficoltà economiche, vs 10% dei soggetti senza difficoltà economiche) e che hanno disabilità (29% dei disabili è caduto vs il 13% dei soggetti a rischio di disabilità). Il rischio di cadute aumenta inoltre in presenza di problemi di vista (il 26% degli anziani con problemi di vista è caduto). Le cadute si verificano spesso in casa (fino al 66% delle cadute totali; il 16% delle cadute totali si è invece verificato in strada). Nel 20% dei casi si è reso necessario il ricovero ospedaliero di almeno un giorno (vs 14% del pool nazionale). Nella maggior parte dei soggetti permane la paura di cadere (fino al 76% dei 75enni). Circa l'82% delle persone cadute non usa misure anticaduta in casa (tappetini antiscivolo, maniglioni, seggiolini), mentre il 18% delle persone cadute ha usato precauzioni. Inoltre, soltanto il 19% ha ricevuto consigli, dal proprio medico o da altri operatori, per non cadere (vs il 15% del pool nazionale, il 9% di Veneto, Valle d'Aosta e PA di Trento).
Questi dati testimoniano la bassa attenzione degli operatori sanitari al problema cadute negli anziani, soprattutto nelle Regioni settentrionali rispetto al resto della popolazione italiana ultra65enne.
La prevenzione delle cadute si basa in primo luogo sull'identificazione della popolazione a rischio

- a basso rischio: paziente pervenuto a esame clinico generico o di routine, con storia di singolo e isolato episodio di caduta, autonomo residente nel proprio domicilio ecc.
- ad alto rischio: paziente presentatosi per lesione da caduta, storia di cadute ricorrenti, presenza di specifici fattori di rischio, istituzionalizzazione ecc.

In secondo luogo, sull'istituzione di programmi finalizzati a ridurre i fattori di rischio ambientali e a promuovere l'attività fisica.

CLUSTER DI INDICATORI DI FRAGILITÀ NELLA POPOLAZIONE DELLO STUDIO INCHIANTI

Costanzo L.[1], Pedone C.[1], Bandinelli S.[2], Ferrucci L.[3], Antonelli Incalzi R.[1]
[1]~ Roma, [2]~ Firenze, [3]~ Baltimore/USA

Molte delle definizioni classiche della fragilità si basano per lo più sulle misure di performance fisica. Negli ultimi anni, tuttavia, in virtù del riconoscimento della natura multidimensionale della fragilità, si stanno diffondendo nuove definizioni operative, basate sulla commistione di strumenti fisici e di indicatori psicologici, sociali ed ambientali (ad es. il Frailty Index, il Groningen Frailty Indicator, il Tilburg Frailty Indicator, etc.).
Lo scopo di questo studio è valutare se l'aggiunta di questi indicatori alle misure di performance fisica modifichi la capacità discriminativa e il potere predittivo degli strumenti per la diagnosi di fragilità.
Abbiamo incluso nello studio i dati di 370 partecipanti del database INCHIANTI con età ≥ 65 anni e senza compromissione di ADL/IADL al baseline (età media 74 anni, donne 56%). Abbiamo analizzato i seguenti indicatori di fragilità: i cinque criteri di Fried; la Short Physical Performance Battery; il deterioramento cognitivo (MMSE<24); l'assenza di conviventi; la presenza di ostacoli alla mobilizzazione all'interno o all'esterno dell'abitazione; inadeguate risorse economiche; tono dell'umore depresso (CES-D ≥ 16); scarsa capacità di coping. In virtù dell'esigua prevalenza del dato, abbiamo escluso dalla cluster analysis la presenza di alterazioni dell'equilibrio (N: 4/370) e la perdita di peso (N: 16/370, dato riferito e non misurato oggettivamente).
Abbiamo quindi condotto una cluster analysis per individuare come queste caratteristiche si raggruppassero all'interno della popolazione in modo da indentificare gruppi di persone potenzialmente a rischio di sviluppare disabilità a sei anni (definita come perdita ≥ 1 ADL). Il potere prognostico degli indicatori di fragilità generati dalla cluster analysis è stato valutato tramite calcolo del rischio relativo, mentre il potere predittivo tramite il calcolo di sensibilità, specificità, valore predittivo positivo (VPP) e valore predittivo negativo (VPN).
La cluster analysis ha permesso di identificare tre categorie di indicatori: a) Misure di performance fisica – velocità del cammino, forza muscolare, presenza di ostacoli alla mobilizzazione, ridotta attività fisica; b) Indicatori sociali - inadeguate risorse economiche; solitudine; deterioramento cognitivo; c) Indicatori psicologici – affaticamento; depressione; scarsa capacità di coping. Abbiamo quindi individuato quattro categorie di individui: 1) Gruppo "fit" (N = 139), 2) Gruppo "physical", soggetti con alterazione di almeno un test di performance fisica (N = 30), 3) Gruppo "psychosocial", soggetti con alterazione di almeno un indicatore psicosociale (N = 135), 4) Gruppo "mixed", soggetti con alterazione in entrambe le categorie di indicatori (N = 66).
I risultati della cluster analysis mostrano che i criteri di Fried per la diagnosi di fragilità colgono non solo le misure di performance fisica, ma in parte anche il cluster di indicatori psicosociali (mediante l'item "affaticamento").
Il rischio relativo di sviluppare l'outcome nel gruppo "physical", "psychosocial" e "mixed" è risultato rispettivamente di 1.42 (95% C.I. 0.30-6.70), 1.72 (95% C.I. 0.64-4.59), 3.91 (95% C.I. 1.51-10.07). Per lo stesso outcome, l'appartenenza al cluster identificato da ridotta performance fisica ha mostrato sensibilità=0.07, specificità=0.91, VPP=0.06, VPN=0.91. Per il gruppo con indicatori di rischio psicosociali, i valori corrispondenti sono 0.34, 0.64, 0.06 e 0.91, mentre per il gruppo con entrambi gli indicatori si riscontra sensibilità=0.38, specificità=0.84, VPP=0.18, VPN=0.94 (vedi tabella).
In base ai risultati di questo studio, solo la coesistenza di entrambi i cluster di indicatori di fragilità – fisici e psicosociali – conferisce un rischio aumentato di sviluppare disabilità. In contrasto con altri dati di letteratura,

	Sensibilità	Specificità	VPP	VPN
Indicatori di performance fisica	0.069	0.911	0.067	0.913
Indicatori psicosociali	0.344	0.636	0.081	0.913
Indicatori misti	0.379	0.843	0.183	0.936