ISSN 0017-0305

Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

GIORNALE DI GERONTOLOGIA

53° Congresso Nazionale della
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
L'Italia? Non è un paese per vecchi…
Firenze, 26-29 novembre 2008

9° Corso Multiprofessionale di Nursing
Firenze, 27-29 novembre 2008

7° Corso di Riabilitazione
Firenze, 27-28 novembre 2008

4° Corso per Psicologi
Firenze, 27-28 novembre 2008

3° Corso per Assistenti Sociali
Firenze, 27-28 novembre 2008

Ottobre 2008
Volume LVI
Numero 5

GIORNALE DI GERONTOLOGIA, LVI/5, 215-581 2008

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

PACINIeditore
MEDICINA

9° Corso Multiprofessionale di Nursing
27-29 novembre 2008

7° Corso di Riabilitazione
27-28 novembre 2008

4° Corso per Psicologi
27-28 novembre 2008

3° Corso per Assistenti Sociali
27-28 novembre 2008

L'Italia? Non è un paese per vecchi...

Firenze, 26-29 novembre 2008

53° Congresso Nazionale
Società Italiana Gerontologia e Geriatria

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

53° Congresso Nazionale SIGG

L'Italia? Non è un paese per vecchi…

Mercoledì, 26 novembre 2008

LETTURA MAGISTRALE

The leap of the frog: from science to practice
M. Pahor 217

Giovedì, 27 novembre 2008

LETTURA

I bisogni ed i diritti del cittadino anziano con patologia psicogeriatrica
A. Guaita 218

Golden Symposium
FARMACI E ANZIANO: AMICI O NEMICI?
MODERATORI: R. BERNABEI, J.L.R. PUMAR

L'anziano fragile nei trials clinici: qualcosa deve cambiare?
S. Del Signore 220

Linee Guida nell'anziano con polipatologia: utili o dannose
S. Volpato 221

Reazioni avverse: come prevederle e prevenirle?
G. Onder 223

Gli anziani: una categoria a rischio di errori farmacologici
G.P. Velo, L. Magro 224

LETTURA

L'anziano con frattura di femore: determinanti della sopravvivenza e dello stato funzionale
S. Maggi per il gruppo SISAV 225

Simposio
LA DEMENZA DI ALZHEIMER TRA PRESENTE E FUTURO
MODERATORI: G. RICEVUTI, M. TRABUCCHI

L'outcome del trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi nella malattia di Alzheimer: i risultati di una analisi con il metodo Delphi
A. Bianchetti, S. Boffelli, P. Ranieri, M. Trabucchi 227

I trattamenti: dagli inibitori delle colinesterasi al vaccino
A. Cagnin, S. Favaretto 228

Le implicazioni sociali: quale futuro per i caregiver?
F. Aleotti, P.A. Bonati 230

Simposio
ABBRACCIARE LA COMPLESSITÀ: I DIECI ANNI DEL PROGETTO InCHIANTI
MODERATORI: S. BANDINELLI, A. DI IORIO

Personal Mastery e funzionalità fisica nell'anziano: lo studio InCHIANTI
Y. Milaneschi, A.M. Corsi, R.M. Vazzana, F. Lauretani, M. Marchini, A. Kisialiou, L. Ferrucci, S. Bandinelli 233

Markers metabolici predittivi della disabilità
A.M. Abbatecola, M. Barbieri, G. Paolisso 233

Simposio Intersocietario SINPE-SIGG
PROBLEMATICHE DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE NELL'ANZIANO
MODERATORI: R. BERNABEI, M. MUSCARITOLI

Problematiche cliniche della nutrizione artificiale in età geriatrica
M. Zamboni, A. Sepe, L. Bissoli, V. Di Francesco 234

La nutrizione enterale domiciliare nell'anziano
P. Orlandoni, N. Giorgini, N. Castorani, D. Fagnani, L. Spazzafumo, C. Venturini 235

Simposio
EUROPEAN RESEARCH PROJECTS ON HEALTH SYSTEMS AND LONG TERM CARE OF THE ELDERLY
MODERATORI: P. ABETE, A. CHERUBINI

INTERLINKS. Health systems and long-term care for older people in Europe – Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care
K. Leichsenring 237

ANCIEN, Assessing Needs of Care in European Nations
E. Mot 238

The Shelter Project
G. Onder, R. Liperoti, F. Landi, G. Gambassi, R. Bernabei 238

LETTURA

Management geriatrico delle malattie acido-correlate
A. Pilotto, F. Addante, D. Seripa, M. Franceschi 239

LETTURA

Terapia orale del diabete mellito tipo 2: nuove evidenze scientifiche
G. Perriello 241

Venerdì, 28 novembre 2008

Simposio
MODULAZIONE DEI RECETTORI β-ADRENERGICI: DAL LABORATORIO AL LETTO DEL MALATO
MODERATORI: N. MARCHIONNI, F. RENGO

Modificazioni età-correlate del signaling β-adrenergico e basi molecolari dell'utilizzo dei β-bloccanti
D. Leosco, G.D. Femminella, C. Zincarelli, L. Golino, E. Avallone, S. Sorrentino, G. Rengo, F. Rengo 243

Modulazione dei recettori beta-adrenergici: dal laboratorio al letto del malato. Terapia con beta-bloccanti nel cardiopatico anziano
N. Ferrara, G. Corbi, E. Avallone, S. Sorrentino, A. Filippelli, F. Rengo 244

LETTURA FONDAZIONE SOCIALITÀ E RICERCHE

La riabilitazione e l'anziano fragile
G. Bellelli, M. Trabucchi 247

Tavola Rotonda
LA COMUNICAZIONE NELLA TERMINALITÀ
MODERATORI: M. PETRINI, F. ROMAGNONI

La comunicazione della terminalità: introduzione
M. Petrini 249

La comunicazione della terminalità in Medicina di Famiglia
A. Marsilio 251

Comunicazione e terminalità in terapia intensiva
L. Boncinelli 252

La comunicazione della terminalità nella letteratura medica internazionale
F. Caretta 254

Simposio Satellite
PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) E SISTEMI DI VALUTAZIONE PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELL'ANZIANO
MODERATORI: A. CHERUBINI, P. PUTZU

Il Punto Unico di Accesso: un modello di gestione del contatto con il cittadino e la presa in carico nella rete dei servizi
M.D. Bellentani 255

Il Punto Unico di Accesso: primi dati di un modello organizzativo innovativo
G. Frau 256

I sistemi validati per lo screening a livello di PUA e la Valutazione Multidimensionale
G. Gambassi 257

L'applicazione del Contact Assessment per la continuità di cura: alcuni risultati
M. Zega 257

Dal progetto Mattone 12 i sistemi di classificazione
E. Brizioli 258

L'applicazione dei RUG III e l'assorbimento di risorsa. Uno studio sui carichi di lavoro per classe RUG all'Italian Hospital Group di Guidonia (RM)
C. Cafariello 258

L'applicazione dei RUG III e l'assorbimento di risorsa. L'esperienza della Regione Lazio
A. Mastromattei 260

Il sistema Informativo e Informatico per il governo del territorio e per le Strutture Residenziali
F. Vidotto 260

Mini Simposio
DIAGNOSI DIFFERENZIALE E OPZIONI TERAPEUTICHE ALZHEIMER: STATO DELL'ARTE
MODERATORI: M. MOLASCHI, G. NORO

Supporto del neuroimaging con DaTSCAN
S. Sestini 262

Simposio Intersocietario SIMI-FADOI-SIGG
LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE ANZIANO
MODERATORI: R.BERNABEI, G. LICATA, A. MAZZONE

Le reazioni avverse da farmaci come causa di ricovero in ospedale
V. Marigliano, A. Bellomo 263

Insufficienza renale inapparente nei pazienti anziani: correlazioni nell'impiego dei farmaci
G. Parrinello, D. Torres, G. Licata 265

Sabato, 29 novembre 2008

LETTURA

Terapia antiinfiammatoria nel paziente con osteoartrosi
A. Ungar, F. Orso, S. Pecchioni, M. Rafanelli, V. Chisciotti, M.C. Pieraccioli, N. Marchionni 266

Simposio Intersocietario AGE-SIGG
EDEMI E DISPNEA: VERSO LA COSTRUZIONE DI UN MODELLO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELL'ANZIANO SCOMPENSATO DI CUORE
MODERATORI: R. BERNABEI, S. PUTIGNANO

Scompenso cardiaco in RSA
M. Chirico, F. Torres, I. Pavese, L.M. Addante 268

Lo scompenso cardiaco in ADI
P. Gareri, R. Lacava, S. Torchia, A. Castagna, D.S. Costantino 270

Simposio
L'ORTOGERIATRIA: MODALITÀ DI ATTUAZIONE E RISULTATI
MODERATORI: R. ANTONELLI-INCALZI, G. SALVIOLI

L'Ortogeriatria: modalità di attuazione e risultati
G. Lancellotti, C. Mussi 272

Ortogeriatria: modelli per la gestione clinica integrata e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura del femore
M.L. Lunardelli, C. Frondini, A. Ferrari, G. Pioli per il Gruppo di Ricerca 276

Il modello Ortogeriatria della Clinica Geriatrica dell'A.O. San Gerardo di Monza
G. Annoni, F. De Filippi, G. Castoldi, P. Mazzola, G. Mauri, G. Zatti 278

Protocollo per il follow-up dell'anziano operato per frattura del femore
F. Anzivino, F. Foglietta 280

LETTURA
Caloric restriction as an anti-aging intervention: benefits, potential pitfalls and mimetics
E. Marzetti, S.E. Wohlgemuth, J. Xu, A.Y. Seo, S. Giovannini, S. Anton, C. Carter, T. Manini, G. Bianchi, L. Fontana, A.M.S. Lezza, C. Leeuwenburgh 282

9° Corso Multiprofessionale di Nursing
L'assistenza all'anziano: nuovi problemi, nuove risposte

Giovedì, 27 novembre 2008

Simposio
EDUCARE E SOSTENERE LA FAMIGLIA: UNA SFIDA
MODERATORI: I. ORLANDO, E. ZANETTI

Assistere l'anziano a domicilio: l'infermiere di comunità
O. Altomare 287

Infermieristica in una Geriatria Territoriale: competenze per rispondere ai bisogni dell'anziano e del caregiver
M. Marini, F. Benninati, M. Romani, M. Romoli, R. Bernazzi, P. Guglielmi, A. Niccolai, D. Mati, R. Raffaelli 289

Assistere l'anziano a domicilio: il ruolo del "badante"
C. Melchiori, M. Mencucci 291

La formazione del caregiver
V. Giantin, E. Manzato, G. Sergi, O. Terranova 292

Lo stress del caregiver
S. Falchero 294

Venerdì, 28 novembre 2008

Simposio (1° parte)
LE RISPOSTE ALLE QUESTIONI ETICHE E LEGALI NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO
MODERATORI: P. FABRIS, M. MARINI

Consenso alle prestazioni sanitarie: la valutazione della capacità decisionale dell'anziano
F. Cembrani, V. Cembrani 296

Amministratore di sostegno e tutore per la persona anziana
S.S.G. Colombo 298

Scelte di fine vita
R. Pegoraro 301

Simposio (2°parte)
LE RISPOSTE ALLE QUESTIONI ETICHE E LEGALI NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO
MODERATORI: A. CASTALDO, M. POZZEBON

Il percorso metodologico per l'analisi e la risoluzione delle questioni etiche
P. Gobbi 301

Discussione di casi assistenziali con implicazioni etiche ed analisi dei casi attraverso il metodo Spinsanti
P. Gobbi, A. Castaldo, N. Nicoletti 304

Sabato, 29 novembre 2008

Simposio
ASSISTERE L'ANZIANO CON INCONTINENZA
MODERATORI: M. ANDRIGO, D. DONATI

Incontinenza urinaria e fecale: inquadramento epidemiologico, eziologico e clinico
F. Guerini, G. Bellelli, M. Trabucchi 308

Assistere l'anziano con incontinenza
A. Di Falco 309

Studio sull'utilizzo di presidi assorbenti nella prevenzione di lesioni da decubito nell'anziano incontinente
L. Rasero, M. Romanelli, L. Baggiani, A. Bassetti, T. Brocca, F. Falciani, E. Gori, C. Lorini, S. Mantero, G. Monti, R. Munizzi, F. Santomauro, N. Comodo, G. Bonaccorsi 312

Incontinenza fecale: raccomandazioni per la pratica assistenziale
A. Castaldo 313

Incontinenza fecale: ausili e interventi nutrizionali
E. Zanetti 315

Ondate di calore ed eventi avversi. Sorveglianza attiva degli anziani istituzionalizzati nella provincia di Vibo Valentia
S. Fiorillo, A. Reitano, V. Fabrizio 316

La contenzione fisica negli anziani: indagine sulle conoscenze degli infermieri e sulle modalità di utilizzo
C. Papparotto, S. Zuliani, L. Ferrara 317

Dalla valutazione multidimensionale alla continuità delle cure in Unità Geriatrica per acuti: dati preliminari
M. Pozzebon, S. Migotto, B-Barbato, M.Calabrò 317

Gli operatori sanitari e le cure di fine vita:risultati di un questionario
M. Saiani, S. Scarabello Vettore, M. Debiasi, M. Boni, S. Minervini, R. Girardello. 318

7° Corso di Riabilitazione
Riabilitazione geriatrica: un approccio globale

Giovedì, 27 novembre 2008

PRIMA SESSIONE
MODERATORI: B. BERNARDINI, M. PEVERE

L'anziano fragile e vulnerabile: il significato delle sindromi geriatriche
G. Bellelli, M. Trabucchi 321

Dal rilievo dei bisogni alla pianificazione delle cure
B. Bernardini, G. Cerina, S. Ghirmai, M. Pagani 322

Controllo posturale nell' anziano: modificazioni e prevenzione della perdita funzionale
L. Baratto, E. Michelis 324

Valutazione del cammino nell'anziano
M. Franceschini, F. Bovolenta 326

Le scale dell'equilibrio e dell'andatura
D. Bonaiuti 328

SECONDA SESSIONE
MODERATORI: L. BARTORELLI, O. ZANETTI

La musicoterapia nel paziente demente
A. Raglio 328

La Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS): nuova risorsa per le afasie
M. Cotelli 330

Il programma del saggio caregiver: un intervento sui familiari dei malati di Alzheimer
L. Bartorelli, A. Fiandra, S. Ragni, B. Ierace, F. Giubilei 331

Venerdì, 28 novembre 2008

TERZA SESSIONE
MODERATORI: G. BELLELLI, A. VENTURINO

Il ruolo dell'ambiente nell'attività
A. Tafani 332

Adattamenti ambientali: significato e ruolo degli ausili
R. Spalek 333

PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI CON DISCUSSIONE
MODERATORI: B. BERNARDINI, A. TAFANI

Paziente complesso con polipatologia in assenza di deficit cognitivo
A. Venturino 335

Caso clinico: paziente con deterioramento cognitivo
M. Pevere 335

L'approccio conversazionale e capacitante nella gestione di un Alzheimer Café
A. Cocco, S. Sertorio, M. Malett, P. Vigorelli 336

Un metodo per valutare l'efficacia dell'approccio conversazionale nella cura dell'anziano fragile ricoverato in RSA
P. Peroli, P. Vigorelli 336

Un'alternativa per contenere i disturbi del comportamento: il metodo validation®: atteggiamento convalidante, interventi individuali e riunioni di gruppo
C. Siviero, A. Cerri, M. Girotti 337

4° Corso per Psicologi
I grandi vecchi: paura della morte e della vita?

Giovedì, 27 novembre 2008

PRIMA SESSIONE

Gli anziani parlano spesso di fine della vita: angoscia depressiva o esorcismo?
G. Gori 341

Venerdì, 28 novembre 2008

SECONDA SESSIONE
MODERATORE: G. GORI

Vissuti di malattia e di morte in oncologia geriatrica: spunti di riflessione
A. Belloni Sonzogni 343

Tra paura e depressione: intrecci emotivo-relazionali nelle donne anziane
E. Bavazzano 346

TERZA SESSIONE
MODERATORE: G. ZELONI

Significato di vita o attesa di morte nella prescrizione dell'ausilio nell'anziano disabile
G. Melli, V. Da Pieve 347

Troppo futuro: siamo pronti a gestire le nuove fasi che si aggiungono alla vita?
S. Lera 349

La capacità conversazionale, risorsa e strumento nella coppia caregiver-paziente
L. Borgia, L.A. Nava 350

Terapia psicologica risocializzante in gruppo: l'esperienza con pazienti geriatrici in lungodegenza
F. Pecci 350

Prevenzione del caregiver burden: effetto di un intervento psicologico di gruppo rivolto ai familiari di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer
S. Sampietro, A. Coin, L. Borgia, A. Girardi, M. Najjar, G. Orrù, S. Catanzaro, S. Sarti, E.M. Inelmen, E. Ruggiero, G. Enzi 351

3° Corso per Assistenti Sociali
L'Assistente Sociale a servizio delle persone anziane: metodi e strumenti per l'ascolto, la valutazione, la presa in carico integrata

Giovedì, 27 novembre 2008

PRIMA SESSIONE

Efficacia e costi delle cure domiciliari basate su progetti personalizzati
T. Vecchiato 355

SECONDA SESSIONE
STRUMENTI E PROCESSI DI VALUTAZIONE
COORDINATORI: A. BAVAZZANO, L. LUCETTI MASINI

Il sistema di Valutazione Multidimensionale della Regione Piemonte quale espressione dell'integrazione sociosanitaria
I. Gili Fivela, G. Marrone, F. Lovaldi, G. Novero, V. Celentano 357

La valutazione dell'assistente sociale nell'area dei servizi anziani del Comune di Bologna: l'indice di autonomia sociale
M. Braca, R. Gavazzi, A. Viaggi 359

La valutazione multidimensionale nell'esperienza della Regione Abruzzo
V. Bellafante, B. Bosco, D. Buracchio, R. Borgia 360

Valutazione dell'impatto della musicoterapia sulla percezione della qualità di vita in RSSA tramite la somministrazione di un questionario
C. Tavella, A. De Santis, D. Pignatale, D. Balducci 361

TERZA SESSIONE
LE SFIDE PER I SERVIZI
COORDINATORI: E. NEVE, G. PASTI

Il processo di trasformazione di un servizio da "istituzionalizzato" a servizio aperto ed elastico: la nascita di un Centro Diurno Assistito
I. Maracchi, F. Mosetti D'Henry 363

Il ruolo del servizio sociale nell'ambito dell'offerta socio-sanitaria territoriale in tema di demenza: gli esiti di un'indagine di qualità percepita
M. Dotti, L. Aldrovandi 365

Esperienze di partnership per l'attivazione di progetti innovativi correlati all'evoluzione dei bisogni dei malati di demenza e delle loro famiglie
A. Bondi, R. Gavioli, R. Lucchi, E. Picchioni 366

HIV/AIDS – realtà emergente: popolazione anziana ed in età pre-senile. Nuovi bisogni e nuovi orientamenti di lavoro per il servizio sociale di una U.O. di Malattie Infettive
M. Cristina, B.M. Celesia 368

Il Centro per il Coordinamento dell'Assistenza Primaria integrata (CeCAP Integrato)
S. Covallero 370

L'accoglienza della fragilità anziana nella progettazione della presa in carico privilegiata
P.M.G. Prassoli 371

QUARTA SESSIONE
L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE PERSONE ANZIANE
COORDINATORI: C. PEDRELLI, L. SPISNI

Considerazioni sulla funzione del responsabile del servizio assistenza domiciliare all'interno dell'équipe di valutazione multiprofessionale dell'UVM
C. Brogi 372

Un modello di assistenza domiciliare specializzata integrata rivolta ai malati di Alzheimer
A. Galluccio, P. Deboli, L. Pascucci, M. Ricci 374

Anziani non autosufficienti: la valutazione del bisogno assistenziale e della risposta della rete sociale, nell'ambito delle cure a domicilio
P. Lonardi 375

Quando l'ascolto diventa strategia di miglioramento nei servizi di assistenza agli anziani
A. Mennella, M. Sole 376

QUINTA SESSIONE
LA PERSONALIZZAZIONE IN AREA RESIDENZIALE
COORDINATORI: S. TONON GIRALDO, A.M. ZILIANTI

La progettazione personalizzata nei nuclei residenziali
M. Tonetto 380

La valutazione di efficacia per superare l'autoreferenzialità nei servizi: esperienza di una ricerca
C. Pitacco 382

Servizio sociale e dimissioni protette per le persone anziane non autosufficienti
S. Alunno Corbucci, L.L. Bresci 383

53° Congresso Nazionale SIGG
Comunicazioni e Poster 387

Indice degli Autori 575

53° Congresso Nazionale SIGG

L'Italia? Non è un paese per vecchi…

Mercoledì, 26 novembre 2008

LETTURA MAGISTRALE

The leap of the frog: from science to practice

M. Pahor

Department of Aging and Geriatric Research, Institute on Aging, University of Florida, Gainesville, FL

As life expectancy continues to rise, the maintenance of physical independence of older persons has emerged as a major clinical and public health priority. A critical factor in an older person's ability to function independently in the community is mobility, i.e. the ability to move without assistance. Efficient and reliable locomotion is a fundamental feature of human functioning, and indeed functioning across virtually all animal species. Older persons who lose mobility are less likely to remain in the community, to maintain a high quality of life and to perform many activities needed to be fully independent, such as shopping and engaging in community activities. Those who lose mobility also have higher rates of morbidity and mortality, have more hospitalizations and experience a poorer quality of life [1]. Numerous mechanistic preclinical studies [2], observational studies [3 4], and smaller randomized controlled trials [5] suggest that behavioral and pharmacological interventions reduce the age-related physical function decline, improve lower extremity performance and possibly the amount of disability, but no trial has demonstrated that one can prevent or delay over the longer term the onset of major mobility disability in persons who are initially disability free. The lack of definitive scientific evidence is a major barrier to evidence-based geriatric practice.

To date, there are no proven interventions to prevent the onset of major mobility disability in older persons who are initially non-disabled. SHEP demonstrated the benefits of antihypertensive treatment on cardiovascular events and death, but not on ADL disability [6]. Results from growth hormone and statin trials were also disappointing [7 8]. Physical activity represents an extremely promising intervention; yet evidence for prevention of mobility and ADL disability remains inconclusive, deriving only from secondary data analyses [9].

Several examples from large randomized controlled trials demonstrate the problems of relying exclusively on intermediate or surrogate outcomes and on observational or mechanistic data. These studies include the pharmacological treatment of arrhythmias (CAST) [10] and hypertension (ALLHAT) [11], as well as others focusing on hormone replacement therapy (HERS, WHI) [12 13]. Findings from these studies suggest that results from trials using surrogate outcomes may not always apply to generalized prevention of events. This concept applies equally to disability studies in older persons. Improvement in intermediate measures does not guarantee that underlying disease processes and physiologic decrements associated with aging won't ultimately cause disability, even when intermediate measures respond to interventions such as exercise. Based on the above considerations, conclusive evidence is lacking concerning whether behavioral or pharmacological interventions can reduce the risk of onset of major mobility disability over the long term in the general older population. Currently the prevention of disability and mobility disability in geriatric practice relies primarily on results from small trials on intermediate outcomes or observational studies. The lack of definitive evidence is a major barrier for practicing evidence-based geriatric medicine.

The Boiled Frog Parable: If you put a frog into a pot of boiling water, it will leap out right away to escape the danger. But, if you put a frog in a kettle that is filled with water that is cool and pleasant, and then you gradually heat the kettle until it starts boiling, the frog will not become aware of the threat until it is too late and the frog is boiled alive.

For geriatric medicine to succeed and thrive, it is critically important we do not remain in the comfortable, cool and pleasant zone of relying on surrogate scientific evidence, but we take the life saving leap to the next stage of gathering definitive evidence from large Phase 3 randomized controlled trials. In this regard, several multicenter trials sponsored by the US National Institute on Aging are being developed, such as the Lifestyle Interventions and Independence For Elders (LIFE) [14] and the testosterone trial.

By providing a definitive answer regarding whether behavioral interventions, such as physical activity, or pharmacological interventions are effective and practical for preventing major mobility disability or other major disability outcomes, the results of Phase 3 trials will have crucial implications for public health prevention in a rapidly aging society, and will fill important gaps in knowledge for practicing evidence-based geriatric medicine and will impact both clinical practice and public health policy, and will therefore benefit individuals and society.

References

1 Newman AB, Simonsick EM, Naydeck EM, Kritchevsky SB, Nevitt M, Pahor M, et al. *Association of long-distance corridor walk performance with mortality, cardiovascular disease, mobility limitation, and disability.* JAMA 2006;295:2018-26.

2 Carter CS, Cesari M, Ambrosius WT, Hu N, Diz D, Oden S, et al. *Angiotensin-converting enzyme inhibition, body composition, and physical performance in aged rats.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:B416-23.

3 Kritchevsky SB, Nicklas BJ, Visser M, Simonsick EM, Newman AB, Harris TB, et al. *Angiotensin-converting enzyme insertion/deletion genotype, exercise, and physical decline.* JAMA 2005;294:691-8.

4 Onder G, Penninx BW, Balkrishnan R, Fried LP, Chaves PH, Carter CS, et al. *ACE inhibitors use and changes in muscle strength and physical performance in older women.* Lancet 2002;359:926-30.

5 Messier SP, Miller GD, Morgan TP, Rejeski WJ, Sevick MA, Loeser RF, et al. *Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the Arthritis, Diet and Activity Promotion Trial (ADAPT).* Arthr Rheum 2004;50:1501-10.

6 Di Bari M, Pahor M, Franse LV, Shorr RI, Ferrucci L, Wan JY, et al. *Dementia and disability outcomes in large hypertension trials: lessons learned from the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) Trial.* Am J Epidemiol 2001;153:72-8.

7 Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Cobbe SM, Bollen EL, Buckley BM, et al. *The design of a prospective study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER). PROSPER Study Group. PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk.* Am J Cardiol 1999;84:1192-7.

8 Rudman D, Feller AG, Nagraj HS, Gergans GA, Lalitha PY, Goldberg AF, et al. *Effects of human growth hormone in men over 60 years old.* N Engl J Med 1990;323:1-6.

9 Penninx BW, Messier SP, Rejeski WJ, Williamson JD, Di Bari M, Cavazzini

C, et al. *Physical exercise and prevention of ADL disability in older persons with osteoarthritis.* Arch Intern Med 2001;161:2309-16.

[10] The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *Investigators preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction.* N Engl J Med 1989;321:406-12.

[11] The ALLHAT Collaborative Research Group. *Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme Inhibitor or calcium channel blocker vs. diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT).* JAMA 2002;288:2981-97.

[12] Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. *Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group.* JAMA 1998;280:605-13.

[13] Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women; principal results from the women's health initiative randomized controlled trial.* JAMA 2002;288:321-33.

[14] LIFE investigators, Pahor M, Blair SN, Espeland M, Fielding RA, Gill TM, Guralnik JM, et al. *Effects of a Physical Activity Intervention on Measures of Physical Performance: Results of the Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot (LIFE-P) Study.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61:1157-65.

Giovedì, 27 novembre 2008

LETTURA

I bisogni ed i diritti del cittadino anziano con patologia psicogeriatrica

A. Guaita

Direttore "Fondazione Golgi Cenci", Abbiategrasso (MI)

Introduzione. Uno sguardo generale ai "bisogni" e ai "diritti". Il "Dizionario Lingua Italiana" di De Mauro [1], riporta queste definizioni: Bisogno: "… mancanza di qualcosa di indispensabile o utile; necessità o desiderio di un bene o di un servizio che, quando si accompagna a un adeguato potere d'acquisto, si traduce in domanda; fattore dinamico del comportamento umano e animale che indirizza a un fine particolare le attività dell'organismo". Diritto: "… facoltà, giuridicamente tutelata, di operare proprie scelte e di esigere che altri mettano in atto o si astengano da un determinato comportamento: il diritto di voto, il diritto alla quiete pubblica; … pretesa derivante da norme di carattere morale o consuetudinario: il diritto del più forte, essere lasciato in pace è un mio diritto …" Queste definizioni necessitano di una traduzione operazionale per la quale può essere utile ricordare la gerarchia che formula Abraham Maslow [2]:

1. bisogni fisiologici;
2. bisogni di sicurezza;
3. bisogno di appartenenza e di affetto;
4. bisogno di stima;
5. bisogno di autorealizzazione.

I bisogni, dice Maslow, sono tali sempre ma solo nel momento in cui vi è non solo una mancanza, ma soprattutto un timore che nel futuro vi sia il rischio di una mancata soddisfazione. Vanno quindi visti in modo dinamico, in cui un livello gerarchico alle volte può integrare o sostituire il livello precedente o successivo; ad esempio si può perdere la necessità di soddisfare bisogni fondamentali, come quelli fisiologici, se altri bisogni non sono garantiti. L'altro elemento da sottolineare nella definizione di "bisogno" è che perché emerga la domanda ci deve essere una precondizione di "potere", di solito di tipo economico; alcuni bisogni emergono se si ha la percezione di avere la possibilità di soddisfarli, altrimenti si soprassiede e ci si arrangia, magari fino alla tragedia (come quelle citate).

Il tema dei diritti è più difficile e molto più soggetto a variazioni convenzionali e storiche. Nel "diritto" vi è un doppio contenuto semantico, legale e morale, ma ambedue in qualche modo convenzionali, predefiniti da norme, siano leggi o consuetudini, alle quali si può appellare chi ne accampa il riconoscimento: in questo senso è molto difficile parlare in modo referente e fondato di diritti, non è più quell'epoca. Un po' la stessa impressione di "dichiarazioni universali dei diritti dell'uomo" fuori tempo, fanno oggi le "dichiarazioni dei diritti degli anziani". Viene in mente la frase di Cicerone: "… infelice è quella vecchiaia che a sua difesa non ha che le parole …" [3].

I bisogni psicogeriatrici. In tema di rilevanza pubblica della patologia psichica degli anziani Chapman e Perry così si esprimono [4]: "… Although public health is often conceptualised only as the prevention of physical illness, recent data suggest that mental illnesses are increasingly relevant to the mission of disease prevention and health promotion … Projections are that by 2020, depression will be second only to heart disease in its contribution to the global burden of disease as measured by disability-adjusted life years …". Però, se anche la depressione sarà la seconda causa di morbilità in USA, i comportamenti dei professionisti della cura psichica verso la popolazione anziana non sono mutati: su 76.000 psicologi in USA solo 700 dichiarano come prevalentemente interessati agli anziani [5]. Eppure la depressione e la demenza, stanno sconvolgendo interi settori della sanità pubblica, specie quella che si rivolge alle malattie croniche. Molte sono le domande ancora aperte su aspetti fondamentali di patologie psichiche oggi per gli anziani quasi epidemiche, come le demenze. La discussione riguarda anche dati di base come l'incidenza e la prevalenza. Ad esempio se ci si riferisce ai dati della Fratiglioni [6] e di Lobo [7], in rapporto all'età, si passa dalla prevalenza dello 0,8% dei 65-69, al 28,5% degli ultra 90enni: per la AD dallo 0,6% al 22,2%, con raddoppio nel 2020. Questo però non è più vero se valgano i dati di Ravaglia [8], per cui la prevalenza trovata è del 5,9% e il tasso di incidenza per 1000 persone-anno sopra i 65 anni è di 37,8 (95% CI = 30,0 a 47,7) per la demenza, 23,8 (95% CI = 17,3 a 31,7) per la malattia di Alzheimer, e 11,0 (95% CI = 7,2 a 16,9) per la demenza vascolare, il che significa in Italia 400.000 nuovi casi per anno, quasi il doppio rispetto allo studio ILSA (12,47 per 1.000; CI = 10,23-14,72) [9], ma compatibile con i risultati di uno studio sugli ultra 75enni che riporta una incidenza di 70,4 (CI = 64,0-77,4) per 1.000 persone anno [10]. Per capire l'impatto sui costi assistenziali di una sindrome come la demenza è bene valutare la natura "doppia" della storia clinica della demenza: fase pre- e post-diagnostica. Infatti nella storia naturale della sindrome, vista dal punto di vista del caregiver, si può distinguere una fase pre-diagnostica in cui il problema principale è capire natura e gravità del

danno, che si basa essenzialmente sulla valutazione del danno cognitivo, e una fase è assai più lunga che segue alla diagnosi, dove il problema principale diventa la gestione del malato e dei suoi problemi, che presentano un quadro sempre più caratterizzato da disturbi non cognitivi (psichiatrico comportamentali, disabilità, comorbilità fisica e psichica). Incerta è la definizione dei costi della diagnosi, visto che le raccomandazioni e le Linee Guida diagnostiche per la demenza possono portare a costi diversi, addirittura da 190 a 2.001, dollari Usa del 1998 [11]. Più di recente il gruppo EFNS ha prodotto delle Linee Guida diagnostiche europee [12], dove si prevede che per la diagnosi di Alzheimer l'imaging strutturale debba essere utilizzato in tutte le persone sospette di demenza, usando la TAC laddove si voglia escludere o identificare lesioni trattabili chirurgicamente e lesioni vascolari, e la RMN per la specificità della diagnosi (livello "A" di raccomandazione); SPECT e PET sono utili in seconda battuta, se permangono incertezze, e non andrebbero usate come unica misura di neuroimaging (Livello B). Facile calcolare l'aumento di costi che comporta la ricerca della specificità massima possibile della diagnosi. Altrettanto costosi i criteri pubblicati, sempre per la malattia di Alzheimer, su Lancet Neurology [13], perché la diagnosi sia accettabile in una ricerca clinica: non è difficile pensare che si cercherà di estenderli alla pratica clinica comune. In questo caso tutti coloro che rispondono al "core criterium" di un disturbo rilevante della memoria, andrebbero confermati con RMN e PET, ed esame del liquor! Questo confligge con altri aspetti della cura della malattia, altrettanto importanti e forse più costosi. La fase diagnostica nella storia naturale dei malati di Alzheimer dura attorno ai due anni, mentre il tempo maggiore è destinato ad essere speso nella fasi moderato severe, che hanno nei sintomi comportamentali e psichici il loro problema principale. Questi sintomi hanno un impatto sociale altissimo, ma anche un costo economico altrettanto importante per cui un punto di NPI (Neuropsychiatric Inventory [14]) aumenta i costi annuali di 247-409 dollari di costi totali [15]. Ma anche l'assistenza domiciliare è più costosa, se a parità di disabilità l'anziano è affetto da demenza: ad esempio per coloro che sono indipendenti in 5 o 6 attività quotidiane, la spesa è di 16486 dollari senza demenza, 28.302 $ con demenza moderata, 23.834 $ se è associata demenza severa [16]. Una parte dei costi potrebbe essere spiegata dalla particolare tipologia di disabilità che la demenza induce. Ad esempio nella RSA dell'Istituto Golgi di Abbiategrasso, è totalmente dipendente nel cammino il 59,4 dei residenti ma solo il 4,8% dei residenti dementi. Nella demenza si incontra infatti un modello di dipendenza senza riduzione di mobilità, che pone problemi del tutto particolari. Ad esempio si dilata il tempo di sorveglianza, poco gratificante, rispetto al tempo di assistenza diretta; vi è una instabilità e imprevedibilità costante delle necessità del malato, per cui diventa difficile la programmazione dei tempi, e non esiste nessun momento, nemmeno piccolo, di reale assenza di bisogno. Lo stesso accade per le patologie fisiche che possono accompagnare la demenza. Per qualche tempo in passato si è sostenuto che i malati di Alzheimer fossero "più sani" [17]; ricerche successive hanno però corretto questo pensiero, portandolo quasi sul versante opposto, con dati che dimostrano che la quota di malattie associate è più alta, anche del doppio, per le persone con demenza [18]. Anche il trattamento di queste patologie risulta più costoso se associato alla demenza, per cui ad esempio la cura di uno scompenso di cuore costa 2.781 dollari, che divengono 12.275 se lo scompensato è anche affetto da demenza di Alzheimer [19]. In pratica si profila una competizione fra la necessità di migliorare il percorso diagnostico dei malati di Alzheimer, e la necessità di non considerare terminato il compito sociale con la diagnosi: non si può proporre un iter che vale parecchie migliaia di euro per avere la diagnosi, per poi non prevedere risorse per le famiglie che assistono il malato! Per i famigliari non c'è dubbio sul fatto che i sintomi comportamentali e non cognitivi in tutta la lunga fase post-diagnostica sono la fonte di stress più importante [20].

Il discorso dei costi assistenziali imporrebbe a tutti uno sforzo di creatività, per introdurre nuove variabili nella programmazione e per poter aumentare l'efficienza degli interventi della "welfare community". Purtroppo di fronte alla demenza, si misura anche l'insufficienza dei modelli proposti per la malattia cronica in generale, come il "Chronic Care Model" [21], che pure hanno dimostrato in modo evidente la loro efficacia, specie per il self management [22]. Uno dei pilastri di questo modello è infatti la partecipazione attiva, in qualche modo l'autogestione da parte del paziente, chiaramente improponibile nel caso ad esempio dell'Alzheimer, dove andrebbe piuttosto rivolto ai caregivers. Importante invece, in questo modello, il passaggio da una medicina reattiva, disponibile cioè a rispondere a delle richieste puntuali, ad una pro-attiva, che cioè programma un intervento nel tempo, al di là delle richieste estemporanee. Vi è insomma la necessità di meglio valutare i modelli di cura di cui disponiamo o che vengono proposti: non solo per le proposte della grande letteratura scientifica internazionale, ma anche per le esperienze che maturano in residenze o in servizi sociali che faticano a tradurre in dati scientifici il loro lavoro.

Conclusioni. Dalle considerazioni fatte emergono alcune novità che ci pongono domande diverse rispetto al passato e impongono nuovi modelli di risposta:

- La malattia cronica psichica ha una storia naturale caratterizzata da alta instabilità clinica e comportamentale, che necessita di capacità professionali anche molto elevate: come gestirla?
- Il lavoro di cura di fronte a queste malattie si è trasformato sia per i famigliari che per gli staff di cura: il tempo di sorveglianza sta divenendo maggiore del tempo assistenza, senza averne le stesse caratteristiche né di metodo né di gratificazione. Come fare in modo che non sia fonte di dis-stress per i *caregivers*?
- Le capacità tecnologiche danno un incremento di specificità nella diagnosi di natura clinica delle demenze, ma portano a concentrare tutte le risorse economiche nella fase di diagnosi, di fatto ignorando i bisogni di quel che viene dopo. Ne vale la pena?
- Incertezza sull'efficacia dei farmaci e ritardo culturale e operativo nelle valutazione di efficacia e applicazione delle risposte di tipo non farmacologico?
- Necessità di applicazione del "Chronic Care Model" e difficoltà ad applicarlo alle malattie psicogeriatriche: necessario e insufficiente?

Parlare di diritti e bisogni in campo psicogeriatrico comporta oggi più cercare di porsi le domande giuste che cercare di trovare risposte: in questo condivide molti degli elementi di crisi della contingenza storica che stiamo vivendo.

Bibliografia

1 De Mauro T. *Dizionario della lingua italiana.* Bruno Paravia Mondadori editori, Milano, 2000.
2 Abraham H. *Maslow Motivazione e personalità.* Armando editore, Roma 2006: p. 84, 88, 96, 98.
3 Cicerone MT. *"De Senectute"*, XVIII 62
4 Chapman DP, Perry GS. *Depression as a major component of public health for older adults.* Prev Chronic Dis 2008;5. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm. Accessed [20/6/2008].
5 Halpain MC, Harris MJ, McClure FS, Jeste DV. *Training in geriatric mental health: needs and strategies.* Psychiatr Serv 1999;50:1205-8.
6 Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues JF, et al. *Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases Elderly Research Group.* Neurology 2000;54(Suppl 5):S10-5.
7 Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM,et al. *Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group.* Neurology 2000;54(Suppl 5):S4-9.
8 Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Martelli M, Servadei L, Brunetti N, et al. *Incidence and etiology of dementia in a large elderly Italian population.* Neurology 2005;64:1525-30.
9 Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S, et al.; *ILSA Working Group. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study.* J Am Geriatr Soc 2002;50:41-8.
10 Caracciolo B, Palmer K, Monastero R, Winblad B, Bäckman L, Fratiglioni L. *Occurrence of cognitive impairment and dementia in the community: a 9-year-long prospective study.* Neurology 2008;70:1778-85.
11 Beck C, Cody M, Souder E, Zhang M, Small GW. *Dementia diagnostic guidelines: methodologies, results, and implementation costs.* J Am Geriatr Soc 2000;48:1195-203.
12 Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, et al.; *EFNS. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline.* Eur J Neurol 2007;14:e1-26.
13 Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, et al. *Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria.* Lancet Neurol 2007;6:734-46.
14 Cummings JL. *The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients.* Neurology 1997;48:S10-S16.
15 Murman DL, Chen Q, Powell MC, Kuo SB, Bradley CJ, Colenda CC. *The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD.* Neurology 2002;59:1721-9.
16 Taylor DH Jr, Schenkman M, Zhou J, Sloan FA. *The relative effect of Alzheimer's disease and related dementias, disability and comorbidities on cost of care for elderly people.* J Gerontol 2001;56B:S285-93.
17 Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Brod MS, Levy A, Foley CJ, Termotto V, et al. *Are Alzheimer patients healthier?* J Am Geriatr Soc 1988;36:219-24.
18 Lyketsos CG, Galik E, Steele C, Steinberg M, Rosenblatt A, Warren A, et al. *The General Medical Health Rating: a bedside global rating of medical comorbidity in patients with dementia.* J Am Geriatr Soc 1999;47:487-91.
19 Hill JW, Futterman R, Duttagupta S, Mastey V, Lloyd JR, Fillit H. *Alzheimer's disease and related dementias increase costs of comorbidities in managed.* Med Neurol 2002;58:62-70.
20 Marvardi M, Mattioli P, Spazzafumo L, Mastriforti R, Rinaldi P, Polidori MC, et al.; Study Group on Brain Aging; Italian Society of Gerontology and Geriatrics. *The Caregiver Burden Inventory in evaluating the burden of caregivers of elderly demented patients: results from a multicenter study.* Aging Clin Exp Res 2005;17:46-53.
21 Wagner EH. *Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?* Eff Clin Pract 1998;1:2-4.
22 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. *Patient self-management of chronic disease in primary care.* JAMA 2002;288:2469-75.

Golden Symposium

FARMACI E ANZIANO: AMICI O NEMICI?

Moderatori: R. Bernabei, J.L.R. Pumar (Roma)

L'anziano fragile nei trials clinici: qualcosa deve cambiare?

S. Del Signore

European Medicines Agency (EMEA)

La crescente prevalenza nella popolazione generale di anziani, persone molto anziane, e anziani fragili, genera esigenze terapeutiche importanti e caratteristiche di questa fascia di età e dei suoi sottogruppi specifici. Ciò richiede a sua volta per ogni nuova medicina una caratterizzazione ottimale e mirata della sicurezza ed efficacia sia nella popolazione geriatrica nel suo insieme che nei sottogruppi specifici.

L'approccio generale da un punto di vista normativo, è che la maggioranza dei dati clinici, ed in particolare quelli relativi all'efficacia, debbano essere estrapolati dai grandi trials clinici controllati, i cosiddetti *studi confermatorii di fase 3*, che sono condotti nella popolazione generale affetta dalla patologia di interesse.

In aggiunta e più specificamente, dati sufficienti a caratterizzare il profilo farmacocinetico del nuovo prodotto debbono essere prodotti grazie ad appositi studi condotti nel paziente anziano.

In generale , per qualsiasi medicinale destinato ad un uso significativo negli anziani, è necessario includere negli studi clinici un minimo di 100 pazienti di età uguale o superiore a 65 anni. Ciò "*di solito consente di individuare le differenze clinicamente importanti*" nella risposta al farmaco rispetto ai pazienti più giovani (dalla lineaguida della Conferenza Internazionale di Armonizzazione (ICH) E7 "Popolazioni speciali: Geriatria").

Questo approccio è guidato dall'imperativo di evitare l' esposizione non necessaria dell'anziano ai prodotti in fase sperimentale e al tempo stesso di proteggere adeguatamente i pazienti disposti a partecipare alla ricerca clinica.

Tuttavia, oggi, questo numero può essere rimesso in discussione. L'acquisizione sistematica di dati controllati, e/o dati provenienti da altre attività cliniche svolte anche successivamente all'approvazione iniziale del prodotto dovrebbe essere presa in considerazione. Sia il piano sperimentale e la metodologia dello studio come le dimensioni della base di dati clinici, debbono essere adeguati a caratterizzare efficacemente i rischi ed i benefici propri alla popolazione geriatrica.

Nel dicembre 2006, a seguito della richiesta di un parere scientifico da parte della Commissione Europea, l'Agenzia Europea del Farmaco (EMEA) ha riesaminato il *corpus* esistente delle lineeguida europee e parallelamente ha controllato un campione recente di autorizzazioni all'immissione in commercio di nuovi farmaci nell'Unione Europea [1].

I risultati di questa ricerca documentale hanno dimostrato una ragionevole compliance con le raccomandazioni contenute nella ICH E7 quanto alla partecipazione di pazienti anziani negli studi clinici presentati all'EMEA al momento della prima valutazione per l'au-

torizzazione all'immissione sul mercato. Tutti i fascicoli esaminati avevano incluso nel loro sviluppo clinico almeno 100 pazienti di età superiore a 65 anni. Tuttavia, ulteriori analisi sarebbero necessarie per verificare se i pazienti nella fascia di età più elevate o i pazienti fragili fossero stati inclusi in numero sufficiente. Nei casi in cui l'inclusione dei pazienti di oltre 65 anni era proporzionalmente bassa, il fascicolo conteneva comunque: o studi specifici (studi di farmacocinetica), o un'analisi indipendente per la correlazione dose-risposta, o un'analisi della sicurezza ed efficacia nel sottogruppo di età. In caso contrario, la menzione di una ridotta disponibilità di dati clinici nel paziente anziano era stata inclusa nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (SPC). In altri casi era stato richiesto al titolare della domanda di fornire ulteriori dati attraverso gli aggiornamenti periodici per sicurezza del prodotto(PSUR).

Con l'obiettivo di procedere oltre questo primo passo l'EMEA ha quindi avviato una fase di consultazione con le società scientifiche e con le altre parti in causa, circa la presenza dell'anziano nel campione di popolazione da considerarsi nel quadro dello sviluppo clinico dei nuovi farmaci.

Può essere utile ora concentrarsi su alcuni punti pratici di discussione, e tra questi in particolare il concetto di *fragilità*.

Cut-offs in base all'età. Il soggetto anziano è definito dal limite di 65 anni (età pensionabile). Anche se questa definizione inclusiva della popolazione anziana è da considerarsi giusta, la definizione di classi di età specifiche, come "grandi anziani" dovrebbe essere standardizzata per quanto concerne la ricerca clinica.

Endpoints. Parametri di efficacia specifici per le fascie di età possono essere opportuni per le malattie prevalenti nei pazienti anziani. La qualità di vita e il mantenimento delle abilità funzionali sono spesso la preoccupazione principale dei pazienti, delle loro famiglie e del Medico, rispetto al semplice prolungamento della vita. L'uso (supplementare) di endpoints adattati / specifici appare opportuno in sede di misurazione dei benefici clinici nella popolazione anziana. È' importante concordare specifici strumenti e mettere a disposizione sufficiente dati per la loro validazione.

Frailty. I pazienti molto anziani rappresentano una popolazione eterogenea. Condizioni e terapie concomitanti possono rendere l'estrapolazione da un determinato campione poco precisa. D'altro canto, l'inclusione di soli soggetti anziani altrimenti sani, può produrre risultati di limitata applicabilità alla popolazione reale, più eterogenea.

Fino ad oggi, almeno da un punto di vista normativo, non vi è alcuna definizione di standard operativi per il sottogruppo di pazienti fragili all'interno della popolazione geriatrica.

La fragilità risulta da una complessa fisiopatologia, e il concetto di fragilità è ancora in evoluzione in campo scientifico. Seppure le condizioni croniche, co-morbilità e di dipendenza fisica contribuiscono alla fragilità, tuttavia non la definiscono

L'importante sottogruppo di pazienti anziani fragili dovrebbe essere riconosciuto nelle linee guida. È importante anche chiarire che al momento non ci sono raccomandazioni dettagliate applicabili al paziente fragile in quanto tale. Infatti, questi pazienti sono considerati come singoli casi complessi che richiedono un'attenta caratterizzazione clinica individuale da parte del geriatra, e caso per caso, l'adattamneto a quel paziente dei migliori standard terapeutici.

Attualmente sembra particolarmente arduo impostare raccomandazioni specifiche per degli studii nel paziente fragile come pure l'incorporare tali obiettivi nel quadro di un programma generale per lo sviluppo di nuovi farmaci.

Un progresso di rilievo nella valutazione della situazione sarà rappresentato da una stima affidabile del numero di pazienti fragili effettivamente coinvolti negli studi clinici, e da un chiarimento con i numerosi soggetti interessati su ciò che è possibile e fattibile attuare in termini di studi specifici.

Può essere utile valutare meglio i problemi correlati alla somministrazione dei medicinali e alla compliance. In questo senso lo sviluppo di formulazioni galeniche - che facilitino l'adeguamento della dose (per esempio al peso corporeo)- può essere una strada interessante. Ciò può consentire sia ai pazienti che e a coloro che ne prendono cura di ridurre il rischio di errori terapeutici e più in generale di migliorare la compliance verso la terapia prescritta.

Un *consensus* si rende necessario all'interno della comunità scientifica internazionale per la definizione dei parametri che contribuiscono alla 'fragilità' e successivamente per la corretta rappresentazione negli studi clinici di questo importante sottogruppo.

References

[1] EMEA/498920/2006 COMMITTEE FOR HUMAN MEDICINAL PRODUCTS (CHMP) *Adequacy of Guidance on the Elderly Regarding Medicinal Products for human use.* London. 14 December 2006.

Linee Guida nell'anziano con polipatologia: utili o dannose

S. Volpato

Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria; Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale; Università di Ferrara

Gli ultimi dieci anni hanno testimoniato una importante trasformazione dei criteri tradizionalmente usati nel processo decisionale che guida la pratica clinica. Questi mutamenti culturali hanno ridimensionato l'importanza dell'intuizione individuale e dell'esperienza clinica non sistematica come elementi sufficienti per supportare le scelte diagnostiche e soprattutto terapeutiche del medico. Parallelamente si è assistito invece alla progressiva enfatizzazione del ruolo dell'"evidenza" come elemento guida per l'atto medico e per la traslazione concreta dei dati della letteratura scientifica al letto del malato. La Medicina Basata sull'Evidenza cerca dunque di condizionare in modo diretto la pratica clinica e le scelte di politica sanitaria sulla base di risultati scientifici oggettivi e difficilmente confutabili. Tuttavia la pratica della medicina basata sull'evidenza richiede l'acquisizione di nuovi strumenti da parte del clinico pratico quali la capacità di cercare e selezionare in modo efficiente la letteratura scientifica usando regole standardizzate per valutare in modo appropriato la qualità e la forza delle evidenze offerte dalla letteratura stessa.

Nel tentativo di agevolare il clinico in questo processo decisionale molte società scientifiche accreditate e gruppi di studio internazionalmente riconosciuti hanno elaborato e redatto Linee Guida di pratica clinica che attualmente sono considerate un elemento indispensabile per il miglioramento della pratica clinica e della qualità delle

cure erogate. Questi documenti riassumono ed elencano in modo articolato i principali obiettivi del trattamento, farmacologico e non, per una specifica malattia, evidenziandone i potenziali benefici sulla base dei risultati dei grandi trial clinici randomizzati o di ampie metanalisi. Inoltre le Linee Guida forniscono raccomandazioni per il trattamento ottimale della malattia in oggetto. Scopo principale delle Linee Guida è certamente l'ottimizzazione e la standardizzazione delle cure erogate a livello territoriale e nei diversi *setting* assistenziali. Il ruolo attribuito a questi documenti è confermato dal fatto che l'applicazione sistematica delle indicazioni contenute nelle Linee Guida rappresenta oggi un indicatore di performance e quindi di qualità di molte unità operative ospedaliere.

La maggior parte di questi documenti si focalizza su una specifica patologia e basa le sue raccomandazioni su "evidenze" derivate da studi sperimentali condotti essenzialmente su soggetti adulti o in età presenile, affetti nella maggior parte dei casi solamente da quella specifica patologia o al massimo da patologie fisiopatologicamente associate alla malattia stessa, come ad esempio la presenza di dislipidemia o ipertensione arteriosa in un paziente affetto da diabete mellito tipo 2. Raramente questi grandi trial clinici arruolano pazienti molto anziani affetti da molteplici malattie.

Lo scenario clinico in campo geriatrico è tuttavia molto diverso, poiché il paziente anziano è tipicamente caratterizzato da elevata comorbilità, polifarmacoterapia, riduzione dell'autonomia funzionale, deterioramento cognitivo ed elevata instabilità clinica. Quest'ultimo fattore è spesso responsabile di continue modificazioni dello schema terapeutico usuale del paziente.

Secondo i dati ISTAT del 2005 in Italia oltre il 40% dei soggetti anziani è affetto da 3 o più malattie croniche e oltre il 75% dei soggetti ultrasessantacinquenni assume regolarmente uno o più farmaci. Secondo i dati della letteratura internazionale inoltre circa il 40% dei soggetti anziani assume contemporaneamente almeno 5 farmaci. Infine va sottolineato come le preferenze e le priorità in termini di qualità della vita del paziente anziano siano molto eterogenee e soprattutto diverse rispetto ai soggetti più giovani. Da un punto di vista pratico appare quindi evidente la necessità di Linee Guida specifiche per il soggetto anziano che siano in grado di fornire indicazioni differenziate in rapporto alle diverse caratteristiche della popolazione. Tali raccomandazioni dovrebbero ovviamente essere basate su evidenze dirette e non estrapolate da trial clinici progettati per soggetti adulti o anziani senza comorbilità. La Tabella I riporta le principali caratteristiche che dovrebbero essere contenute nelle Linee Guida destinate a orientare il trattamento farmacologico dei soggetti anziani con comorbilità. Allo stato attuale invece anche le Linee Guida redatte dalle più prestigiose società scientifiche internazionali molto raramente rispondono a questi requisiti.

La mancanza di Linee Guida appropriate per i pazienti anziani affetti da patologie multiple può avere importanti conseguenze pratiche. Innanzitutto appare evidente come la pedissequa applicazione in parallelo delle raccomandazioni esistenti per ogni singola malattia possa facilmente esporre il paziente geriatrico agli effetti dannosi della polifarmacoterapia, talvolta anche irrazionale. Per esempio è stato stimato che una paziente di 79 anni affetta da 5 tra le più comuni malattie croniche dell'anziano (broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete, osteoporosi, ipertensione arteriosa e osteoartrosi) dovrebbe assumere ogni giorno, secondo le indicazioni delle diverse Linee Guida, 12 farmaci suddivisi in 17 somministrazioni, in aggiunta a molteplici interventi non-farmacologici. È ben noto come un regime terapeutico così complesso si associ, da un lato ad una drammatica riduzione della compliance del paziente alla prescrizione, e dall'altro ad un incremento esponenziale del rischio di eventi avversi ed interazioni farmacologiche. Questo ultimo punto appare di fondamentale importanza in quanto non solo aumenta la possibilità di eventi avversi ma potenzialmente può ridurre l'effetto benefico di alcuni dei farmaci prescritti. Infatti la maggior parte dei trial clinici, precludendo l'arruolamento dei pazienti con elevata comorbilità, non permettono di verificare il reale effetto dei farmaci studiati quando somministrati contemporaneamente ad altri farmaci prescritti per altre patologie. Nel soggetto anziano anche il sostegno socio-familiare, lo stato funzionale e quello cognitivo possono condizionare la compliance terapeutica e l'efficacia dei diversi farmaci. Per esempio in pazienti in terapia con anticoagulanti orali la propensione alle cadute, lo stato cognitivo e la disponibilità di *caregivers* sono importanti determinanti del rischio di effetti

Tab. I. Caratteristiche fondamentali delle Linee Guida di Pratica Clinica per pazienti anziani con comorbilità.

– Indicazioni di trattamento specifiche in base a:	– età – comorbilità – stato funzionale (fisico e cognitivo)
– Valutazione della forza dell'evidenza in rapporto alle caratteristiche del paziente:	– età – comorbilità – stato funzionale (fisico e cognitivo)
– Indicazioni della forza dell'evidenza descritte in termini di effetti positivi ed effetti negativi	
– Indicazioni della forza dell'evidenza presentate in termini di rischio assoluto piuttosto che di rischio relativo	
– Raccomandazioni differenziate in base al tipo di comorbilità	– 1 patologia associata – 2 o più patologie associate
– Prioritarizzazione delle raccomandazioni in relazione al livello e al tipo di comorbilità	
– Valutazione del rapporto tra tempo necessario per ottenere il beneficio clinico atteso e la spettanza di vita stimata del paziente	

collaterali. Nessuna Linea Guida sull'uso degli anticoagulanti nel paziente anziano modula le raccomandazioni in funzione di queste caratteristiche. Infine la mancanza di Linee Guida appositamente dedicate al paziente anziano con polipatologia può determinare la mancata prescrizione di farmaci potenzialmente utili, proprio per la mancanza di evidenze sulle quali basare la scelta terapeutica. Analizzando in questa ottica le Linee Guida attualmente disponibili appare chiaro come la loro applicazione in ambito geriatrico rappresenti un problema clinico rilevante che quando non appropriatamente affrontato può generare più problemi che benefici. In altre parole sorge il dubbio che ciò che, secondo i dati della letteratura, si ritiene utile per la malattia in sé possa non esserlo in ugual misura per il paziente affetto da quella malattia.

D'altra parte è doveroso sottolineare come, pur con tutti i limiti descritti, questi documenti rappresentino un razionale e ben articolato riassunto delle migliori evidenze disponibili per uno specifico problema e di conseguenza costituiscano comunque un valido strumento in diverse situazioni cliniche. Una abolizione improvvisa e drastica dell'utilizzo delle Linee Guida di pratica clinica avrebbe, con molta probabilità, conseguenze altrettanto negative a quelle sopradescritte. In attesa di nuovi studi di intervento specificatamente condotti su pazienti anziani con comorbilità sui quali costruire Linee Guida specifiche per il soggetto anziano, il geriatra è chiamato, più di ogni altro specialista, ad un uso razionale ed estremamente individualizzato delle evidenze attualmente disponibili. A questo fine la valutazione multidimensionale geriatrica appare, ancora una volta, lo strumento indispensabile.

Bibliografia

Montori VM, Guyatt GH. *Progress in evidence-based medicine*. JAMA 2008;300:1814-6.

Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. *Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions*. N Engl J Med 2004;351:2870-4.

Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance.* JAMA 2005;294:716-24.

Gurwitz JH. *Polypharmacy: a new paradigm for quality drug therapy in the elderly?* Arch Intern Med 2004;164:1957-9.

Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, De Bellis KR, Seger AC, et al. *Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting.* J Am Geriatr Soc 2004;52:1349-54.

Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. *Understanding the treatment preferences of seriously ill patients.* N Engl J Med 2002;346:1061-6.

Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD; *Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report.* J Am Geriatr Soc 2004;52:625-34.

O'Condor PJ. *Adding value to Evidence-Based Clinical Guidelines.* JAMA 2005;294:741-3.

Reazioni avverse: come prevederle e prevenirle?

G. Onder

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Poiché gli anziani sono affetti frequentemente da molteplici patologie, essi assumono molti farmaci. È stata calcolato che circa il 60-80% degli anziani ultrassessantacinquenni riceve uno o più farmaci e addirittura il 10% riceve 5 o più farmaci. I farmaci di più comune utilizzo sono solitamente i farmaci cardiovascolari e gli antipertensivi, seguiti dagli analgesici, dai sedativi, e dai farmaci gastrointestinali come i lassativi e i farmaci gastroprotettori. Come conseguenza dell'ampio uso di farmaci, nei Paesi Occidentali le reazioni avverse da farmaci rappresentano un'importante emergenza sanitaria, essendo responsabili di circa il 3-5% di tutti i ricoveri in ospedale e determinando complessivamente il 5-10% dei costi ospedalieri. Inoltre le reazioni avverse a farmaci sono associate ad un sostanziale aumento della morbilità e mortalità. I pazienti anziani sono particolarmente suscettibili al rischio di reazioni avverse in considerazione del fatto che, oltre a ricevere molti farmaci, essi possono presentare una ridotta capacità di gestire i farmaci. Inoltre va ricordato che l'età avanzata è associata ad importanti cambiamenti nella farmcocinetica e farmacodinamica. Per prevedere le reazioni avverse è necessaria una corretta valutazione dei fattori di rischio, tramite i quali identificare una popolazione a rischio sulla quale indirizzare eventuali interventi.

Per esempio, l'uso dei farmaci inappropriati, definiti come i farmaci i cui rischi superano i benefici, aumenta notevolmente nei soggetti anziani il rischio di reazioni avverse. Fin dal 1991 Beers ha sviluppato una serie di criteri per definire l'uso di farmaci inappropriati, con l'intento di fornire uno strumento utile per valutare la qualità della prescrizione farmacologia negli anziani. Nonostante il fatto che questi criteri non possono sostituire un'attenta valutazione clinica da parte del medico, essi possono essere utilizzati in studi di farmacoepidemiologia come base per formazione dei medici e per valutare la qualità dell'assistenza. Inoltre l'identificazione dei fattori associati alla prescrizione inappropriata può essere utile per disegnare e implementare programmi formativi atti ad influenzare i patterns di prescrizione farmacologia. Studi pubblicati nella letteratura scientifica internazionale hanno mostrato che l'uso di farmaci inappropriati è estremamente comune sia in pazienti anziani che vivono al domicilio che in Residenza Sanitaria Assistita, in lungodegenza, con una prevalenza di uso che varia tra il 12 ed il 40%.

Va inoltre sottolineato il fatto che la realtà efficacia di molti farmaci non è mai stata testata nei soggetti molto anziani con polipatologia o che assumono regimi terapeutici particolarmente complessi. Questo tipo di pazienti complessi sono generalmente esclusi dai grandi trial clinici sulla base dei quali è valutata l'efficacia dei farmaci e rappresentano a ragione un 'buco nero' nella farmacoepidemiologia clinica. In questo contesto, le banche dati, quali quella dello studio GIFA (Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell'Anziano) e del SAGE (*Sytematic Assessment of Geriatric Drug Use via*

Epidemiology) hanno fornito dati importanti circa l'efficacia di alcuni farmaci nei grandi vecchi e nei soggetti più fragili. Queste banche dati hanno garantito inoltre la possibilità di monitorare il comportamento prescrittorio dei medici in Italia e negli Stati Uniti rispettivamente.

Un importante concetto di farmacoepidemiologia clinica è rappresentato dal nesso di causalità tra l'utilizzo di un farmaco ed un effetto sia esso positivo o negativo. Per poter affermare la presenza di un nesso di causalità tra l'esposizione ad un farmaco ed un effetto, alcuni principi debbono essere rispettati. Questi sono la relazione temporale (l'effetto deve insorgere dopo l'esposizione), la forza della associazione, la presenza di relazione dose-risposta (all'aumentare della dose aumenta l'effetto), la consistenza della associazione (stesso risultato in diversi studi), effetto della rimozione dell'esposizione (la cessazione del farmaco rimuove l'effetto) e la plausibilità biologica. La presenza di questi criteri è sempre necessaria per dimostrare che un'associazione tra un farmaco e un effetto (o in generale tra qualsiasi tipo di esposizione ed un effetto) è causale.

Infine, un capitolo a parte merita il concetto di 'effetto di classe'. Questo concetto, basato sull'assunto che tutti i farmaci con lo stesso meccanismo d'azione abbiano lo stesso effetto e che possa essere ritenuto che i benefici o gli eventi aversi di un farmaco possano essere generalizzati a tutta la classe non sempre è suffragato dai dati della letteratura disponibili nei clinical trias. Per questa ragione la scelta di un farmaco all'interno di una classe farmacologica va sempre pesato in base alla disponibilità di dati derivati da trials clinici.

Gli anziani: una categoria a rischio di errori farmacologici

G.P. Velo, L. Magro

Farmacologia medica, Università di Verona

Introduzione. "È peggio di un crimine: è un errore". Così si è espresso il Marchese di Talleyrand, aristocratico francese del 1700 [1].

In un articolo per il Corriere della Sera del 26 giugno 2007, Giuseppe Remuzzi, coordinatore delle ricerche dei laboratori "Negri" di Bergamo, scrive: "Più morti per errore medico che per incidenti". E continua "Il rapporto è di due a uno negli USA e non c'è ragione per non pensare che sia così anche in Italia".

C'è anche addirittura chi lo definisce il business delle cause per errore medico, che vede uniti avvocati, assicurazioni e media (Maurizio Maggiorotti, presidente AMAMI – Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente).

Tutti noi commettiamo degli errori, ma ci sono diversi modi per cercare di evitarli, primo fra tutti la consapevolezza che l'errore è possibile.

Classificazione e tipologia di errori. Con *medication error* si intende "una mancanza, un difetto nelle varie fasi del processo terapeutico che provoca un danno, reale o anche solo potenziale, al paziente" [1].

Il processo terapeutico inizia con la prescrizione del farmaco per curare una condizione patologica o semplicemente i suoi sintomi, o ancora per indagare o prevenire una malattia o dei cambiamenti fisiologici. Seguono diverse fasi quali la trascrizione, la preparazione, la dispensazione, la somministrazione del farmaco e il suo monitoraggio. In tutte queste fasi può nascere l'errore.

Come si può notare, la definizione data non specifica chi fa l'errore (potrebbe essere un medico, un infermiere, un farmacista, chi assiste il paziente, il paziente stesso o un'altra persona ancora). Allo stesso modo, non specifica chi ha la responsabilità di prevenire gli errori, perché ogni soggetto coinvolto nelle varie fasi del processo è responsabile della propria attività.

Sono quattro i tipi principali di errore quando si fa uso di un farmaco [1]:

- errori che si verificano per difetto di conoscenza;
- errori che si verificano perché si ricorre a metodi sbagliati, o si applicano scorrettamente metodi adeguati;
- errori che si verificano per azioni sbagliate (o semplici sviste);
- errori che si verificano per dimenticanza (per lapsus).

Dimensione del problema. La rilevanza e la tipologia degli errori farmacologici, sia in ambiente ospedaliero che extra-ospedaliero, sono ben documentate in letteratura.

In uno studio condotto in un ospedale britannico su 36.200 prescrizioni di farmaci è stato individuato un errore di prescrizione nell'1,5% dei casi, la maggior parte dei quali riconducibile alla scelta della dose; tali errori erano potenzialmente gravi nello 0,4% dei casi [2].

In un altro studio statunitense, l'1,7% delle prescrizioni dispensate da farmacie sul territorio conteneva errori. I più comuni sono legate alle istruzioni fornite dai farmacisti [3].

I pazienti più anziani ricevono un maggior numero di medicinali, e perciò sono esposti ad un più alto rischio di errori farmacologici. Uno studio ha valutato l'incidenza e la prevedibilità degli eventi avversi correlati ad un farmaco in 27.617 soggetti anziani (età media 74,7) in un *setting* ambulatoriale durante un anno di lavoro. Sono stati identificati 1.523 eventi avversi, di cui 27,6% considerati prevedibili. Nell'ambito degli eventi avversi prevedibili, considerando che ogni evento poteva essere associato a più di un errore, gli Autori hanno stimato che il 58,4% erano associati ad errori di prescrizione, il 60,8% al monitoraggio, mentre il 21,1% all'aderenza del paziente alla terapia [4].

Secondo uno studio del 2003 che ha valutato la prevalenza di un'inappropriata prescrizione tra 5.734 pazienti anziani ospedalizzati (età media 79 anni), il 14,6% ha ricevuto uno o più farmaci considerati inappropriati sulla base dei criteri di Beers pubblicati nel 1997. Ticlopidina, seguita da digossina e amitriptilina sono stati i farmaci maggiormente coinvolti [5].

In un altro lavoro sull'impatto di un uso inappropriato di farmaci tra 5.152 pazienti anziani ospedalizzati (età media 78,8), il 28,6% ha ricevuto uno o più farmaci inappropriati secondo i criteri di Beers et al. pubblicati nel 2003 (che superano quelli del 1997) [6].

Ma chi commette maggiormente errori? Secondo Cooper et al., che hanno condotto una ricerca sugli errori degli anestesisti, nessuna specialità è immune da errori [7].

Gli errori medici hanno sicuramente un costo. Il Canadian Institute for Health Information ha riferito che, ogni anno, nel Paese si

determinano 23.750 morti, 1,1 milioni di giorni in più di degenza ospedaliera e 750 milioni di dollari di spese sanitarie extra a causa di errori farmacologici provocati da medici, farmacisti ed ospedali [8].
Si parla di errori farmacologici, ma questi sono prevedibili, riducibili ed anche evitabili. A riguardo alcune nazioni, come la Germania e la Francia, hanno messo a punto strumenti atti a segnalare e prevenire gli errori legati all'uso dei farmaci [9 10].

Bibliografia

1 Ferner RE, Aronson JK. *Clarification of terminology in medication errors: definitions and classification.* Drug Saf 2006;29:1011-22.
2 Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. *Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance.* Qual Saf Health Care 2002;11:340-4.
3 Flynn EA, Barker KN, Carnahan BJ. *National observational study of prescription dispensing accuracy and safety in 50 pharmacies.* J Am Pharm Assoc 2003;43:191-200.
4 Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. *Incidence and preventability of adverse drug events smong older persons in the ambulatory setting.* JAMA 2003;289:1107-16.
5 Onder G, Landi F, Cesari M, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R, on behalf of investigators of the GIFA study. *Inappropriate medication use among hospitalized older adults in Italy: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly.* Eur J Clin Pharmacol 2003;59:157-62.
6 Onder G, Landi F, Liperoti R, Fialova D, Gambassi G, Bernabei R. *Impact of inappropriate drug use among hospitalized older adults.* Eur J Clin Pharmacol 2005;61:453-9.
7 Cooper JB, Newbower RS, Kitz RJ. *An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: considerations for prevention and detection.* Anesthesiology 1984;60:34-42.
8 Kondro W. *Canadian report quantifies cost of medical errors.* Lancet 2004;363:2059.
9 Tuffs A. *Germany sets up a system for reporting medical mistakes.* BMJ 2005;330:922
10 Dufay E, Schmtt E, Kettani C, Calop J. *Un réseau épidémiologique de l'erreur médicamenteuse.* Pharm Hosp 1998;33:14-8.

LETTURA

L'anziano con frattura di femore: determinanti della sopravvivenza e dello stato funzionale

S. Maggi per il gruppo SISAV

CNR Istituto di Neuroscienze-Sezione Invecchiamento, Padova

Il trattamento chirurgico per la frattura del femore è stato introdotto negli anni '50, in precedenza i pazienti erano trattati con metodi conservativi basati sulla trazione e l'allettamento. Il trattamento chirurgico comporta una maggior probabilità di consolidamento della frattura senza accorciamento dell'arto ed un miglior esito della riabilitazione, una durata del ricovero più breve ed un più frequente ritorno del paziente alla propria residenza originaria [1]. In una ottica di popolazione è poco plausibile che esistano differenze nelle caratteristiche della frattura, o nello stato di salute generale dei pazienti che possano influenzare il giudizio di operabilità, tali da giustificare la presenza di importanti differenze nella quota di pazienti che vengono giudicati idonei per il trattamento chirurgico. In un'analisi del CNR di Padova che nel 2000 aveva valutato il profilo di cura delle fratture del femore in diversi centri sparsi sul territorio nazionale, la percentuale di pazienti trattati chirurgicamente variava dal 64% in un centro al 91% in un altro centro. La maggior parte dei centri si attestava su una percentuale di 80-85%.
A Padova la percentuale di pazienti operati è variata da 88% nel 2000 ad oltre il 97% nel 2005, dimostrando quindi un adeguamento significativo agli standard internazionali.
Nel profilo di cura del paziente, fondamentale è anche la tempestività dell'intervento, che dovrebbe essere entro 48 ore dall'evento per evitare complicanze a breve e medio termine [2].
Il paziente anziano con frattura presenta spesso una comorbidità importante, che può condizionare la scelta anestesiologica e chirurgica, nonché la tempestività dell'intervento chirurgico. Ferma restando la necessità di stabilizzare il paziente prima dell'intervento, si ritiene rara la necessità di aspettare oltre le 48 ore [3].
Nel progetto "Registro delle fratture del femore", finanziato dal Ministero della Salute come ricerca finalizzata dal 2003, abbiamo rilevato una riduzione significativa (28%) del rischio di morte e di disabilità (34%) a 6 mesi per i soggetti operati entro le 48 ore, pur controllando per età, sesso, comorbidità e disabilità pre-frattura. Quindi, nel Progetto SISAV (Sistema di Indicatori per la Salute dell'Anziano nel Veneto), attualmente in corso, abbiamo preparato il documento allegato, che sintetizza la posizione di un gruppo di lavoro, che comprende ortopedici, clinici, epidemiologi e responsabili dei servizi di Farmacia delle ASL coinvolte nella Regione Veneto.
Il progetto "SISAV-2" (Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute 2005), coordinato dalla Sezione Invecchiamento-CNR di Padova, coinvolge le seguenti Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto:
– Azienda Ospedaliera-Università di Padova;
– ULSS 3 "Bassano";
– ULSS 4 "Alto Vicentino";
– ULSS 5 "Ovest Vicentino";
– ULSS 6 "Vicenza";
– ULSS 7 "Pieve di Soligo";
– ULSS 9 "Treviso";
- ULSS 16 "Padova".

Affronta globalmente i casi di frattura prossimale del femore in tutti i soggetti con età ≥ 60 anni, con esclusione dei politraumatismi e delle fratture secondarie (ad esempio, da metastasi ossee).
Sono inclusi tutti i soggetti, indipendentemente dal livello cognitivo e dalla situazione di autonomia pre-frattura.
Si propone, in maniera del tutto innovativa per il Veneto, come una sorta di "ricerca-intervento": infatti, oltre agli obiettivi conoscitivi propri di una Ricerca Sanitaria Finalizzata, sperimenterà concreti cambiamenti organizzativi ed assistenziali, in grado di modificare i risultati in termini di salute dei pazienti, e di migliorare la qualità del lavoro degli operatori.
Tutti i cambiamenti di procedure, protocolli e modelli organizzativi vengono preliminarmente concordati e condivisi fra i professionisti che poi saranno coinvolti nella fase applicativa.
La profilassi antitrombotica. Tutti i pazienti, fin dal giorno del ricovero, vengono posti in terapia con eparina a basso peso molecolare che, sospesa il giorno dell'intervento, va protratta per 30

giorni, qualsiasi sia il percorso assistenziale successivo [4]. In caso di dimissione a domicilio, il farmaco necessario per il completamento del ciclo terapeutico viene fornito dalla farmacia ospedaliera all'atto della dimissione. Tutti i pazienti vengono monitorati con una conta piastrinica a 7 e 14 giorni dall'inizio del trattamento.

Sono consigliati anche: il trattamento pneumatico intermittente e l'elastocontenzione (II classe) entrambi da attuare se presente uno dei seguenti fattori di rischio aggiuntivi:

– pregressi eventi tromboembolici;
– stato trombofilico;
– paziente oncologico/trattamento chemioterapico;
– insuff. venosa cronica;
– obesità;
– immobilità protratta.

La profilassi antibiotica. Tutti i pazienti devono effettuare un'adeguata profilassi antibiotica perioperatoria (cefalosporine di II generazione) che va iniziata 1 ora prima dell'incisione e completata entro le successive 24 h [5].

Il trattamento chirurgico. È necessario sottoporre a trattamento chirurgico il paziente entro 24-48 h dall'evento. Prima dell'intervento, al fine di ridurre il rischio operatorio, il paziente deve essere cateterizzato, stabilizzato dal punto di vista emodinamico (anemia; emoconcentrazione; scompenso cardiaco; cardiopatia ischemica) e metabolico (diabete) [6].

Nel caso di fratture del collo del femore, seguendo la classificazione di Garden, il trattamento sarà il seguente:

I tipo: avvitamento percutaneo

– Vantaggi: brevi tempi operatori, non perdite ematiche, mobilizzazione immediata, carico parziale entro pochi giorni e entro 30 gg totale se il dolore lo concede.
– Svantaggi: rischio di insuccesso per cedimento delle viti, per mancata consolidazione della frattura o per necrosi della testa.

II, III e IV tipo: sostituzione protesica

Protesi totale (non cementata o cementata): se il paziente deambulava autonomamente, è orientato o ASA 2.

Protesi parziale biarticolare (non cementata o cementata): se il paziente non deambulava, non è orientato o ASA 3.

– Vantaggi: mobilizzazione immediata, deambulazione con carico graduale entro la prima settimana, minore rischio di reintervento rispetto all'avvitamento, soprattutto per la protesi totale.
– Svantaggi: maggior rischio operatorio, perdite ematiche prevedibili, eventualmente da compensare mediante trasfusioni.

Nel caso di fratture della regione trocanterica (laterali, intertrocanteriche, sottotrocanteriche) sono indicati:

Chiodo trocanterico (cefalo-condilico)

– Vantaggi: brevi tempi operatori, sintesi stabile, precoce mobilizzazione, deambulazione con carico completo possibile dalle prime giornate post-operatorie.
– Svantaggi: perdite ematiche, eventualmente da compensare mediante trasfusioni.

Vite-Placca a scivolamento

– Vantaggi: riduzione anatomica, sintesi stabile, precoce mobilizzazione, minori perdite ematiche peri-operatorie.
– Svantaggi: maggiore aggressività chirurgica, deambulazione con graduale ripresa del carico dopo 4 settimane.

Inchiodamento secondo Ender

– Solo per particolari condizioni generali di salute.

Raccomandazioni.

1. Numerose evidenze scientifiche dimostrano l'efficacia della trazione solo nelle fratture sotto-trocanteriche.
2. È necessario rimuovere il catetere entro i primi 3 gg dall'intervento.

La riabilitazione. Il trattamento riabilitativo dell'operato di frattura dell'estremità prossimale del femore (trattato con protesi od osteosintesi) va intrapreso non appena il paziente è stabilizzato da un punto di vista emodinamico. Generalmente dalla 2° giornata dall'intervento [7].

Obiettivi primari.

1. Recupero funzionale dell'arto attuato attraverso una mobilizzazione precoce e la rieducazione alla deambulazione.
2. Prevenzione di complicanze (TVP, lesioni da decubito, infezioni broncopneumoniche, contratture, rigidità articolare).
3. Educazione del paziente e dei familiari alla corretta gestione postdimissione.

Interventi.

– acquisizione di posture corrette;
– mobilizzazione passiva e attiva assistita dell'arto;
– esercizi di potenziamento della muscolatura fissatoria dell'anca;
– rieducazione ai passaggi posturali con raggiungimento della postura assisa;
– graduale verticalizzazione;
– ripresa della deambulazione con ausili

Educazione del paziente. Conoscenza dei movimenti da evitare per ridurre il rischio di lussazione (la flessione oltre i 90°, l'adduzione e l'intrarotazione dell'anca come nell'accavallamento degli arti inferiori); utilizzo di rialzo per il WC, lunghi calza-scarpe, un cuscino tra le gambe per dormire di lato; evitare sedie troppo basse; evitare l'uso della vasca da bagno preferendo la doccia.

La prevenzione delle recidive. La frattura di femore nei soggetti ultrasessantenni è quasi sempre secondaria all'osteoporosi. La frattura stessa costituisce il più importante fattore di rischio per recidive di frattura di femore e di altri distretti ossei. Una severa ipovitaminosi D interessa la quasi totalità dei soggetti anziani ed in particolare coloro che hanno lamentato una frattura di femore, perciò tutti gli operati dovrebbero esser sottoposti a trattamento con un bolo unico di vitamina D prima della dimissione [8].

A partire dal sesto mese dopo la dimissione il trattamento verrà continuato con somministrazioni periodiche (trimestrali o semestrali) di preparati a base di vitamina D. In tale contesto, il medico curante dovrà valutare inoltre l'opportunità di instaurare una terapia antiosteoporotica, dato che questi pazienti rientrano nella nota 79 dell'AIFA.

Bibliografia

1 Parker MJ, Handoll HHG, Bhargara A. *Conservative vs. operative treatment for hip fractures*. Cochrane Database Syst Rev 2000;4.

2 Orosz GM, Magaziner J, Hannan EL, Morrison RS, Koval K, Gilbert M, et al. *Association of timing of surgery for hip fracture and patient outcomes*. JAMA 2004;291:1738-43.

3 Beaupre LA, Cinats JG, Senthilselvan A, Lier D, Jones CA, Scharfenberger

A, et al. *Reduced morbidity for elderly patients with a hip fracture after implementation of a perioperative evidence-based clinical pathway.* Qual Saf Health Care 2006;15:375-9.

4 Arcelus JI, Kudrna JC, Caprini JA. *Venous thromboembolism following major orthopedic surgery: what is the risk after discharge?* Orthopedics 2006;29:506-16.

5 Gillespie WJ, Walenkamp G. *Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures*. Cochrane Database Syst Rev 2001;1:CD000244.

6 Beaupre LA, Jones CA, Saunders LD, Johnston DW, Buckingham J, Majumdar SR. *Best practices for elderly hip fracture patients. A systematic overview of the evidence.* J Gen Intern Med 2005;20:1019-25.

7 Handoll HH, Sherrington C. *Mobilisation strategies after hip fracture surgery in adults*. Cochrane Database Syst Rev 2007;24:CD001704.

8 Holick MF. *Vitamin D deficiency*. N Engl J Med 2007;357:266-81.

Simposio

LA DEMENZA DI ALZHEIMER TRA PRESENTE E FUTURO

Moderatori: G. Ricevuti (Pavia), M. Trabucchi (Brescia)

L'outcome del trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi nella malattia di Alzheimer: i risultati di una analisi con il metodo Delphi

A. Bianchetti[1 2], S. Boffelli[1 3], P. Ranieri[1 2], M. Trabucchi[1 4]

[1] Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia [2] Istituto Clinico S.Anna, Brescia [3] Ospedale Poliambulanza, Brescia [4] Università di Roma "Tor Vergata"

Introduzione. La malattia di Alzheimer (AD) è la malattia neurodegenerativa più comune per la quale ancora oggi non vi sono terapie capaci di bloccare o indurre una remissione del declino cognitivo e funzionale [1]. Nell'ultimo decennio, il trattamento farmacologico dell'AD si è fondamentalmente basato sugli inibitori delle colinesterasi (AChEI), considerati il trattamento di prima linea nella fase lieve moderata della malattia. Questi farmaci agiscono prevalentemente sulle funzioni cognitive e consentono di ottenere un miglioramento clinicamente significativo, anche se temporaneo, delle abilità cognitive e funzionali, nonché un rallentamento della progressione di malattia [2]. Nonostante i numerosi trial disponibili, l'efficacia degli AChEI e la loro reale utilità nella pratica clinica è talora posta ancora in discussione [3]. Un elemento di particolare importanza è il giudizio del "valore" dei risultati ottenuti dai trattamenti che è difficile standardizzare e può variare secondo il punto di vista (paziente, familiare, medico curante, amministratore) con evidenti conseguenze nell'interpretazione dei dati [4]. Le indicazioni delle società scientifiche fanno comunque riferimento al parere degli esperti ed alla necessità che i pazienti siano valutati nella loro individualità al fine di definire l'appropriatezza dei trattamenti [4 5].

Con l'obiettivo di approfondire con il metodo Delphi [6] alcune tematiche centrali del trattamento della malattia di Alzheimer è stato sviluppato un progetto (denominato IDEA: *Innovation through Delphi for the Evaluation of Alzheimer disease)* che ha affrontato vari ambiti dell'AD tra cui quelli inerenti la definizione degli outcome da attendersi dal trattamento farmacologico e la proporzione di pazienti che, nel mondo reale, possono essere definiti come *responder* al trattamento.

Metodologia. Con la tecnica Delphi è stato raccolto il parere di un gruppo di 40 esperti selezionati fra specialisti geriatri, che lavorano nelle Unità di Valutazione Alzheimer. Ad ogni esperto è stato inviato un questionario a risposte chiuse contenente sentenze alle quali veniva espresso il livello di accordo utilizzando una scala numerica da 1 (per nulla d'accordo) a 9 (assolutamente d'accordo). Al termine della prima fase è stato inviato nuovamente il questionario a tutti i partecipanti, con l'indicazione della distribuzione delle risposte dei partecipati al *panel*. Le risposte sono state aggregate in terzili (1-3 = disaccordo; 4-6 = accordo neutro; 7-9 = accordo) ed il consenso è stato definito "buono" quando il 55% delle risposte cadeva entro uno dei terzili considerati. Per le domande che prevedevano l'indicazione di una proporzione i dati sono stati aggregati e presentati come media ± deviazione standard, intervalli di confidenza (95%) e range interquartile (IR).

Risultati. Nello studio il *panel* ha espresso un parere concorde sul 74% delle proposizioni presentate al giudizio degli esperti, delineando un risultato positivo del progetto [7]. La "risposta positiva al trattamento" è definita come almeno la stabilizzazione delle funzioni cognitive (e non il solo miglioramento) e la stabilizzazione del deficit funzionale e dei disturbi comportamentali. Il giudizio dei familiari è considerato importante nel giudizio di efficacia dei trattamenti. Nei non responder vi è un accordo perche vi sia un tentativo con un altro farmaco dopo i primi 3 o 6 mesi di terapia. Il giudizio degli esperti sull'efficacia degli AChEI per il trattamento dell'AD è positivo: a 6 mesi si ottiene nel 75% dei pazienti un miglioramento o stabilizzazione delle performance cognitive e nel 70% dello stato funzionale; a un anno tali percentuali scendono al 50% e 30% rispettivamente per le funzioni cognitive e lo stato funzionale. Per i disturbi del comportamento, il *panel* rileva in generale un miglioramento del 20% circa rispetto al basale, pur con differenti percentuali per i diversi BPSD (sintomi depressivi, deliri ed allucinazioni, apatia, agitazione aggressività ed irritabilità). Infine, i caregiver riportano un miglioramento nel 30% dei malati.

Discussione. I dati del progetto IDEA indicano che gli esperti del *panel* di geriatri concordano che la "risposta positiva al trattamento" sia da intendersi come fenomeno globale: non è solo il miglioramento, quanto la stabilizzazione delle funzioni cognitive, del deficit funzionale e dei disturbi comportamentali, anche quando è il familiare a rilevarle. Il *panel* concorda inoltre sulla prosecuzione del trattamento, anche se non si evidenzia al primo follow up (tre mesi) un miglioramento delle diverse variabili (cognitive, funzionali, comportamentali): la stabilizzazione del quadro clinico viene ritenuta sufficiente per la prosecuzione della terapia cognitiva. Il *panel* è inoltre concorde, in caso di mancata risposta a 3 mesi ma soprattutto a 6 mesi, di considerare un'eventuale sostituzione del farmaco con un altro AChEI (*switch therapy*). È possibile quindi affermare che i geriatri tendono ad avere una visione "globale" dell'outcome atteso dal trattamento, non limitata al miglioramento delle funzioni cognitive; inoltre, che ritengono necessario un tempo non inferiore a sei mesi per verificarne l'efficacia.

Il *panel* ha espresso un parere in linea con le indicazioni di letteratura e con le norme che regolano la prescrizione degli AChEI che legano la decisione sulla prosecuzione del trattamento dopo i primi tre mesi di terapia al non peggioramento dello stato cognitivo del paziente, valutato mediante MMSE e l'esame clinico [5 8].

Relativamente alla *switch therapy*, vi sono pochi studi che hanno valutato, in serie cliniche, l'effetto del passaggio da un AChEI ad un altro. I dati disponibili mostrano che una proporzione dei pazienti che non hanno risposto al donepezil ricevono un beneficio dalla *switch therapy* (passaggio al trattamento con rivastigmina), senza comparsa di effetti collaterali [9]. In questo quadro non conclusivo assume particolare valore il consenso espresso dal *panel* sulla possibilità che il passaggio da una molecola di AChEI ad un'altra possa garantire una diversa traiettoria di decadimento, anche se questo atteggiamento è per ora poco utilizzato nella pratica clinica.

Gli studi clinici hanno dimostrato che tutti gli AChEI determinano, confrontati con il placebo, una risposta positiva a sei mesi, sia cognitiva sia funzionale [1 5]. Pur con una certa variabilità fra gli studi, circa il doppio dei pazienti che riceve un trattamento attivo migliora le proprie performance cognitive (utilizzando come indicatore di la modificazione di 4 punti all'ADAS-Cog) rispetto a chi riceve il placebo: dal 25 al 50% verso il 15-25% [10]. Circa l'80% dei pazienti inclusi nei trial randomizzati presenta un miglioramento o il mancato aggravamento del deficit cognitivo [11]. Questi dati sono criticati da alcuni autori per ragioni di tipo metodologico (modalità di analisi statistica, di selezione dei pazienti, di definizione degli outcome). Peraltro, trial non sponsorizzati condotti con metodiche di selezione dei pazienti meno rigorose ed osservazioni più prolungate forniscono risultati meno positivi [12]. Queste opinioni di esperti che si basano sulle osservazioni del "mondo reale" assumono grande rilievo e si aggiungono alle informazioni ottenibili dai trial randomizzati. In generale gli esperti ritengono che circa il 30% dei pazienti con malattia di Alzheimer risponda al trattamento con AChEI a 6 mesi con un miglioramento delle funzioni cognitive o nel 44% dei casi con una loro stabilizzazione, senza considerare le variabili confondenti quali età, livello del deficit cognitivo e tipo di farmaco. Pertanto, circa il 75% delle persone affette da demenza presenterebbe una risposta positiva anche nel breve termine. Lo stesso vale per lo stato funzionale, con un risultato globale positivo di circa il 70% (48% stabilizzazione, 20% miglioramento).

Per quanto riguarda i disturbi del comportamento, viene espressa una discreta variabilità nella risposta agli item che riguardano i singoli disturbi psichici, anche se globalmente si ritiene che almeno il 30% dei malati presenti una riduzione dei BPSD. Il miglioramento globale a sei mesi viene confermato anche dall'impressione dei caregiver, per i quali la terapia porta ad un miglioramento complessivo in circa il 50% dei malati, superiore addirittura rispetto all'impressione clinica. Probabilmente il miglioramento cognitivo ma soprattutto comportamentale hanno un peso fondamentale per i familiari.

Il *panel* ha considerato che la risposta globale al farmaco sia superiore rispetto a quanto finora riportato dalla letteratura, integrando nell'esperienza clinica i benefici cognitivi, funzionali, comportamentali delle molecole impiegate per il trattamento.

I geriatri esprimono un giudizio positivo sull'efficacia della terapia farmacologica con AchEI a 12 mesi, anche se inferiore rispetto al trattamento a sei mesi. Si afferma che i pazienti presentano una risposta efficace al trattamento sia dal punto di vista cognitivo (circa il 50%: 16% miglioramento, 32% stabilizzazione), sia funzionale (30% dei pazienti in terapia: 13% miglioramento, 17% stabilizzazione).

Per i disturbi del comportamento, il *panel* rileva in generale un miglioramento del 20% circa rispetto al basale, pur con differenti percentuali per i diversi BPSD (sintomi depressivi, deliri ed allucinazioni, apatia, agitazione aggressività ed irritabilità). Infine, i caregiver riportano un miglioramento nel 30% dei malati.

Il *panel* esprime un parere positivo sull'efficacia di queste molecole anche a lungo termine, mutuato dall'esperienza clinica nell'ambito delle Unità di Valutazione Alzheimer.

Bibliografia

1. Seow D, Gauthier S. *Pharmacotherapy of Alzheimer disease.* Can J Psychiatry 2007;52:620-9.
2. Bianchetti A, Ranieri P, Margiotta A, Trabucchi M. *Pharmacological treatment of Alzheimer's Disease.* Aging Clin Exp Res 2006;18:158-62.
3. Pelosi AJ, McNulty SV, Jackson GA. *Role of cholinesterase inhibitors in dementia care needs rethinking*. BMJ 2006;333:491-3.
4. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, et al. *Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline.* Ann Intern Med 2008;148:379-97.
5. Caltagirone C, Bianchetti A, Di Luca M, Mecocci P, Padovani A, et al. *Guidelines for the treatment of Alzheimer's Disease from the Italian Association of Psychogeriatrics.* Drugs & Aging 2005;22(S1):1-26
6. Reid NG. *The Delphi technique: its contribution to the evaluation of professional practice. In: Chapman et al Professional competence and quality assurance in the caring professions.* New York: Ellis R ed. 1988.
7. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, et al. *Consensus development methods, and their use in clinical guideline development.* Health Technol Assessment 1998;2(3).
8. Raschetti R, Maggini M, Sorrentino GC, Martini N, Caffari B, Vanacore N. *A cohort study of effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease*. Eur J Clin Pharmacol 2005;61:361-8.
9. Auriacombe S, Pere JJ; *Rivage Study Group. No donepezil discontinuation effect in patients with Alzheimer's disease who were switched to rivastigmine after failing to benefit from donepezil treatment.* Curr Med Res Opin 2003;19:715-7.
10. Cummings JL. *Alzheimer's disease.* N Engl J Med 2004;351:56-67.
11. Tariot PN, Federoff HJ. *Current treatment for Alzheimer disease and future prospects.* Alzheimer Dis Assoc Disord 2003;17:S105-S113.
12. AD2000 Collaborative Group. *Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomized double blind trial.* Lancet 2004; 363:2105-15.

I trattamenti: dagli inibitori delle colinesterasi al vaccino

A. Cagnin, S. Favaretto

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

A tutt'oggi non esiste una terapia risolutiva per la Malattia di Alzheimer (AD), in grado di ripristinare il livello intellettivo premorboso e di permettere una regressione completa dei sintomi e dei segni neuropatologici di malattia. Tuttavia a fianco dei farmaci inibitori delle

colinesterasi, a prevalente nota azione sintomatica, stanno emergendo delle nuove strategie terapeutiche con azione disease-modifying, che rappresentano la nuova generazione – e le nuove speranze – del panorama terapeutico.

Terapie sintomatiche. Nell'ultimo decennio la terapia dell'AD si è avvalsa fondamentalmente di approcci di tipo sintomatico, volti a rimpiazzare quei neurotrasmettitori che apparivano deficitari nel corso del processo patologico. A tale proposito, i farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi hanno rappresentato, finora, la strategia terapeutica di prima scelta nei casi di AD di intensità lieve-moderata [1]. Donepezil e Galantamina sono entrambi inibitori selettivi dell'acetilcolinesterasi, mentre Rivastigmina inibisce sia l'acetilcolinesterasi che la butirrilcolinesterasi (la quale rappresenta il 10% di tutte le colinesterasi presenti nel SNC). Galantamina agisce a sua volta come ligando allosterico per i recettori nicotinici dell'acetilcolina, potenziando il release presinaptico del neurotrasmettitore nonché la neurotrasmissione postsinaptica. Questi tre farmaci, pur appartenendo alla stessa classe terapeutica, differiscono oltre che per le loro caratteristiche farmacologiche, anche dal punto di vista farmacocinetico.

Recenti evidenze sembrano suggerire, inoltre, un ruolo di questi farmaci che va al di là dell'effetto sintomatico, essendo in grado di modificare la storia naturale dell'AD. Trias clinici hanno dimostrato che pazienti in terapia con placebo, a cui solo in un tempo successivo sono stati somministrati farmaci colinergici, non raggiungevano mai le performances cognitive di pazienti in terapia colinergica fin dall'inizio [2].

Nel tessuto cerebrale dei soggetti con AD è stato documentato un aumento nei livelli di glutammato extracellulare che causa un'eccessiva stimolazione dei recettori NMDA, con accumulo intracellulare di calcio e degenerazione neuronale [3]. Memantina è un farmaco antagonista non competitivo a moderata affinità del recettore NMDA, in grado di proteggere le cellule neuronali dalla tossicità indotta dal glutammato, senza però inficiare la fisiologica attivazione del recettore NMDA coinvolta nei processi di apprendimento e di memoria. È ancora incerto se questo farmaco, che è approvato per i casi moderati-severi di malattia, abbia solo un'azione sintomatica oppure sia in grado di modificare la storia naturale della malattia.

I farmaci disease-modifying. Nella fisiopatologia dell'AD, una fase cruciale è rappresentata dalle modificazioni conformazionali a carico della proteina Aβ. Questo peptide può modificare la propria conformazione e passare da una forma monometrica e solubile nei liquidi extracellulari, ad oligomeri neurotossici e forme fibrillari ricche in foglietti β che costituiscono il deposito di amiloide nelle placche senili. Affinché questo processo patologico possa attuarsi, vi è la necessità di raggiungere concentrazioni critiche di proteina Aβ nei fluidi extracellulari. Un accumulo di Aβ può avvenire per iperproduzione, come nelle forme familiari da mutazione dei geni della proteina precursore dell'amiloide o delle preseniline, o per alterata clearance di proteina Aβ dal SNC. Un ruolo importante sembra essere giocato anche dalle proteine chaperone, come apolipoproteina E nella sua isoforma ε4, che favorisce l'aggregazione ed il ripiegamento della proteina Aβ in una struttura ricca in foglietti β, che è alla base del processo neurodegenerativo [4].

Numerose strategie terapeutiche sono state ideate per prevenire, arrestare o far regredire il deposito di proteina Aβ nel tessuto cerebrale.

Immunomodulazione. Questa strategia terapeutica consiste nella somministrazione di un vaccino formato da un analogo strutturale della proteina Aβ più un adiuvante (immunizzazione attiva), oppure dalla inoculazione di anticorpi anti-Aβ preformati (immunizzazione passiva). Attraverso l'immunizzazione attiva, è possibile stimolare una risposta prevalentemente di tipo umorale che agisce nei confronti delle lesioni neuropatologiche dell'AD attraverso meccanismi non mutuamente esclusivi:

- gli anticorpi anti-Aβ sono in grado di legarsi alle placche amiloidi, causandone direttamente la disgregazione o migliorando la fagocitosi da parte della microglia attivata (attraverso due vie dipendenti dal frammento anticorpale Fc o Fab) [5];
- azione del peripheral sink attraverso cui gli anticorpi anti-A nel circolo sono in grado di legare irreversibilmente e sottrarre dal circolo ematico i monomeri di Aβ, spostando l'equilibrio dinamico del sistema verso un efflusso di Aβ dal SNC verso il circolo ematico [6];
- neutralizzazione di oligomeri tossici formatisi a livello del tessuto cerebrale;
- idrolisi dei monomeri di Aβ nel circolo ematico da parte di immunoglobuline IgM circolanti.

L'immunizzazione attiva si è rivelata un'arma a doppio taglio nel momento in cui la sperimentazione è passata alla fase clinica. Il primo esempio di immunizzazione attiva utilizzato in un trial clinico è avvenuto con un analogo sintetico della proteina Aβ, chiamato AN1792. Questo studio è stato interrotto precocemente in fase 2 a causa dell'insorgenza, in 18 dei 300 pazienti inoculati, di una reazione meningoencefalitica, imputabile all'azione dell'adiuvante, il quale era in grado di stimolare una importante attivazione linfocitaria Th1 [7]. Tra tutti i pazienti inoculati, circa il 50% ha sviluppato una risposta anticorpale, che può essere considerata valida nel 20% dei pazienti. È interessante osservare come lo sviluppo di un titolo anticorpale anti-Aβ si associ alla scomparsa dalle placche amiloidi in ampie aree corticali cerebrali, mentre le placche residue presentavano un aspetto "tarlato", con microglia in fase di attiva fagocitosi. I pazienti che hanno sviluppato un titolo anticorpale, inoltre, totalizzano scores più elevati nei test mnesici, pur non avendo un punteggio significativamente diverso dai pazienti di controllo nei test esploranti la funzione cognitiva globale. Ciò è stato giustificato dal fatto che, sebbene l'immunizzazione attiva sia in grado di ridurre il carico di amiloide a livello cerebrale, non modifica i processi neurodegenerativi legati ai grovigli neurofibrillari e alla vasculopatia amiloide, che si riscontrano in fase avanzata di malattia e che sono associati, insieme ad Aβ, alla compromissione delle funzioni cognitive. Essendo queste lesioni direttamente dipendenti dalla tossicità Aβ-correlata, è ipotizzabile che una precoce immunizzazione potrebbe avere effetti benefici non solo nel ridurre in maniera significativa il carico di amiloide cerebrale, ma anche nel prevenire la patologia tau-correlata e l'angiopatia congofila, portando quindi ad una migliore performance dal punto di vista cognitivo globale. Da queste osservazioni emerge innanzi tutto la necessità di una diagnosi il quanto più precoce possibile di malattia, in modo da poter attuare

in maniera tempestiva l'immunizzazione con un vaccino che presenti alcune caratteristiche ideali tra cui la capacità di stimolare una risposta umorale pura senza attivazione dei linfociti Th1 e quindi in grado di evitare reazioni infiammatorie del SNC.
Accanto all'immunizzazione attiva, sempre più promettente sembra l'approccio di immunizzazione passiva mediante immunoglobuline monoclonali umanizzate anti-Aβ. Oltre ad escludere qualsiasi possibilità di una risposta Th1-mediata nei confronti dell'antigene Aβ (e quindi virtualmente azzerando il rischio di encefaliti), questa tecnica appare più maneggevole e di più sicuro controllo da parte dell'operatore, che può bloccarne l'azione arrestando la somministrazione delle immunoglobuline (nell'immunizzazione attiva, invece, i pazienti possono continuare a produrre anticorpi anche settimane/mesi dopo l'ultima somministrazione). Resta da chiarire il rischio di microemorragie cerebrali associato a questa procedura, come è emerso da alcuni studi preclinici sull'animale.
Modificazione della processazione della proteina precursore dell'amiloide. La proteina precursore dell'amiloide (APP) prodotta fisiologicamente a livello delle cellule neuronali, può andare incontro a due diversi tipi di processazione: l'iter amiloidogenico e l'iter non amiloidogenico.
Il clivaggio sequenziale della APP da parte della β-secretasi (BACE-1, localizzata a livello del compartimento endosomiale), seguito in rapida successione dalla β-secretasi (sulla membrana plasmatica) dà origine al frammento peptidico Aβ1-42. Una strategia terapeutica in via di sperimentazione consiste nell'inibire la funzione di BACE-1, così da prevenire o quantomeno arrestare la produzione di Aβ1-42. Studi preclinici effettuati su topi knocked out per il gene di BACE-1 hanno dimostrato come questi animali si sviluppassero in maniera del tutto normale, pur con una completa assenza di produzione di Aβ, e fossero quindi pressoché immuni alla patologia amiloidea cerebrale.
Interessante appare anche la possibilità di effettuare una inibizione dell'attività dell'enzima β-secretasi. Questo enzima è coinvolto sia nell'iter amiloidogenico che in quello non amiloidogenico, dando origine rispettivamente ai peptidi Aβ1-42, fortemente neurotossico, e Aβ1-40, innocuo per la funzione neuronale. Un approccio interessante sarebbe, come nel caso della β-secretasi, la possibilità di inibire in maniera diretta l'attività enzimatica, mediante piccoli analoghi strutturali del substrato enzimatico. Va ricordato però che la funzione della β-secretasi è pleiotropica, e quindi una inibizione indiscriminata potrebbe compromettere la funzione di molti altri targets, substrato dell'attività enzimatica e fondamentali per l'omeostasi cellulare (come Notch). Recenti studi hanno proposto inoltre l'utilizzo di farmaci modulatori della β-secretasi, in grado di provocare uno shift dell'attività enzimatica verso la produzione prevalente od esclusiva di forme tronche di Aβ, come Aβ1-38 o Aβ1-40, non neurotossiche, con una diminuzione netta nella produzione di Aβ1-42. Questi farmaci, che includono alcune categorie di anti-infiammatori non steroidei, sembrano svolgere la loro azione modulatoria attraverso l'inibizione della via di signaling intracellulare Rho/Rock.
È opportuno ricordare che la principale via di processazione della proteina precursore dell'amiloide è la via non amiloidogenica, coinvolgente la β-secretasi. Questo enzima è in grado di clivare l'APP in una sede interna alla sequenza della proteina Aβ, dando così origine a peptidi non amioloidogenici e non tossici per la funzione neuronale. La competizione attiva dell'attività β-secretasica con l'attività β-secretasica è quindi protettiva per la funzione neuronale. Recenti strategie terapeutiche mirano ad incrementare l'espressione cellulare di β-secretasi, la disponibilità di substrato e l'attivazione PKC regolata della β-secretasi. Quest'ultima azione sembra essere svolta anche dai farmaci anticolinesterasici, i quali oltre ad avere un'azione sintomatica sarebbero dei veri e propri disease-modifying in grado di ridurre i livelli cerebrali di β-amiloide.
Modulazione dei livelli di fosforilazione della proteina tau. Nell'AD è presente una iperfosforilazione della proteina tau, con precipitazione intracellulare della stessa e degenerazione e morte neuronale, con conseguente formazione dei tipici grovigli neurofibrillari (NFT). I livelli di NFT nel SNC sembrano essere direttamente correlati con la compromissione delle funzioni cognitive. È interessante osservare che NFT si sviluppano già in fase precoce di malattia, a seguito della multimerizzazione e quindi dell'effetto tossico delle particelle Aβ [8]. È ormai noto infatti che Aβ1-42 è in grado di promuovere la fosforilazione della proteina tau mediante l'attivazione di specifici pathways di protein-chinasi. È stato suggerito che l'inibizione di MARK potrebbe determinare un blocco precoce nel pathway di fosforilazione, prevenendo così l'alterazione microtubulare e la degenerazione neuronale.

Bibliografia

1 Doody RS, Stevens JC, Beck C, et al. *Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review).* Neurology 2001;56:1154-66.
2 Doody RS RS, Geldmacher DS, Gordon B, et al. *Open-label, multicenter, phase 3 extension study of the safety and efficacy of Donepezil in patients with Alzheiemr's disease.* Arch Neurol 2001;58: 427-33.
3 Greenamyre JT, Porter RH. *Anatomy and physiology of glutamate in the CNS*. Neurology 1994;44(suppl 8): S7-13.
4 Ma J, Yee A, Brewer HB Jr, et al. *Amyloid-associated proteins alpha 1-antichymotrypsin and apolipoprotein E promote assembly of Alzheimer beta-protein into filaments.* Nature 1994;372:92-4.
5 Bacskai BJ, Kajdasz ST, Christie RH, et al. *Imaging of amyloid-β deposits in brains of living mice permits direct observation of clearance of plaques with immunotherapy*. Nat Med 2001;7:369-72.
6 Sigurdsson EM, Wisniewski T, Frangione B. *A safer vaccine for Alzheimer's disease?* Neurobiol Aging 2002;23:1001-8.
7 Orgogozo JM, Gilman S, Dartigues JF, et al. *Subacute meningoencephalitis in a subset of patients with AD after Aβ42 immunization.* Neurology 2003;61:46-54.
8 Walker LC, Ibegbu CC, Todd CW, et al. *Emerging prospects for the disease-modifying treatment of Alzheimer's disease.* Biochem Pharmacol 2005;69:1001-8.

Le implicazioni sociali: quale futuro per i caregiver?

F. Aleotti, P.A. Bonati

Centro distrettuale disturbi cognitivi di Reggio Emilia, AUSL RE

I recenti dati epidemiologici identificano in Italia la presenza di circa 600.000 malati affetti da malattia di Alzheimer con una stima annuale di circa 80.000 nuovi casi, ma con la probabilità che nel

2020 questi possano diventare 113.000 all'anno (Di Carlo, 2002). Questa significativa crescita determinerà problemi nell'assistenza non solo sul sistema sanitario ma soprattutto sulla famiglia. Dati recentemente pubblicati (Family Caregiver Alliance, 2007), infatti, stimano che nel mondo, siano ben 9 milioni i *caregivers* che assistono una persona affetta da demenza di Alzheimer con età superiore o uguale a 50 anni.

Dal Quinto Rapporto sulle politiche della cronicità, si sottolinea come la malattia di Alzheimer rappresenti un grave problema sociale: i numeri sottolineano come più dell'80% dei pazienti viva a domicilio, accudito prevalentemente da familiari, e come il costo annuo (diretto) per paziente assistito in famiglia si aggira sui 40.000 euro. Il *caregiver*, nella maggior parte donne tra i 50 ed i 60 anni, se occupato, è spesso costretto a lasciare il mondo del lavoro per accudire il malato ed è maggiormente esposto a problemi di salute (nel 60% dei casi) diventando a causa di ciò un "costo" sociale (indiretto) della malattia (Spadin, 2005). Nonostante il ruolo della famiglia sia centrale appare, tuttavia, ancora poco alla ribalta sia a livello di consenso sociale che di priorità di intervento pubblico con conseguente disparità territoriale sotto il profilo dell'offerta assistenziale. È indubbio che la nascita e la crescita delle Unità di Valutazione Alzheimer abbia permesso di creare finalmente luoghi di riferimento per la diagnosi, il trattamento farmacologico e non farmacologico, ma secondo la recente indagine condotta dal CENSIS su tutto il territorio nazionale emerge con forza come le attese dei *caregiver* in termini di aiuto economico, personale specializzato, luoghi di cura specialistica, si discostino rispetto al sistema attuale (Censis, 2007).

Tale difformità viene sottolineata anche dal recente documento apparso in letteratura in occasione della giornata Mondiale del Malato, dedicata al rapporto con la famiglia. Le reazioni delle famiglie al difficile e complesso compito di *caregiving* sono del tutto differenti e possono essere riassunte in risposte facili ed efficaci quando una famiglia ben strutturata e articolata deve sostenere una situazione relativamente semplice; risposte complesse, ma erogabili quando la famiglia trova le modalità per prestare assistenza attraverso un'articolazione dei suoi componenti, l'appoggio da parte dei Servizi, il supporto di *caregiver* formali ed informali; risposte complesse e difficili quando la gravità della condizione clinico-assistenziale si scontra con l'inadeguatezza della famiglia a sostenere il peso della cura, con l'entrata in crisi del sistema di *caregiving* e con rilevanti problemi psicologici e pratici per le famiglie; risposte che poggiano su una condizione strutturale di inadeguatezza quando l'evento che richiede supporto diviene una barriera insormontabile (Trabucchi, 2008).

Nonostante la poliedricità delle risposte al compito di cura, si considera essenziale rendere fruibili alla famiglia una serie di supporti che permetta di preservare l'efficacia degli interventi e ciò anche quando la famiglia abbia molte potenzialità (ed è la maggioranza dei casi) per fornire cure adeguate. Se la famiglia potesse contare sull'aiuto di personale competente nello svolgimento delle mansioni più "pesanti" e complesse, potrebbe dedicarsi maggiormente al supporto e alla vicinanza emotiva al proprio congiunto ammalato; ma anche trovare l'opportunità di una formazione specifica al compito di *caregiving*, renderebbe la famiglia maggiormente competente su strumenti ed obiettivi perseguibili. Quando si sia già instaurata, da parte del *caregiver* informale (famigliare) una condizione di stress è auspicabile l'offerta di un supporto psicologico.

È noto come le condizioni di salute dell'anziano incidono pesantemente sia sulla quantità che sulla qualità delle relazioni familiari. La famiglia potrebbe essere facilitata nel suo difficile compito di cura se, indipendentemente dal Servizio incontrato, potesse contare su personale adeguatamente formato anche dal punto di vista relazionale; ciò favorirebbe il mantenimento del ruolo di cura anche quando la situazione clinica del malato o altre variabili interne al nucleo famigliare richiedessero un ripensamento dell'organizzazione fino a quel momento adottata. Le competenze relazionali dei professionisti dovrebbero: non dare soltanto risposte ma contribuire a costruire contesti interattivi all'interno dei quali gli utenti possano trovare le risposte più adeguate alle proprie esigenze; non affermare la sola propria competenza, ma partecipare alla costruzione di relazioni complesse all'interno delle quali tutti i soggetti possano essere competenti; non intervenire sulle famiglie ma operare con le famiglie, affinché esse possano trovare nel rapporto coi servizi facilitazioni, sostegni, aiuti, nell'assolvimento delle loro funzioni (Fruggeri, 1997). L'instaurarsi della relazione di aiuto non avviene in modo automatico, ma richiede un processo di adattamento, talvolta lungo, da parte delle persone coinvolte (paziente e *caregivers*): all'inizio della malattia il *caregiver* può reagire negando l'importanza dei mutamenti avvenuti (rinvio dell'azione), oppure può elaborare fantasie di salvezza legate ad un terzo sociale (medico …) che possono portarlo a forme più o meno evidenti di deresponsabilizzazione.

Se i bisogni di malati e delle loro famiglie sono da considerarsi: la diagnosi tempestiva, terapie gratuite appropriate in tutte le fasi della malattia, centri diurni integrati, personale competente per le terapie non farmacologiche, assistenza domiciliare competente, ricoveri di sostegno, ricoveri temporanei e definitivi appropriati, centri di consulenza e di riferimento per i familiari, uniformità di cura sul territorio nazionale (Spadin, 2005), molti sono i possibili significati che la malattia dell'anziano può avere per la famiglia. Infatti l'evento malattia può inserirsi in un contesto di relazioni che lo imprigionano, e allora non può ricevere molta attenzione e cura, perché i familiari sono occupati a difendersi da una minaccia che travalica la stessa malattia (evento critico come "detonatore pericoloso" di nodi problematici da tempo latenti). L'evento critico può funzionare da anticipatore di ostacoli futuri rispetto ai quali i familiari si sentono impreparati, allora i temi affettivi emergenti possono incentrarsi su: angoscia del dolore, rifiuto della dipendenza, paura della frantumazione. Se, infine, l'evento critico è vissuto come ostacolo, l'azione della famiglia si può fare convulsa, affannata e stancamente ripetitiva. Il rischio è allora quello di rifugiarsi nell'autarchia familiare, nell'onnipotente convinzione che sia possibile non dipendere da nessuno, che le risorse familiari siano sufficienti alla risoluzione dei problemi e si proiettino sui servizi tutte le difficoltà, la rabbia e l'impotenza che la malattia provoca.

La malattia è scoglio che può mettere a dura prova i familiari, ma può anche risultare occasione di crescita, nel senso di offrire ai familiari l'opportunità di risolvere antiche contese e portare a termine il processo di trasmissione generazionale. A volte i familiari

debbono ricorrere all'istituzionalizzazione, situazione "estrema" che viene notoriamente marcata in senso negativo, ma non sempre ciò è vero, soprattutto quando questa scelta consente un riequilibrio di rapporti percepiti come insoddisfacenti (istituzionalizzazione come moderatore delle tensioni createsi all'interno della organizzazione familiare). Alcune ricerche mostrano come le relazioni tra genitori e figli continuino ad essere caratterizzate da sentimenti di intimità e vicinanza anche quando il genitore viva in struttura; l'attaccamento si riduce quando il figlio percepisce l'umore del genitore come negativo e quanto più elevati siano i suoi sensi di colpa (Scabini, 1995).

Un fattore, ampiamente noto, determinante per accelerare il ricorso alla istituzionalizzazione del paziente affetto da demenza da parte della famiglia è la presenza di disturbi del comportamento (Cohen et al., 1993). Il modo di intendere e descrivere una maggiore o minore frequenza di disturbi comportamentali nel paziente risente anche di alcune variabili riferite al *caregiver*: Sink et al. (2006) hanno potuto dimostrare come i *caregivers* più giovani, con un inferiore livello di scolarità, più depressi, più provati dal punto di vista fisico e psicologico e che dedicano più ore alla settimana all'assistenza del proprio congiunto malato riferiscono, in misura statisticamente significativa, una maggior presenza di disturbi del comportamento da parte del paziente. A questo proposito Gaugler et al. (2008) hanno dimostrato come l'opportunità di fruire di un ciclo di 6 incontri di *counselling* (individuale e familiare), nonché di afferire, successivamente, ad un gruppo di sostegno a cadenza settimanale e poter richiedere eventuali altri momenti di incontro possa contribuire ad alleviare lo stress.

In generale, l'incontro con i servizi è elemento di una storia familiare che lo precede e che non di rado ne condiziona i significati e influenza le opportunità di collaborazione, riducendo le possibilità che gli operatori possano conseguire interventi efficaci. È interesse sia della famiglia che del corpo sociale imparare a stabilire forme di rapporto sempre più collaborative. In tal senso qualsiasi intervento di aiuto potrà definirsi "di rete". Sarà pertanto fondamentale che il professionista che dà avvio al processo non guardi alla persona "con il problema" in quanto tale, e non operi unilinearmente su di essa, ma consideri invece il problema come "ripartito all'interno di una rete di relazioni" dalla quale poter far emergere la soluzione più compatibile.

Le implicazioni che la situazione attuale potrà determinare sull'equilibrio della care dipenderà anche dal destino dell'approccio assistenziale demandato spesso dalla famiglia a personale non specializzato di assistenza ("badantaggio") che ha determinato, spesso, l'instaurarsi di circoli viziosi tali da produrre una sorta di "sindrome della badante" dove l'aiuto/sollievo sperato dal familiare si è trasformato sovente in un vincolo altrettanto oneroso quanto le implicazioni della malattia.

In questa galassia di situazioni un ruolo di riferimento per i *caregiver* formali ed informali è stato rappresentato, lo rappresenta e lo dovrà sempre rappresentare il mondo del volontariato e delle associazioni. Tale ruolo difficile ma necessario dovrà essere sempre più attivo ma soprattutto in stretta alleanza con i professionisti dedicati e con le organizzazioni pubbliche e private che governano la rete assistenziale. In un'epoca in cui ancora non si dispone di una "cure" risolutiva, possono essere migliorati molti atti di "care" sia nei confronti del paziente che della sua famiglia.

L'attenzione da parte dei professionisti non solo al fare ma anche alle modalità di comunicazione (quella diagnostica in primis), possono già costituire atti terapeutici di importanza capitale se si condivide che tali passaggi non rappresentano punti di arrivo ma, piuttosto, momenti preziosi per pianificare scelte possibili e contenere senso di impotenza, solitudini, angoscia. Il numero delle prime visite e, soprattutto, dei controlli nei Centri diagnostici registrano un costante incremento: quante volte, in quelle sedi, i professionisti hanno il tempo per interrogarsi sulle ripercussioni soggettive che gli atti "terapeutici" delle loro azioni hanno dal punto di vista della persona ammalata e del suo *caregiver*? Il nostro operare dovrebbe essere sempre completato dall'ascolto di chi vive vicino alla persona affetta da demenza, unico "conoscitore dei segreti" riferibili alla storia personale del malato e di quello di cui ha veramente bisogno.

La demenza produce un deterioramento psicofisico che intacca profondamente, in modo progressivo ed irreversibile il riconoscimento e il legame reciproco tra paziente e *caregiver* provocano tensioni e sensi di frustrazione particolarmente acuti.

Perseguire l'obiettivo di un riconoscimento sociale, oltre che economico, delle famiglie che si dedicano a tale difficile compito di assistenza, rimane un punto nevralgico su cui lavorare, poiché spesso la malattia non è possibile inscriverla in rigidi parametri per il riconoscimento di indennità socio-economiche. Il sistema dedicato al paziente affetto da demenza pur avendo registrato decisivi passi in avanti seguendo sinergie comuni (malato/servizi/*caregivers*) deve continuare a interagire per migliorarsi, uscire dalla fase di sperimentalità che gioco forza ha mantenuto fino ad oggi per fornire, oltre a modelli validi di intervento nei diversi ambiti applicabili e riproducibili su vasta scala, quelle certezze in termini bio-psico-sociali di cui i *caregiver* hanno bisogno.

Bibliografia

1. Di Carlo A, et al., for The ILSA Working Group. *Incidence of Dementia, Alzheimer's disease and Vascular Dementia in Italy. The ILSA Study*. J Am Geriatr Soc 2002;50:41-8.
2. Family Caregiver *Alliance. Selected caregiver statistics [on-line]*. Available at www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid = 439 Accessed June 12, 2007.
3. Spadin P. In: Verrini B, ed. *Quinto Rapporto sulle politiche della cronicità.* Marzo 2005, p. 30-3.
4. *I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato?* Fondazione CENSIS, Marzo 2007.
5. Trabucchi M. *La famiglia nella realtà della malattia.* 11.02.2008 www.grg-bs.it/editoriali/detail.php?id = 44
6. Fruggeri L. Famiglie. *Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali.* NIS 1997.
7. Scabini E. *Psicologia sociale della famiglia.* Bollati Boringhieri 1995.
8. Cohen CA, et al. *Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: a prospective study.* Gerontologist 1993; 33:714-20.
9. Sink KM, et al. *Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia.* J Am Geriatr Soc 2006;54:796-803.
10. Gaugler JE, et al. *Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's desease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study.* J Am Geriatr Soc (online) 04.01.2008.

Simposio

ABBRACCIARE LA COMPLESSITÀ: I DIECI ANNI DEL PROGETTO InCHIANTI

Moderatori: S. Bandinelli (Firenze), A. Di Iorio (Chieti)

Personal Mastery e funzionalità fisica nell'anziano: lo studio InCHIANTI

Y. Milaneschi[1], A.M. Corsi[1], R.M. Vazzana[1], F. Lauretani[1], M. Marchini[1], A. Kisialiou[1], L. Ferrucci[2], S. Bandinelli[3]

[1] Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), Gruppo di Studio InCHIANTI, Firenze; [2] Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging, Baltimora; [3] Azienda Sanitaria di Firenze (ASF), Firenze

Scopi. Recentemente la letteratura ha messo in evidenza un rinnovato interesse per la relazione tra aspetti di benessere psicologico e la salute fisica. Alcuni studi [1 2] hanno rilevato un'associazione tra disabilità, morbilità e Personal Mastery, un costrutto che valuta la percezione del senso di controllo sugli eventi della vita e le modalità di reazione ad eventi stressanti. Scopo di questo studio è valutare, in un campione rappresentativo di popolazione ultrasessantacinquenne, l'influenza della Personal Mastery sulla performance degli arti inferiori, in particolare sulla perdita di funzionalità fisica e sullo sviluppo di disabilità ad un follow-up di 6 anni.

Metodologia. Il campione è costituito da 952 soggetti (421 F e 531 M) di età ≥ 65 anni, partecipanti allo Studio InCHIANTI e residenti nei comuni di Greve in Chianti e Bagno a Ripoli. La Personal Mastery è stata rilevata alla valutazione iniziale (1998) attraverso una versione breve della Pearlin Mastery Scale. La misura della performance degli arti inferiori valutata alla baseline e al follow-up a 6 anni (2004) è espressa dal punteggio (0-12) ottenuto alla Short Physical Performance Battery (SPPB), derivata da tre test oggettivi di funzionalità fisica. Per le analisi longitudinali sono stati selezionati i soggetti con SPPB > 4 (n = 598) alla baseline. La perdita di funzionalità fisica è stata definita da un punteggio SPPB ≤ 4 al follow-up.

Risultati. Alla prima valutazione i soggetti hanno ottenuto alla scala Pearlin Mastery punteggi medi di 19,6 ± 4,1. La Personal Mastery è risultata associata (β standardizzato = 0,24; p <,0001) ai punteggi SPPB aggiustando per età, sesso, BMI, livelli di attività fisica e numero di malattie ≥ 3. Dei 598 soggetti rivalutati al follow-up, il 12% ha registrato un punteggio SPPB ≤ 4. Bassi livelli (inferiori alla mediana) di Personal Mastery sono risultati un fattore di rischio (OR = 2,53; 95% CI: 1,25-5,14; p = 0,01) per la perdita di funzionalità fisica anche dopo aggiustamento per età, sesso, punteggio MMSE, sintomi depressivi (CES-D), livelli di attività fisica, BMI, disabilità IADL, numero di malattie ≥ 3 e punteggio SPPB baseline.

Conclusioni. I risultati di questo studio dimostrano come la percezione di un basso senso di padronanza e controllo sugli eventi della vita possa predire la perdita di funzionalità fisica degli arti inferiori in un campione di soggetti ultrasessantacinquenni. Questi dati sottolineano la necessità di valutare e trattare non solo sintomi psicopatologici (e.g.: depressione, ansia) ma anche aspetti di benessere psicologico come la Personal Mastery, che si sono dimostrati in grado di modulare la perdita di funzionalità fisica e lo sviluppo di disabilità negli anziani.

Bibliografia

1 Deshpande N, Metter EJ, Bandinelli S, Lauretani F, Windham BG, Ferrucci L. *Psychological, physical, and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: the InCHIANTI study*. Am J Phys Med Rehabil 2008; 87:354-62.

2 Matthews KA, Owens JF, Edmundowicz D, Lee L, Kuller LH. *Positive and negative attributes and risk for coronary and aortic calcification in healthy women.* Psychosom Med 2006;68:355-61.

Markers metabolici predittivi della disabilità

A.M. Abbatecola, M. Barbieri, G. Paolisso

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

Il costante aumento dell'aspettativa di vita continua a crescere insieme ad un incremento del rischio di malattie. L'invecchiamento si associa ad una riduzione del corretto funzionamento dei vari sistemi fisiologici con l'insorgenza di patologie di diversa natura e la necessità di identificare le cause e le conseguenze di tali patologie. I problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento, ma il processo di invecchiamento risulta spesso associato ad un'aumentata suscettibilità per patologie con una maggiore prevalenza di disabilità. Pertanto è sempre più importante scoprire i meccanismi delle attività funzionali del corpo umano per prevenire le disabilità. Infatti l'obiettivo dello studio InCHIANTI [1] è quello di comprendere i processi che nel corso dell'invecchiamento rendono l'individuo più fragile, con una perdita dell'attività della vita quotidiana a causa di un problema fisico o cognitivo. La disabilità cognitiva coinvolge quasi al 35% degli anziani con un'età superiore a 85 anni che hanno un rischio di sviluppare disabilità fisica dieci volte superiore [2]. Analizzando i vari lavori scientifici pubblicati utilizzando dati da tale studio, è sempre più evidente che alterazioni metaboliche possono influire sia sulla disabilità fisica che su quella cognitiva. Grazie alla disponibilità dei dati longitudinali, sono presenti numerosi pubblicazioni che analizzano diversi aspetti della disabilità.

Conclusioni. Utilizzando i dati dello studio InCHIANTI, abbiamo dimostrato che il grado di insulino-resistenza (attraverso il calcolo dell'Homostasis Model Assessment (HOMA)) è un determinante della disabilità cognitiva valutabile con i test cognitivi di tipo esecutivi [3]. Un ulteriore fattore nutrizionale/metabolico è rappresentato dai polyunsaturated fatty acids (PUFA) (in particolare i N-3 PUFA) sull'insorgenza di un deterioramento dello stato funzionale valutato con la Short Physical Performance Battery dopo tre anni di follow-up [4].

Bibliografia

1 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.

2 Park HL, O'Connell JE, Thomson RG. *A systematic review of cognitive decline in the general elderly population.* Int J Geriatr Psychiatry 2003;18:1121-34.

[3] Abbatecola AM, Paolisso G, Lamponi M, et al. *Insulin resistance and executive dysfunction in older persons.* J Am Geriatr Soc 2004;52:1713-8.

[4] Abbatecola AM, Cherubini A, Guralnik J, et al. *Plasma polyunsaturated fatty acids and age-related physical performance decline.* Submitted Rejuvenation Research 2008.

Simposio Intersocietario SINPE-SIGG

PROBLEMATICHE DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE NELL'ANZIANO

MODERATORI: R. BERNABEI, M. MUSCARITOLI (ROMA)

Problematiche cliniche della nutrizione artificiale in età geriatrica

M. Zamboni, A. Sepe, L. Bissoli, V. Di Francesco
Cattedra di Geriatria, Università di Verona

Negli ultimi anni il problema della nutrizione artificiale ha attirato un interesse crescente anche nel soggetto anziano, in particolare ha condotto all'identificazione di Linee Guida ad hoc per l'anziano. Il rischio di malnutrizione è infatti particolarmente elevato nell'anziano a causa di molteplici fattori. Quando la nutrizione per via orale risulta insufficiente a garantire l'adeguato apporto energetico, si rende necessaria l'alimentazione artificiale. Esiste consenso che la nutrizione artificiale è indicata nei pazienti che rifiutano di nutrirsi per via naturale, in quelli che non devono assumere alimenti per os, e in quelli con ictus o altre malattie neurologiche complicate da disfagia.

La scelta della via di somministrazione. Nella scelta della via di somministrazione sono applicabili in linea generale le indicazioni stabilite dalle Linee Guida recentemente pubblicate [1].

Nel soggetto anziano è particolarmente importante identificare rapidamente il rischio di malnutrizione e, rispettando la gerarchia di intervento orale > enterale > parenterale, è cruciale iniziare tempestivamente un'eventuale nutrizione artificiale (Tab. I). La via di somministrazione più adeguata nel singolo paziente deve essere scelta considerando in particolare il rischio di complicanze, sicuramente maggiore nell'anziano con deficit cognitivo.

Nel soggetto anziano è necessario attuare un monitoraggio metabolico e clinico attento per poter tempestivamente modulare l'intervento in base alla risposta nutrizionale e all'eventuale comparsa di complicanze. In tal senso rigide prescrizioni anche in campo nutrizionale devono lasciare il posto ad un atteggiamento ispirato alla vigile gradualità ed elasticità di intervento, all'interno di un percorso terapeutico complessivo.

Adeguatezza apporto calorico-proteico. Un'adeguata nutrizione risulta prerogativa fondamentale per un miglioramento dello stato nutrizionale e/o funzionale del soggetto anziano.

La nutrizione per via enterale risulta indicata in tutte quelle situazioni in cui ne sia prevista una durata di 2 o più settimane, o anche di una settimana in pazienti che già presentino una malnutrizione calorico-proteica. Elemento di partenza fondamentale per il corretto utilizzo dell'alimentazione enterale è la valutazione del dispendio energetico che può avvenire in modo più preciso tramite una valutazione calorimetrica al letto del paziente o con l'utilizzo di formule ad hoc. Tra queste la formula di Harris-Benedict fornisce una stima sufficientemente accurata del fabbisogno energetico totale. La formula prevede correzioni per i coefficienti di attività e di patologia; altre formule sono state calcolate per stimare il fabbisogno energetico, e nel complesso si evince che i pazienti si giovano di apporti calorici giornalieri compresi fra 20 e 35 Kcal per kg di peso ideale.

La funzione intestinale non dovrebbe essere misurata esclusivamente in funzione della capacità assorbitiva e/o digestiva residua dell'intestino. È invece opportuno valutare la capacità dell'intestino di "tollerare" un nutriente, assicurando un'infusione che garantisca un adeguato stato di nutrizione, misurabile su una reale evidenza clinica (es.: scomparsa di decubiti, mantenimento delle masse muscolari, miglioramento psico-fisico, ecc.).

È preferibile introdurre gradualmente miscele enterali standard di produzione industriale, in grado di fornire almeno 1 Kcal per ml di soluzione, nonché nutrienti e microelementi sufficienti a coprire l'intero fabbisogno giornaliero. Le preparazioni "standard" presenti in commercio, cosiddette semi-elementari, forniscono calorie sotto forma di carboidrati (soprattutto maltodestrine) per il 48-55% e lipidi (oli vegetali e MCT) per il 25-40%; la componente azotata deriva solitamente da idrolisati di proteine (12-30%). In caso di capacità digestive e/o assorbitive molto ridotte (ad esempio dopo ampie resezioni intestinali) si possono utilizzare formule cosiddette elementari, cioè composte quasi esclusivamente da oligosaccaridi, aminoacidi singoli e piccoli peptidi, trigliceridi a media-corta catena, che richiedono una fase di digestione minima o nulla e risultano per questo facilmente assorbibili. Esse tuttavia presentano un'osmolarità maggiore e possono risultare quindi meno tollerate.

La presenza di alcune patologie (insufficienza renale cronica, cirrosi epatica, sindrome dell'intestino corto, insufficienza respiratoria, immunodepressione, ecc.) può richiedere l'utilizzo di miscele specifiche, la cui trattazione esauriente esula da questo testo.

Efficacia clinica della nutrizione enterale nell'anziano. Gli effetti clinici della nutrizione enterale sui pazienti anziani non sono stati studiati frequentemente ed i risultati riportati negli studi in letteratura sono spesso modesti. Questi insuccessi potrebbero essere legati a problemi intrinseci all'invecchiamento (minor efficienza della sintesi proteica nell'anziano e aumentato fabbisogno calorico e/o proteico), nonché a problematiche nel disegno degli studi di intervento.

Dati contrastanti emergono sull'efficacia della nutrizione enterale nel migliorare le capacità funzionali del soggetto, espresse come incremento nel punteggio delle Activity Daily Living, sulla riduzione della mortalità e sul miglioramento della qualità di vita.

La gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) è la tecnica preferibile in caso di necessità di nutrizione enterale superiore ai 60 giorni, dimostrando di essere ben tollerata, sicura ed in grado di ridurre, anche se non di annullare, il rischio di aspirazione. Nei soggetti molto anziani tuttavia la mortalità dei portatori di PEG, un anno dopo il suo posizionamento, è stata descritta essere più elevata di quella dei soggetti alimentati con SNG [2]. Va per altro segnalato il fatto che, se gestite da un adeguato team specialistico, le PEG nei pazienti cronicizzati hanno bassa incidenza di complicanze. Le complicanze ga-

stro-enteriche (es. cattiva tollerabilità del prodotto, rigurgiti, diarrea osmotica, iperglicemia, rischio di aspirazione nei bronchi, ecc.) sono tuttavia fortemente ridotte dall'uso delle nutripompe con le quali è possibile attuare un periodo iniziale di induzione nutrizionale, impiegare un flusso continuo contenuto (es. < 100 ml/ora) [3]. Sono comunque descritte complicanze anche serie (ma fortunatamente rare) dopo posizionamento di PEG, quali rischio di aspirazione con conseguente insufficienza respiratoria acuta, emorragia, peritonite, migrazione della sonda nella parete gastrica, perforazione, fistola gastrocolocutanea, fascite necrotizzante.

Principali controindicazioni assolute e relative. I vantaggi della nutrizione enterale sulla nutrizione parenterale totale sono ormai assodati sia da un punto di vista fisiopatologico che dagli studi sperimentali. La nutrizione enterale presenta il vantaggio del mantenimento dell'integrità anatomo-funzionale della mucosa intestinale, del miglioramento dell'utilizzazione dei substrati nutritivi, della facilità e sicurezza di somministrazione, e del minor costo [4 5]. Ciò nonostante nella scelta è consigliabile privilegiare la nutrizione enterale a patto che non siano presenti controindicazioni [6 7]. Principali condizioni cliniche nelle quali è assolutamente controindicata la nutrizione enterale sono: l'occlusione o la subocclusione cronica intestinale di origine meccanica; la grave ischemia intestinale su base non ipovolemica; le fistole digiunali o ileali ad alta portata (output > 400 mL/die). Controindicazioni relative risultano invece la gastroparesi, l'ileo paralitico, le resezioni intestinali massive, le fistole enteriche a bassa portata, le fistole digestive alte (esofago, stomaco, pancreas), la malattia di Chron.

Sono peraltro note alcune complicanze metaboliche della nutrizione enterale (Sindrome da rialimentazione e squilibri glicemici, idro-elettrolitici ed acido base), disnutrizionali (carenze o iperapporti di macro/micro-nutrienti); gastrointestinali (diarrea), infettive (aspirazione nelle vie aree con conseguente polmonite ab ingestis, infezione del sondino), e meccaniche (ostruzione del sondino), che ne impongono quindi un continuo attento monitoraggio clinico (Tab. II). Tali complicazioni sono più frequenti e potenzialmente più pericolose nell'anziano con demenza.

La prevenzione di tali complicanze richiede uno stretto e continuo monitoraggio del paziente, e l'aderenza ai protocolli di gestione. Queste attenzioni e la presenza di team nutrizionali multiprofessionali sono in grado di minimizzare l'incidenza delle complicanze.

Bibliografia

1 Toigo G, Zamboni M, Sergi G, Valerio G, Boscaro S, Di Francesco V, et al. *Linee Guida per la nutrizione artificiale nel paziente anziano.* Giornale di Gerontologia 2005;80:603-16.

2 Meier DE, Ahronheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison RS. *High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding*. Arch Intern Med 2001;161:594-9.

3 Casarett D, Kapo J, Caplan A. *Appropriate use of artificial nutrition and hydration – fundamental principles and recommendations.* N Engl J Med 2005;353:2607-12.

4 Solomon SM, Kirby DF. *The refeeding syndrome: a review.* JPEN 1990;14:90-7.

5 Marik P, Bedigian MK. *Refeeding hypophosphatemia in critically ill patients in an intensive care unit: a prospective study.* Arch Surg 1996;131:1043-7.

6 Rosmarin DK, Wardlaw GM, Mirtallo J. *Hyperglycemia associated with high, continuous infusion rates of total parenteral nutrition dextrose*. Nutr Clin Pract 1996;11:151-6.

7 Sacks GS. *Is lipid emulsions safe in patients with hypertrigliceridemia? Adult patients.* Nutr Clin Pract 1997;12:120-3.

Tab. I. Raccomandazioni peculiari nell'utilizzo della nutrizione enterale in geriatria.

Identificare rapidamente paziente a rischio
Rispettare la gerarchia di intervento: orale > enterale > parenterale
Valutare la capacità di decidere del paziente e rispettarne la volontà
Attuare un monitoraggio metabolico attento
Alzare il paziente prima possibile ed iniziare riattivazione motoria

Tab. II. Problemi più comuni durante la Nutrizione Enterale nell'anziano.

Aspirazione nelle vie aeree
Ostruzione del sondino
Infezioni del/dal sondino
Scarsa tollerabilità soggettiva
Diarrea
Iperidratazione-disidratazione
Underfeeding-overfeeding

La nutrizione enterale domiciliare nell'anziano

P. Orlandoni[1], N. Giorgini[1], N. Castorani[1], D. Fagnani[1], L. Spazzafumo[2], C. Venturini[1]

[1] U.O.S. di Nutrizione Artificiale (Centro di Riferimento Regionale NAD), INRCA-IRCCS, Ancona; [2] Direzione Sanitaria INRCA-IRCCS, Agenzia Nazionale per le problematiche dell'Invecchiamento, Ancona

Scopo. Il progressivo invecchiamento della popolazione ed i mutamenti sociali nell'assetto familiare richiedono un adeguamento nei servizi assistenziali extraospedalieri al fine di garantire una reale efficacia delle terapie ed un ottimale rapporto costo/beneficio. Con la D.R. del 1997 il Centro di Nutrizione Clinica dell'INRCA di Ancona (Centro Regionale di Riferimento per la Nutrizione Artificiale Domiciliare – NAD) segue in Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) quasi esclusivamente pazienti anziani spesso con pluripatologie e grado di autonomia limitato. Dopo 10 anni di attività è stata condotta un'analisi critica dell'operato del Servizio da cui sono emerse diverse problematiche: ridotta disponibilità/impossibilità dei familiari a recarsi c/o la Farmacia Ospedaliera per l'approvvigionamento dei presidi per la NED; ridotta disponibilità/impossibilità dei familiari ad organizzare il trasporto del paziente, spesso in condizioni cliniche critiche, c/o l'ambulatorio nutrizionale per periodica valutazione; difficoltà a comunicare con gli operatori sanitari per i pazienti in casa di cura; necessità di monitorare frequentemente la funzionalità cardiaca e respiratoria (i cui scompensi costituiscono la maggior causa di ricovero e decesso); far fronte ad un crescente aumento di richiesta di ricovero per complicanze quali disidratazione, squilibri idro-elettrolitici, polmoniti ab ingestis e per complicanze delle vie d'accesso. Scopo del lavoro è illustrare i risultati ottenuti con un

nuovo modello organizzativo INRCA, che prevede il trasporto dedicato del materiale per la NED, la valutazione antropometrica e del grado di disfagia, il controllo della via di infusione e il monitoraggio cardiaco con telemedicina con cadenza mensile direttamente a domicilio.

Materiali e metodi. Nel maggio 2006 ha preso avvio un nuovo modello organizzativo assistenziale per pazienti anziani in NED in collaborazione con Vivisol S.r.l., azienda leader nel settore dell'assistenza domiciliare integrata. Con cadenza mensile, il personale specializzato (dietista e fisioterapista) operante presso il centro NAD dell'INRCA di Ancona effettua i seguenti monitoraggi: peso corporeo (bilancia portatile a celle di carico), altezza stimata (tabelle MUST), test funzionale di forza muscolare (dinamometria), dispendio energetico (calorimetria indiretta con armband), funzionalità cardiaca (ECG con invio telematico) e della funzione deglutitoria (test clinico). La fornitura dei presidi per la NED viene recapitata mensilmente o secondo necessità su prescrizione del medico nutrizionista. La valutazione bioumorale dei parametri nutrizionali e di funzionalità dei principali apparati viene eseguita mensilmente nei primi tre mesi e successivamente almeno ogni sei mesi.

Risultati. Sono stati analizzati in maniera retrospettiva 151 pazienti anziani disabili posti in NED per disfagia (83,5%) o per anoressia (16,5%) per un periodo superiore ai 30 gg. I pazienti affetti da patologie neurologiche nel 71,3% dei casi presentavano una o più comorbilità (diabete mellito, cardiopatia, nefropatia, alterazione della funzionalità epatopancreatica). La via d'accesso più utilizzata è stata il SNG (58,9%), mentre la PEG è stata eseguita nel 41,1% dei casi. I pazienti, 106 femmine (70,2%) e 45 maschi (29,8%) avevano un'età media di 83,57 anni, senza differenza significativa tra i due sessi: 84,72 (± 7,8) anni per le femmine e 80,86 (± 8,4) per i maschi. La casistica comprende pazienti trattati dal 1 gennaio 2006 al 30 giugno 2008, di cui 85 (56,3%) sono deceduti, 61 (40,4%) sono ancora in atto e 5 (3,3%) hanno ripreso l'alimentazione per os. L'età media è risultata superiore per i pazienti deceduti (85,48 anni) rispetto a quelli ancora in atto (80,83 anni) ($p < 0,002$). Le giornate totali di trattamento sono state 55.641 con un periodo medio di sopravvivenza superiore ad un anno (399 giorni), contro i circa 300 giorni di una casistica pubblicata di recente per pazienti di età > 75 anni [2]. L'analisi dei fattori di rischio per la mortalità ha rilevato che sono significativi: la presenza di lesioni da decubito e di ab ingestis ($p < 0,001$).

Sono state effettuate n. 987 visite domiciliari che hanno permesso la ripresa parziale dell'alimentazione per os (nel 12% dei casi), la rilevazione di gravi anomalie cardiache con richiesta di ricovero urgente nel 6% dei casi e l'individuazione di complicanze delle vie d'accesso nel 10% dei casi senza gravi conseguenze.

I pazienti sono stati trattati con 5 differenti tipi di miscela enterale, adottando i seguenti criteri:

1) miscela per diabetici: nei pazienti con diabete mellito, con assetto proteico nella norma o con deficit lieve/moderato, o con assetto proteico gravemente alterato, ma con indici di alterata funzionalità renale (creatinina > 2 mg/dl);
2) miscela per diabetici iperproteica: nei pazienti con diabete mellito e grave deficit proteico, senza alterazione della funzionalità renale;
3) miscela iperproteica: nei pazienti con grave deficit proteico, senza alterazione della funzionalità renale.
4) miscela oligomerica: nei pazienti con alterazione degli indici di funzionalità epato-pancreatica, con alterazioni della funzionalità gastrica, con intolleranza alla miscela standard;
5) miscela standard: nei pazienti senza le caratteristiche precedenti.

Escludendo i 5 pazienti che hanno ripreso l'alimentazione per os, il tempo medio di sopravvivenza è risultato superiore in maniera significativa per i pazienti trattati con miscela oligomerica, rispetto alle altre quattro miscele: per diabetici ($p < 0,028$), per diabetici iperproteica ($p < 0,0001$), iperproteica ($p < 0,019$), standard ($p < 0,013$).

Tipo di miscela	Tempo medio (gg)
1 Diabete	293,50
2 Diabete iperprot.	107,91
3 Iperproteica	196,75
4 Oligomerica	1077,77
5 Standard	196,68

Conclusione. Gli studi sull'efficacia della nutrizione artificiale domiciliare nel paziente anziano fragile compromesso sono inficiati da vari fattori, fra cui l'eterogeneità delle casistiche e dei modelli di assistenza nei vari Paesi [3]. Il nuovo modello di assistenza NED, attuato dall'INRCA con la Vivisol, per i pazienti anziani disabili con polipatologia, che prevede la totale presa in carico della fornitura e del monitoraggio direttamente a domicilio, si è dimostrato efficace nel garantire una sopravvivenza media superiore ad un anno. Il modello di assistenza NED deve essere modulato sulle esigenze del singolo paziente, garantendo protocolli di intervento, che tengano conto non solo della patologia che ha posto l'indicazione alla terapia nutrizionale, ma anche del grado di compromissione dei vari apparati, soprattutto gastrointestinale, ma anche cardiaco, renale, e respiratorio, e del livello di collaborazione del paziente stesso e del care giver. Anche l'impiego di una miscela più adatta alle condizioni generali e, in particolare, a quelle dell'apparato gastrointestinale, spesso compromesse, sembra poter influire sull'efficacia della terapia nutrizionale nel prolungare la sopravvivenza.

Bibliografia

1 Silver HJ, et al. *Older adults receiving home enteral nutrition: enteral regimen, provider involvement, and health care outcomes.* JPEN 2004;28:92-8.

2 Paccagnella A, et al. *Home enteral nutrition in adults: A five-year (2001-2005) epidemiological analysis.* Clin Nutr 2008;27:378-85.

3 Volkert D, et al. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics.* Clin Nutr 2006;25:330-60.

Simposio

EUROPEAN RESEARCH PROJECTS ON HEALTH SYSTEMS AND LONG TERM CARE OF THE ELDERLY

MODERATORI: P. ABETE (NAPOLI), A. CHERUBINI (PERUGIA)

INTERLINKS. Health systems and long-term care for older people in Europe – Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care

K. Leichsenring

European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna

The rising demand for long-term care calls for policy approaches to long-term care allowing for holistic and inclusive views that integrate the role of different public programmes, sectors of society, and private initiatives. Moreover, there is growing evidence about discrimination of dependent older people with respect to their access to mainstream health care and to prevention and rehabilitation, that need to be addressed by health and long-term care reforms.

The objective of this 3-year project is therefore to construct and validate a general model to describe and analyse long-term care (LTC) systems for older people from a European perspective. The particular aspects of the different emerging national models that currently address long-term care needs in Europe will be used to show how the links to health care services, the quality of LTC services, the incentives for prevention and rehabilitation, and the support for informal carers can be governed and financed to enhance structures, processes and outcomes of LTC systems.

Specifically, this project will:

- develop a concept and methodology to describe and analyse long-term care and its links with the health system. This methodology is to facilitate cross-national comparisons and to enable individual Member States to compare their developmental status and to identify future areas for national development;
- identify a set of practical tools that measure and support progress against evidence-based good practice, and can be used to guide the future in individual Member States;
- identify acknowledged and established good practice that may help to inform the policy and practice of other Member States, particularly with respect to assessing and monitoring quality of care, promoting prevention and rehabilitation and supporting informal carers as well as addressing respective governance and financing issues.

Although the individual aspects of health and social care services for people who depend on continuous support are now an area of extensive research in many countries, the concepts, indicators and models for international comparisons and for the identification of good practice across countries are still very much in their infancy. This is particularly the case for existing evidence and model ways of working towards prevention and rehabilitation in long-term care, the quality of services (such as organisational development towards more coordinated and integrated working), monitoring governance and financing, and the specific role of informal care provided by family members, friends, neighbours and volunteers. Even at a national level, methodology and measurement is often deficient to bring these aspects or elements together.

The focus of this project is thus to draw the existing elements together in a 'state of the art' European model for analysing long-term care provision. Given the huge variety of existing health and social care systems in Europe, such a model will have to be constructed as an analytical toolbox that takes into account pathways of reform policies, economic and other incentives and thresholds for improvement at any stage of a national system's development. Key to this project is a validation procedure that will ensure a robust outcome in terms of methods and tools.

The construction of such an approach will integrate the professional and the non-professional domain and will need input from the perceptions, interests and perspectives of a wide range of stakeholders. This includes political and administrative decision-makers at different levels, professional federations, provider organisations and carer organisations.

INTERLINKS is therefore conceived as an interactive study of applied social research which is underlined by a number of milestone events during which an informed public (national experts from research and practice, high-level policy makers, EU institutions and European level non-governmental organisations and providers) will be involved in the validation of findings and in the elaboration of model elements. It is a special aim of the project to identify and involve "change agents" in policy and practice – persons who are open for change and able to implement learning and evidence into practice – as much as possible in the gathering of data (evidence-based good practice), in the validation of findings and in the implementation of methods and instruments.

Key research questions are:

- How can efficiency, effectiveness and financial sustainability of health and long-term care for dependent older people be conceptualised and monitored from an international perspective?
- Which determinants, structural conditions and organisational aspects contribute to a successful interplay at the boundaries of health care and long-term care?
- How can long-term care systems be described and analysed with a focus on these determinants as well as taking into account the major contribution of family and informal carers?
- How can benefits of integrated long-term care systems be governed and financed, and to what extent do they contribute to equal access (including to prevention and rehabilitation), enhanced quality and sustainability?

The project outcome will guide policy analysis and design, permit comparison and will substantially broaden the scientific base that supports the Member States to better organise their health and LTC systems. It will also integrate the professional and the non-professional domain with inputs from a wide range of stakeholders by means of National Expert Panels and European-level Sounding Board Conferences.

INTERLINKS will be carried out by a consortium of 16 partners from universities, national and international research institutes with international and interdisciplinary expertise, also in cross-national research. The consortium represents 13 Member States (AT, DE, DK, EL, ES, FI, FR, IT, NL, SE, SI, SK, UK) and Switzerland covering different welfare regimes and geographical domains to allow for the regional and developmental, path-dependent differences to be addressed.

References

Leichsenring K, Billings J, (eds). *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons. Evidence from Nine European Countries.* Aldershot: Ashgate 2005.

Alaszewski A, Leichsenring K, (eds). *Providing Integrated Health and Social Care Services to Older Persons. A European Overview of Issues at Stake.* Aldershot: Ashgate 2004.

Bertin G, Leichsenring K. *La regolazione delle politiche sociali nei Paesi dell'Unione Europea a partire dai sistemi locali. In: Messina P, (a cura di). Sistemi locali e spazio europeo.* Roma: Carocci 2003, p. 188-204.

ANCIEN, Assessing Needs of Care in European Nations

E. Mot

Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), The Hague; EU Seventh Framework Programme, HEALTH, Health systems and long term care of the elderly; Coordinator: Centre for European Policy Studies (Guldem Okem, CEPS, Brussels); Scientific coordination: CPB (Esther Mot) and Federal Planning Bureau (Peter Willemé, FPB, Belgium)

The post-war baby boom is turning into a grandparent boom, putting a triple stress on long term care (LTC) provisions: increased numbers of elderly, increased survival of these elderly and increased survival of frail, disabled elderly through improved care and health care. Epidemiological trends such as smoking cessation and obesity will increase care dependence. At the same time the supply of labour is affected by the ageing of the EU population. This is likely to cause an increasing discrepancy between the developments in the need for care and in the number of persons available to supply it. It also puts a strain on the financial sustainability of LTC systems. These developments call for an analysis of the factors that determine the need for care and of the systems that are used for the provision of LTC, as well as the link with the health care system and prevention activities.

The objectives of ANCIEN are to review the LTC systems in EU member states, to assess the actual and future numbers of elderly care-dependent people in selected countries and to develop a methodology for comprehensive analysis of actual and future LTC needs and provisions across European countries, including the potential role of technology and policies on maintaining and improving quality. Performance indicators will be identified and relative performances of the different types of LTC systems assessed.

Databases of EU countries will be constructed, containing available data on LTC needs and use of the elderly. Participating partners from different countries cover the majority of the EU member states. The 19 partners in the project are from Austria, Australia, Belgium, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Italy, the Netherlands, Poland, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom. State of the art demographic, epidemiologic and econometric models will be used to project future needs and use of long-term care in representative member states with different LTC systems. The final result of the project will be a comprehensive overview of long term care systems of EU nations: a description and projection of needs, provision and use for selected countries combined with a description of systems, quality assurance and an analysis of systems performance.

The Shelter Project

G. Onder, R. Liperoti, F. Landi, G. Gambassi, R. Bernabei

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Long-term care is understood as a well-planned and well-organized set of services and care processes, targeted at the multi-dimensional needs/problems of an individual client. Elements are home care, residential care, social services but even the exact meaning of "long" differs from country to country. As for residential care is concerned, two main types of facilities are considered in most EU Member States, the residential care homes (e.g., sheltered houses, old people's homes) and the nursing homes (NH). While the former is fundamentally oriented to people with only minor social needs, nursing homes are characterized by an integrated intervention for severely dependent individuals. What is striking is the lack of comparable data and evidence and analysis within Europe on this matter. A heavily reliance is therefore placed on data and analysis from third countries, notably the US, which may only be partly relevant for the EU, given possible differences in morbidity patterns and also the very different organizational arrangements of the health care sector. It is very complicated to give a European overview, and hardly any facts have been aggregated at European level. Much is known from individual countries. However, Eurostat reviews of data available on ADL-related dependency, for example, show that there is very low level of comparability of the data collected in national surveys.

The reasons for this lack of data are multiple. In general, there is a sharp contrast with general health care with its well-defined medical professions, differentiated competencies, monitoring, registration, etc. Instead, for long-term care the systems are so different and have so many stakeholders that almost nobody has a total overview of the system. Care and services are orientated on supply rather on demand. Large databases are widely used to study processes and outcomes of hospitalization, but despite such successful application, this approach has been rarely used in NH which is really the most critical sector of long-term care. One of the most relevant obstacles to assess and compare NH services and residents across countries relates to the fact that standardized and validated methodologies to assess health care delivery and quality of care in NH are not routinely used in Europe.

Thus, there is an unprecedented urgent need for developing and validate a methodology to analyse the provision of long-term care across European health systems. This methodology should allow the development of eligibility criteria, ensure quality of services, construct quality indicators, and result in a more efficient resource allocation to grant equal access to services to a growing number of individuals.

Comprehensive assessment (CGA) is considered the "technology" of Geriatrics and its application results in a better quality of care.

The traditional physical exam does not provide information on the various problematic areas of the elderly patient with his/her co-morbidities, syndromes, socio-economic problems, functional and cognitive deficits. CGA does provide such information and allows a more specific and sensible care plan for that single patient. The limit of CGA is that is usually "home made" with the assembly of different scales according to the local geriatrician's knowledge and needs. Moreover each scale assesses a single domain and it is not certain that the personal assembly determines a real comprehensiveness. Health services are even less known and studied.

The use of any such comprehensive assessment instrument may provide the opportunity to doctors, nurses, families, advocates, administrators and public payers to track changes in the older adults' status across settings and over time. In fact, when systematically collected with an assessment instrument, data can be used to assess the outcomes of individuals or groups of residents, develop eligibility criteria, ensure monitoring of services delivery, construct quality measures, and result in a more efficient resource allocation.

In this context, the European Union, through the 7th Framework programme, has recently approved the study SHELTER (Services and Health for Elderly in Long TERm care; PI Roberto Bernabei) which is aimed to validate a comprehensive assessment tool, the Minimum Data Set (MDS) for long term care residents (MDS-LTCF) as a methodology to assess the provision of care in NH in Europe.

This novel instrument has been developed building on the previously available MDS-like instrument but with a European perspective. To make this instrument applicable to a large European population, this study will assess: a) linguistic validity of the instrument in different translations; b) face validity of items included in the translated versions of the instrument; c) test-retest and inter-rater reliability of each item.

In addition, the SHELTER study proposes to implement and apply on al large scale the MDS-LTCF, leading to the creation of a database that will allow the unprecedented opportunity to: a) measure residents outcomes and identify predictors of outcomes; b) develop eligibility criteria and resource utilization groupings; c) monitor services delivery and analyse quality measures.

After this process will be completed the MDS LTCF could be used on a large scale as a common and standardised assessment instrument for NH residents in Europe, allowing to compare characteristics of NH residents in different countries, to assess quality of care, resources utilisation and patients outcomes.

Therefore, we propose a large cross-national, prospective, observational study of older people in NH in 8 countries. NH residents in the study will be assessed using an MDS-like assessment instrument specifically designed (MDS-LTCF). Data on both "structural" and "organisational" characteristics of each NH will also be collected with a specifically designed form, the European Nursing Home Services (EU-NHS). All the information collected will contribute to the creation of a previously not available European database on NH (Shelter database).

The SHELTER Project will cover a 36 months period and will ultimately lead to the creation of the first, cross-national European database of NH residents (Shelter database) containing information previously not available on residents typology and outcomes, quality measures and services characteristics. The resident type of data can be a prototype of an e-health record enabling patients to a real mobility within Europe.

The study will be performed in 8 countries, including Italy, Czech Republic, Germany, Finland, France, Israel, The Netherlands, United Kingdom.

Each country will contribute a sample of 500 individuals from several NHs. The representativeness of the study sample from each country will be checked against the available national statistics on nursing home residents.

The enrolment of participants will span over 3 months. Participants in the study will include individuals residing in NH at the beginning of the study. Resident's assessment will be performed at baseline, at 6 and 12 months. In addition, a sample of 100 residents from each country will be used to calculate test-retest and inter-rater reliability. Participants will be followed for a 1 year period. There will be no established exclusion criteria. Researchers in each participating country will anyway seek the approval by the competent ethical committee and patients, caregivers or family members will be asked to give an informed consent.

LETTURA

Management geriatrico delle malattie acido-correlate

A. Pilotto, F. Addante, D. Seripa, M. Franceschi

Dipartimento di Scienze Mediche, U.O. Geriatria & Laboratorio di Ricerca Gerontologia-Geriatria, "Casa Sollievo della Sofferenza", IRCCS, San Giovanni Rotondo (FG), Italy

La malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE). La malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) è una sindrome clinica caratterizzata da reflusso patologico gastro-esofageo a contenuto acido associato a sintomi (tipici o atipici) e/o a danno macroscopico della mucosa esofagea (esofagite). La prevalenza della MRGE aumenta significativamente con l'avanzare dell'età. Un ampio studio clinico condotto su oltre 840 pazienti affetti da esofagite, ha documentato che il soggetto anziano con MRGE presenta meno frequentemente sintomi tipici (pirosi retrosternale, rigurgito acido e dolore epigastrico) rispetto ai pazienti di età giovane o adulta. In età avanzata la MRGE si presenta più frequentemente con sintomi aspecifici come anoressia, episodi di vomito, calo ponderale e anemia [1]. Conseguenza clinica di tale presentazione di malattia è che la MRGE nell'anziano viene sospettata e diagnosticata tardivamente; tale ritardo diagnostico, e naturalmente terapeutico, ha come conseguenza che il reflusso acido in esofago si prolunga nel tempo comportando nell'anziano quadri clinici di MRGE più severa al momento della diagnosi [1].

Vista la presentazione aspecifica di malattia, si rende necessario nell'anziano l'impiego di strumenti diagnostici idonei per l'età anziana. Recentemente in una popolazione di soggetti anziani è stato validato un questionario diagnostico per le malattie delle alte vie digestive denominato UGISQUE (Upper GastroIntestinal Questionnaire for the Elderly) [2]. Il questionario si compone di 15 sintomi suddivisi in 5 domini che esplorano la presenza di dolore addominale, sintomi da reflusso, sintomi da "maldigestione", sanguinamento e sintomi

aspecifici. Lo strumento, utilizzato in 206 anziani sottoposti ad endoscopia digestiva, è stato in grado di identificare il 76,2% (sensibilità = 38%, specificità = 94%) dei soggetti con MRGE ed il 70% dei soggetti con ulcera peptica (sensibilità = 63%, specificità = 75%) (Fig. 1). Dato interessante, in questi soggetti anziani la presenza di "sintomi aspecifici" risulta significativamente associata a patologia digestiva: OR = 12,2, 95% CI = 3,3-45,1 per esofagite e OR = 28,1, 95% CI = 5,8-135,4 per l'ulcera peptica. L'anziano presenta una elevata prevalenza di recidiva della MRGE: la terapia con farmaci antisecretori come gli inibitori della pompa protonica (PPI) è misura efficace di trattamento acuto [3] e di prevenzione a lungo termine della recidiva di MRGE [4]. Nell'anziano, tuttavia, l'uso di tali farmaci antisecretori si associa significativamente ad aumentato rischio di infezioni polmonari [5] e gastroenteriche [6], diarrea [7], anemia ed osteoporosi [8]. Inoltre, almeno il 30% dei soggetti anziani con MRGE non necessita di terapia di mantenimento con PPI [4]. In questi casi è auspicabile l'utilizzo di farmaci con diverso meccanismo d'azione come l'alginato di sodio che formando una barriera di gel intragastrico riduce la frequenza e la severità dei sintomi nelle forme lievi di MRGE. Nelle forme più severe di MRGE, inoltre, l'alginato di sodio in associazione con i PPI, diminuisce il numero degli episodi di reflusso, senza alterare il pH intragastrico e senza interagire con la flora gastrointestinale [9].

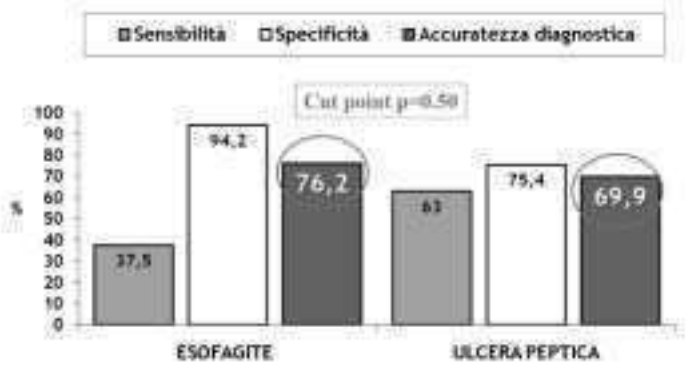


Fig. 1. Sensibilità, specificità e accuratezza diagnostica dell'UGISQUE in anziani affetti da esofagite e ulcera peptica (da Pilotto et al., J Nutr Health Aging 2008, mod.).

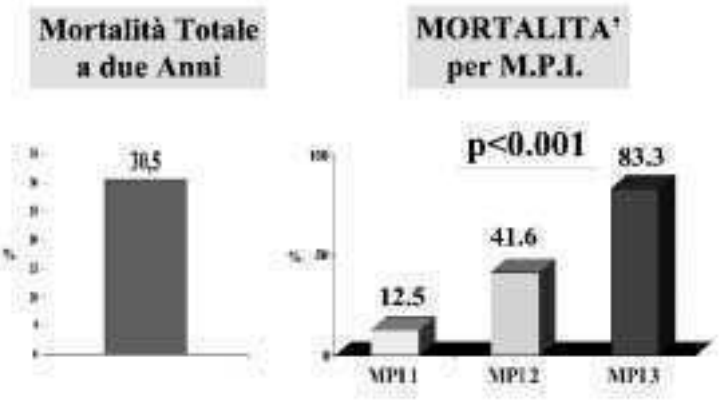


Fig. 2. Prevalenza di mortalità in anziani ospedalizzati con emorragia digestiva suddivisi secondo il *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) (da Pilotto et al., Digest Dis 2007, mod.).

Il danno gastroduodenale da FANS. L'impiego di FANS e aspirina si associa ad un aumentato rischio di sintomi gastrointestinali, ulcera peptica gastrica o duodenale e le sue complicanze severe quali emorragia e perforazione. L'anziano, soprattutto se disabile e affetto da multiple malattie concomitanti, è particolarmente esposto a tali complicanze severe. I meccanismi che sottendono alle lesioni sono sia ciclo-ossigenasi (COX)-dipendente che COX-indipendenti. La terapia delle lesioni acute da FANS e aspirina prevede l'impiego di farmaci antisecretori gastrici: i PPI sono più efficaci degli anti-H2 recettori nel trattamento a breve termine. Nei pazienti anziani ad alto rischio, le strategie di prevenzione risultate efficaci sono l'uso di bassi dosaggi di FANS e/o di FANS meno lesivi, la associazione al FANS o aspirina di un farmaco gastroprotettore efficace, la cura dell'eventuale infezione da Helicobacter pylori, la attuazione di strategie di educazione e formazione su pazienti, caregivers ed operatori sanitari [10].

Nei soggetti anziani che devono iniziare una terapia con FANS l'approccio ottimale per la prevenzione del danno gastroduodenale prevede la identificazione del soggetto a rischio mediante l'impiego della Valutazione Multidimensionale. Recentemente è stato dimostrato che l'impiego di una valutazione multidimensionale in soggetti anziani ricoverati per emorragia delle vie digestive ha permesso di creare uno strumento prognostico multidimensionale, denominato Multidimensional Prognostic Index (MPI), in grado di identificare i soggetti anziani a lieve, moderato e severo rischio di mortalità a breve e a lungo termine [11].

Un contributo significativo per la identificazione del soggetto a rischio di lesioni gastroduodenali da FANS può avvenire anche attraverso lo studio genetico. La caratterizzazione dei polimorfismi genetici dell'enzima CYP2C9, appartenente alla famiglia del citocromo P450, responsabile del metabolismo di molti FANS, permette infatti di definire la capacità metabolica di un soggetto nei confronti di un determinato FANS. Il soggetto metabolizzatore rapido, infatti, eliminerà velocemente il farmaco che quindi probabilmente risulterà poco efficace. Viceversa, il soggetto metabolizzatore lento o ultralento metabolizzerà poco il farmaco con il rischio potenziale di accumulo e di indurre effetti avversi da sovradosaggio. L'utilità di questo approccio per il medico clinico è stata recentemente confermata da una ricerca condotta in pazienti anziani con emor-

ragia digestiva da FANS come diclofenac, ibuprofene, naprossene, piroxicam o celecoxib. Nei pazienti portatori delle varianti *1/*3 ed *1/*2 del gene CYP2C9, responsabile del metabolismo di tutti questi FANS, il rischio di emorragia associata all'uso di questi farmaci è maggiore rispettivamente di circa 13 volte (Odds ratio = 12,9, 95% CI = 2,9-57,912) e 4 volte (Odds ratio = 3,8, 95% CI = 1,9-13,2) rispetto ai soggetti portatori della variante più comune "wild type" *1/*1 del CYP2C9 [12]. Anche se questi dati necessitano di ulteriore conferme, appare evidente che la possibilità di calcolare il rischio di reazioni avverse severe da FANS attraverso lo studio genetico condotto prima di iniziare il trattamento, sia estremamente utile nella pratica clinica rivolta al soggetto anziano più complesso e quindi maggiormente a rischio di reazioni avverse a farmaci.

Bibliografia

1 Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, Scarcelli C, D'Ambrosio LP, Seripa D, et al. *Clinical features of reflux esophagitis in the elderly: a study of 840 consecutive patients.* J Am Geriatr Soc 2006;54:1537-42.

2 Pilotto A, Franceschi M, Maggi S, Noale M, Parisi G, Crepaldi G. *Validation of a new Questionnaire for the evaluation of Upper GastroIntestinal Symptoms in the Elderly (UGISQUE).* J Nutr Health Aging 2008;12:575.

3 Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, Scarcelli C, D'Ambrosio LP, Paris F, et al. *Comparison of four proton pump inhibitors for the short-term treatment of esophagitis in elderly patients.* World J Gastroenterol 2007;13:4467-72.

4 Pilotto A, Leandro G, Franceschi M, on behalf of the Ageing and Acid-related Disease Study Group. *Short- and long-term therapy for reflux oesophagitis in the elderly: a multi-centre, placebo-controlled study with pantoprazole.* Aliment Pharmacol Ther 2003;17:1399-406.

5 Gulmez SE, Holm A, Frederiksen H, Jensen TG, Pedersen C, Hallas J. *Use of proton pump inhibitors and the risk of community-acquired pneumonia.* Arch Intern Med 2007;167:950-5.

6 Dial S, Delaney JAC, Barkun AN, Suissa S. *Use of gastric acid-suppressive agents and the risk of community-acquired Clostridium difficile-associated disease*. JAMA 2005;294:2989-95.

7 Pilotto A, Franceschi M, Vitale D, Zaninelli A, Di Mario F, Seripa D, Rengo F, for FIRI and the SOFIA Project Investigators. *The prevalence of diarrhea and its association with drug use in elderly outpatients: a multicenter study*. Am J Gastroenterol 2008;103:1-8.

8 Yang Y-X, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. *Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture.* JAMA 2006;296:2947-53.

9 Dettmar PW, Hampson FC, Taubel J, Lorch U, Johnstone LM, Sykes JB. *The suppression of gastro-oesophageal reflux by alginate.* Int J Clin Pract 2007;61:1654-62.

10 Pilotto A, Franceschi M. Upper *Gastrointestinal Disorders.* In: Halter JB, et al. eds. *Hazzard's Geriatric Medicine & Gerontology.* 6th Edition. McGraw-Hill, 2009 (in press).

11 Pilotto A, Ferrucci L, Scarcelli C, Niro V, Di Mario F, Seripa D, et al. *Usefulness of the comprehensive geriatric assessment in older patients with upper gastrointestinal bleeding: a two-year follow-up study.* Digest Dis 2007;25:124-8.

12 Pilotto A, Seripa D, Franceschi M, Scarcelli C, Coalizzo D, Grandone E, et al. *Genetic susceptibility to nonsteroidal anti-inflammatory drug-related gastroduodenal bleeding: role of cytochrome P450 2C9 polymorphisms.* Gastroenterology 2007;133:465-71.

LETTURA

Terapia orale del diabete mellito tipo 2: nuove evidenze scientifiche

G. Perriello

Dipartimento di Medicina Interna, Sezione di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche, Università di Perugia

Introduzione. La terapia del diabete mellito di tipo 2 ha subito negli ultimi anni un profondo cambiamento sia per la divulgazione dei risultati dei grossi studi d'intervento sia per la disponibilità di nuovi farmaci orali. Gli studi d'intervento farmacologico, effettuati nel diabete di tipo 2, hanno dimostrato in modo chiaro che la terapia intensiva, cioè un trattamento con obiettivi glicemici quasi normali, riduce in modo significativo l'incidenza delle complicanze microvascolari di circa il 25% e modifica favorevolmente il decorso ed evoluzione di quelle macrovascolari [1 2]. Più recentemente, gli studi ACCORD, ADVANCE e VADT hanno confermato che il trattamento intensivo dell'iperglicemia deve essere intrapreso fin dall'esordio clinico della malattia e personalizzato sulla base delle caratteristiche fenotipiche individuali [3 4]. In particolare, nei soggetti di età superiore ai 65 anni il trattamento è più impegnativo ed insidioso rispetto a quello che comunemente si realizza nella popolazione adulta più giovane, a causa delle modificazioni fisiologiche legate all'età, presenza di malattie associate e necessità di impiegare diversi farmaci per curare varie patologie. Pertanto, gli obiettivi glicemici perseguibili nella maggioranza della popolazione diabetica, così come gli approcci per raggiungerli, devono essere adattati alla situazione clinica dell'individuo anziano, prendendo in considerazione oltre all'età, lo stato generale, l'aspettativa di vita ed eventuali fragilità del soggetto.

L'armamentario terapeutico da utilizzare nel paziente con diabete tipo 2 si è recentemente arricchito di una nuova classe di farmaci orali, gli inibitori dell'enzima DPP-4, che in associazione a metformina e glitazoni possono costituire una valida alternativa alle tradizionali combinazioni farmacologiche.

Nuovi farmaci orali. Gli inibitori dell'enzima DPP-4 sono una nuova classe di farmaci per la terapia orale del diabete tipo 2, che agiscono inibendo la degradazione delle incretine (GLP-1 e GIP), con conseguente aumento dei livelli di GLP-1 endogeno e biologicamente attivo. L'impiego degli inibitori orali del DPP-4 nei soggetti anziani affetti da diabete è consigliabile per la praticità d'uso in unica somministrazione senza titolazione della dose, poiché determinano riduzioni sia della glicemia a digiuno sia di quella postprandiale, presentano rischio minimo o assente d'ipoglicemia e profilo di sicurezza simile al placebo [5 6].

Dei due inibitori (sitagliptin e vildagliptin) attualmente disponibili per l'impiego nella terapia del diabete tipo 2, il sitagliptin è utilizzabile in associazione con metformina o glitazone, mentre il vildagliptin può essere associato a metformina, sulfonilurea o glitazone. Il dosaggio di sitagliptin è di 100 mg una volta il giorno, assunto con o indipendentemente dai pasti. La dose giornaliera raccomandata di vildagliptin è una compressa da 50 mg il mattino e una la sera, se associata a metformina o glitazone ed una compressa il mattino se associata a sulfonilurea.

L'efficacia del sitaglitpin è stata dimostrata in vari studi, in cui è stato osservato che il trattamento con 100 mg al dì riduce l'emoglobina glicata (HbA1c) di circa 0,5-0,6% partendo da un valore basale di 8%, 0,8% con valori iniziali da 8 a 9%, 1,5% con un basale > 9% [9 10]. L'efficacia e tollerabilità di vildagliptin sono state valutate in vari studi ed in più di 4000 pazienti con diabete di tipo 2. Alcuni studi hanno analizzato gli effetti di vildagliptin, in monoterapia, in 2198 pazienti rispetto a placebo, metformina o rosiglitazone. In circa 1300 pazienti con diabete tipo 2 trattati con vildagliptin, alla dose di 100 mg al dì, si è osservata una riduzione di HbA1c di 1,3% nei pazienti con valore basale > 8% (n = 838), e 1,7% in quelli con valore iniziale > 9%.
A fronte di un'efficacia paragonabile ai farmaci orali già impiegati nella terapia del diabete tipo 2 la tollerabilità di sitagliptin è migliore, Ad esempio, l'ipoglicemia si è verificata in 1,2% dei soggetti trattati con sitagliptin e in 0,9% trattati con placebo [7].
Il profilo di sicurezza del vildagliptin è simile a quello del sitagliptin. Dato il possibile verificarsi di aumento delle transaminasi i pazienti che iniziano un trattamento con vildagliptin devono sottoporsi a test di funzionalità epatica e ripeterli a intervalli regolari durante il trattamento. Gli inibitori del DPP-4 non determinano aumento di peso.
Nuove strategie terapeutiche. Alla luce dei risultati degli studi d'intervento recentemente pubblicati [3 4] la terapia orale del diabete tipo 2 deve essere adottata in modo tempestivo per raggiungere e mantenere obiettivi glicemici intensivi, allo scopo di prevenire le complicanze micro- e macrovacolari. Un valore di HbA1c < 7% può essere raggiunto nella maggior parte dei pazienti diabetici, in cui un corretto stile di vita non sia sufficiente, con i farmaci orali attualmente disponibili; a causa della progressione della malattia sarà necessario ricorrere inevitabilmente a terapie di combinazione. In questo caso bisogna considerare la sinergia ed interazioni di alcune combinazioni che risultano più efficaci e tollerate rispetto ad altre. In generale, farmaci con diversi meccanismi d'azione sono particolarmente sinergici. Sebbene siano sempre più frequenti le segnalazioni della capacità della terapia insulinica di determinare una remissione della malattia fin dal suo esordio, ancora oggi la terapia insulinica viene considerata il trattamento di prima scelta solo nei pazienti scompensati e sintomatici, soprattutto se anziani. Quando i valori dell'HbA1c risultino molto elevati, ad esempio > 9%, è consigliabile usare una combinazione di farmaci sin dall'esordio clinico della malattia. Nel corso dell'evoluzione della malattia la monoterapia orale, soprattutto con sulfoniluree, non riesce a mantenere l'HbA1c < 7%, per cui è necessario aggiungere uno o più farmaci orali alla precedente terapia. Pertanto, la terapia con combinazione di farmaci orali è l'approccio terapeutico più utilizzato nella maggior parte dei pazienti con diabete di tipo 2 [8].
Tra le varie possibili combinazioni, al posto della più convenzionale associazione tra metformina e sulfonilurea, si può scegliere oggi una valida alternativa con inibitori del DPP-4 e metformina. Quest'ultima combinazione ha un'efficacia simile alla precedente ma garantisce un profilo di rischio minore d'ipoglicemia. Dato che la prevenzione dell'ipoglicemia, che può avere un impatto profondo sulla salute e qualità di vita, è l'obiettivo primario del trattamento ipoglicemizzante nell'anziano, è preferibile utilizzare un inibitore del DPP-4 in associazione a metformina e non una sulfonilurea che aumenta il rischio d'ipoglicemia. Anche la combinazione tra metformina e glitazoni è caratterizzata da un rischio quasi assente d'ipoglicemia ed assicura un'efficacia più duratura nel tempo rispetto alle altre associazioni. Se da un lato la metformina riduce la glicemia a digiuno e post-prandiale di circa il 25% e l'HbA1c del 17% rispetto ai valori di partenza, dall'altro i glitazoni abbassano i livelli dell'emoglobina glicata di 1-1,5%. Tuttavia, mentre gli effetti della metformina sulla glicemia sono rapidi i glitazoni impiegano 4-6 settimane per ottenere un effetto massimale.
I due farmaci sono complementari poiché la metformina previene l'aumento di peso dato dai glitazoni, mentre si sommano gli effetti sul profilo lipidemico. La metformina ha un effetto ipolipidemizzante, caratterizzato da una riduzione del 30-40% della trigliceridemia e della concentrazione degli acidi grassi liberi, una lieve riduzione delle LDL (fino al 20%) ed aumento di circa 15-20% delle HDL, che è indipendente dall'effetto antiperglicemizzante; a questi effetti si sommano e completano quelli dei glitazoni, che aumentano i livelli serici di colesterolo HDL di circa il 15%, modificano il pattern delle LDL a scapito di quelle piccole e dense e riducono la trigliceridemia del 10-20% [9 10].
L'associazione con dosi più basse di quelle utilizzate in monoterapia, a parità di efficacia, permette di ridurre gli effetti collaterali ed aumentarne la tollerabilità.

Bibliografia

1. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group: *Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33).* Lancet 1998;352:837-53.
2. Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. *Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes.* N Engl J Med 2003;348:383-93.
3. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. *Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes.* N Engl J Med 2008;358:2545-59.
4. The ADVANCE Collaborative Group. *Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes.* N Engl J Med 2008;358:2560-72.
5. Charbonnel B, Karasik A, Liu J, et al. for the Sitagliptin Study 020 Group. *Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone.* Diabetes Care 2006;29: 2638-43.
6. Rosenstock J, Brazg R, Andryuk PJ, et al. and Sitagliptin Study 019 Group. *Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing pioglitazone therapy in patients with type 2 diabetes: a 24-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study.* Clin Ther 2006;28:1556-68.
7. Baron M, Dejager S, Chang I, et al. *Efficacy and tolerability of the DPP-4 inhibitor vildagliptin in drug-naive patients with type 2 diabetes aged 65 and older.* Diabet Med 2006;23(Suppl. 4):295.
8. Fonseca V, Biswas N, Salzman A. *Once-daily rosiglitazone in combination with metformin effectively reduces hyperglycemia in patients with type 2 diabetes.* JAMA 2003;283:1695-1702.
9. Bell DS, Ovalle F. *Outcomes of initiation of therapy with once-daily combination of a thiazolidinedione and a biguanide at an early stage of type 2 diabetes.* Diabetes Obes Metab 2004;6:363-6.
10. Hamann A, Garcia-Puig J, Paul G, Donaldson J, Stewart M. C*omparison of fixed-dose rosiglitazone/metformin combination therapy with sulphonylurea plus metformin in overweight individuals with Type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone.* Exp Clin Endocrinol Diabetes 2008;116:6-13.

Venerdì, 28 novembre 2008

Simposio

MODULAZIONE DEI RECETTORI β-ADRENERGICI: DAL LABORATORIO AL LETTO DEL MALATO

MODERATORI: N. MARCHIONNI (FIRENZE), F. RENGO (NAPOLI)

Modificazioni età-correlate del signaling β-adrenergico e basi molecolari dell'utilizzo dei β-bloccanti

D. Leosco, G.D. Femminella, C. Zincarelli, L. Golino, E. Avallone, S. Sorrentino, G. Rengo, F. Rengo

Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università "Federico II" di Napoli

Premesse. Nel corso degli ultimi anni numerosi studi hanno evidenziato una alterazione del signaling e della funzione β-adrenergico in diverse patologie cardiovascolari croniche, come l'insufficienza cardiaca, l'ipertensione arteriosa e l'ischemia miocardica. Le principali alterazioni che si riscontrano in tali patologie sono la down-regulation dei β_1AR e la desensibilizzazione/disaccoppiamento funzionale sia dei β_1 che dei β_2-AR [1,2].

Un ruolo fondamentale nella genesi di tali anomalie molecolari è stato attribuito all'aumentata espressione ed attività della G- protein-coupled receptor kinase-2 (GRK2 o β-ARK1) nel cuore e/o nel tessuto vascolare [3]. Nell'insufficienza cardiaca, la up-regulation di GRK2 cardiaca è stata implicata nel disaccoppiamento dei recettori β_1- e β_2-ARs dalle proteine G e pare contribuisca alla progressione della malattia [4]. Inoltre, in soggetti ipertesi ed in modelli animali di ipertensione, è stato osservato un aumento dell'attività di GRK2 nelle cellule muscolari endoteliali lisce ed una concomitante disfunzione dei β-AR. In caso di aumentata espressione di GRK2 nel miocardio, si assiste ad una marcata riduzione della riserva inotropa dello stesso in corso di stimolazione con agonisti adrenergici. Inoltre, a supporto dell'ipotesi di un ruolo patogenetico di GRK2 nell'insufficienza cardiaca vi è la dimostrazione che, quando tale proteina viene inibita da un peptide sintetico noto come β-ARKct, si riscontra un aumento delle funzione cardiaca; tale evidenza è stata dimostrata in numerosi modelli animali di insufficienza cardiaca, nei quali β-ARKct è capace di revertire il fenotipo [5].

Alterazioni simili nella funzione dei β-AR a livello vascolare e cardiaco sono state evidenziate nell'invecchiamento fisiologico, così come dimostrato da numerosi studi che mostrano che la risposta cardiaca alla stimolazione dei β-AR si riduce con l'aumentare dell'età. Risultati simili sono stati ottenuti in studi di reattività vascolare sull'aorta di ratti anziani.

L'esercizio fisico sortisce numerosi e ben noti effetti positivi sul sistema cardiovascolare, e la regolare attività fisica potrebbe controbilanciare il declino della funzione cardiovascolare legato all'età [6]. Nell'anziano, l'esercizio fisico migliora la performance del ventricolo sinistro, aumenta lo stroke volume massimale e ripristina le alterazioni della vasodilatazione endotelio-dipendente attraverso una riduzione delle resistenze vascolari periferiche sia a riposo che durante l'esercizio. Tutti questi effetti correlano con un incremento della responsività cardiovascolare dei β-AR. Anche in studi sperimentali condotti nel tessuto miocardico di ratti anziani [7] e a livello vascolare [8] è stato dimostrato che l'esercizio migliora la funzione dei β-AR. Inoltre, la "resensibilizzazione" dei β-AR rappresenta un importante meccanismo attraverso il quale i β-bloccanti migliorano la funzione cardiaca e la riserva inotropa del miocardio nell'insufficienza cardiaca. Tali farmaci up-regolano i livelli dei β-ARs e riescono a normalizzare gli elevati livelli di GRK2.

Nostri studi sperimentali hanno dimostrato che diverse strategie di trattamento, come l'esercizio fisico ed il trattamento con β-bloccanti, da soli o in combinazione, modificano in maniera favorevole il signaling β-recettoriale nel cuore anziano. Tale miglioramento avviene attraverso un aumento della densità dei β-AR cardiaci e un ripristino dell'accoppiamento funzionale del recettore con le proteine G. Questi ultimi due effetti sono dovuti ad una riduzione dei livelli cardiaci di GRK2, a sua volta determinata sia dall'esercizio fisico che dal trattamento con β-bloccanti. Tali modulazioni molecolari nel sistema dei β-AR miocardici conducono ad un miglioramento della responsività dei β-AR e, di conseguenza, della riserva inotropa del cuore anziano.

Ruolo della modulazione del segnale β-recettoriale nello scompenso cardiaco. È ormai incontrovertibile il dato relativo all'efficacia del β-bloccante nel migliorare il quadro clinico e la prognosi dello scompenso cardiaco. L'osservazione che gli effetti favorevoli a livello molecolare risiedono nella risensibilizzazione del β-AR con un complessivo miglioramento del signaling e della responsività recettoriale, genera l'apparente "paradosso" della terapia con questa categoria di farmaci nello scompenso cardiaco [9]. Infatti, se da un lato alcuni degli effetti favorevoli del β-bloccante appaiono legati al blocco recettoriale (ad es. l'effetto cronotropo negativo), altre evidenze indicano nell'attività modulatrice del signaling il principale meccanismo d'azione del farmaco. Il nostro gruppo di ricerca, in un modello sperimentale di scompenso cardiaco post-ischemico, ha valutato gli effetti del trattamento cronico con β-bloccante sul signaling del β-recettore a livello cardiaco. I risultati indicano un effetto favorevole sul ripristino della densità recettoriale, sulla riduzione dei livelli di GRK2 e sull'incremento dell'attività adenil-ciclasica. Gli effetti positivi sul recettore determinano un sensibile incremento della riserva contrattile ventricolare sx. La capacità del β-bloccante di correggere nello scompenso cardiaco l'iperespressione di alcune componenti del signaling, quali GRK2, responsabili della desensibilizzazione del recettore, danno ragione del miglioramento della funzione sistolica ventricolare sinistra in pazienti anche con scompenso cardiaco in stadio avanzato. Tali evidenze suggeriscono un meccanismo terapeutico più complesso del β-bloccante e forniscono nuovi indirizzi sulla terapia dello scompenso cardiaco con tale categoria di farmaci. Un'altra prospettiva interessante riguarda l'utilizzo del β-bloccante in associazione a terapie geniche specifiche miranti all'inibizione di GRK2. A tal proposito, la molecola che appare maggiormente esprimere tali caratteristiche è rappresentata da β-ARKct, peptide non kinasico, specifico inibitore di GRK2. Questo peptide si è dimostrato efficace, in numerosi modelli sperimentali di scompenso

cardiaco, nel determinare un significativo miglioramento della funzione del recettore β-adrenergico.

Da quanto esposto emerge che i processi di downregulation e desensibilizzazione del β-AR nello scompenso cardiaco non rappresentano meccanismi di adattamento protettivo ma piuttosto appaiono influenzare negativamente la funzione ventricolare. Per questo motivo la correzione delle modificazioni del pathway, attraverso l'inibizione di GRK2, è in grado di determinare un significativo miglioramento della funzione cardiaca in numerosi modelli sperimentali di scompenso.

Prospettive della ricerca sull'identificazione a livello linfocitario di un nuovo marker biologico di scompenso cardiaco: GRK2. Le acquisizioni della medicina traslazionale sul signaling β-recettoriale nello scompenso cardiaco e sulle possibilità di intervenire sulla disfunzione del recettore per migliorare la funzione cardiaca ed il quadro emodinamico necessitano di applicazioni cliniche. Se i dati depongono per un ruolo centrale di GRK2 nella downregulation e nella desensibilizzazione dei β-ARs a livello cardiaco, allora la ricerca deve poter focalizzare il ruolo biologico di questa proteina nello scompenso cardiaco nell'uomo. Un primo passo era quello di identificare la proteina umana purificata in sistemi biologici esplorabili in campo clinico. Recenti ricerche del nostro gruppo hanno, pertanto, esplorato la possibilità di rinvenire GRK2 nei linfociti periferici isolati da sangue umano. Esperimenti di trasfezione di cellule tumorali, attraverso vettori plasmidici contenenti il gene codificante per GRK2 isolato da linfociti umani, hanno consentito l'ottenimento di una proteina altamente purificata da poter utilizzare quale controllo positivo in valutazioni di elettroforesi proteica (Western-blotting). Il passo successivo era quello di poter stabilire una correlazione tra livelli linfocitari di GRK2 ed espressione della proteina a livello cardiaco nell'uomo. In uno studio condotto su cuori espiantati da pazienti con scompenso cardiaco avanzato e, successivamente, sottoposti a trapianto cardiaco e su biopsie di auricola, effettuate in soggetti con scompenso cardiaco, sottoposti ad intervento di rivascolarizzazione coronarica, abbiamo dimostrato una stretta correlazione tra livelli linfocitari di GRK2 e livelli cardiaci [10]. Ma un dato estremamente importante emerso da questo studio è stato quello relativo alla correlazione tra livelli linfocitari di proteina, gradi di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione) e stadio funzionale della sindrome clinica (Classe NYHA). Questi risultati sono stati, successivamente, rafforzati dall'osservazione clinica che i livelli linfocitari di GRK2 sono significativamente influenzati dall'intervento terapeutico in pazienti scompensati. Una prima osservazione è stata condotta sugli effetti del training fisico in pazienti con scompenso cardiaco in differenti stadi clinici della sindrome. Un aspetto importante, emerso da tali valutazioni, è la stretta correlazione tra modificazioni dei livelli linfocitari di proteina ed indici funzionali di scompenso cardiaco (VO2max) ad indicare la sensibilità di questo marker nell'identificare le variazioni nel quadro clinico

Il poter disporre di un marker sensibile, in grado di rilevare le variazioni della condizione clinica del paziente, apre non solo la prospettiva del monitoraggio biologico della progressione dello scompenso cardiaco ma potrebbe consentire anche di saggiare l'efficacia del trattamento farmacologico e di orientare la terapia ed i dosaggi in relazione ai livelli di desensibilizzazione del β-recettore. In particolare, l'importanza di un indice di funzione β-adrenergica viene sentita quando si ricorre, soprattutto in tipologie complesse di pazienti, all'utilizzo dei β-bloccanti. E questo esprime la differenza sostanziale rispetto ad altri indicatori biologici nello scompenso, quali il Brain Natriuretic Peptide (BNP). Quest'ultimo, infatti, pur essendo ormai validato come marker clinico di scompenso cardiaco, non fornisce indicazioni su un sistema recettoriale così intimamente correlato alla malattia ed alla sua progressione e che rappresenta il target specifico della terapia con β-bloccanti, oggi divenuta irrinunciabile nel trattamento di questa sindrome in tutti i suoi stadi clinici.

Bibliografia

1 Bristow MR, Ginsburg R, Minobe W, Cubicciotti RS, Sageman WS, Lurie K, et al. *Decreased catecholamine sensitivity and β-adrenergic-receptor density in failing human hearts*. N Engl J Med 1982;307:205-11.

2 Rockman HA, Koch WJ, Lefkowitz RJ. *Seven-transmembrane-spanning and heart function.* Nature 2002;415:206-12.

3 Petrofski JP, Koch WJ. *The β-adrenergic receptor kinase (β-ARK1) in heart failure.* J Mol Cell Cardiol 2003;35:1167-74.

4 Leosco D, Rengo G, Iaccarino G, Golino L, Marchese M, Fortunato F, et al. *Exercise promotes angiogenesis and improves beta-adrenergic receptor signalling in the post-ischaemic failing rat heart.* Cardiovasc Res 2008;78:385-94.

5 Harding V, Jones L, Lefkowitz RJ, Koch WJ, Rockman HA. *Cardiac β-ARK1 inhibition prolongs survival and augments β-blocker therapy in a mouse model of severe heart failure.* Proc Natl Acad Sci USA 2001;98:5809-14.

6 Rengo G, Galasso G, Piscione F, Golino L, Fortunato F, Zincarelli C, et al. *An active lifestyle improves outcome of primary angioplasty in elderly patients with acute myocardial infarction.* Am Heart J 2007;154:352-60.

7 Leosco D, Rengo G, Iaccarino G, Filippelli A, Lymperopoulos A, Zincarelli C, et al. *Exercise training and beta-blocker treatment ameliorate age-dependent impairment of beta-adrenergic receptor signaling and enhance cardiac responsiveness to adrenergic stimulation.* Am J Physiol Heart Circ Physiol 2007;293:H1596-603.

8 Leosco D, Iaccarino G, Cipolletta E, De Santis D, Pisani E, Trimarco V, et al. *Exercise restores β-adrenergic vasorelaxation in aged rat carotid arteries*. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2003;285:H369-74.

9 Lowes BD, Gilbert EM, Abraham WT, Minobe WA, Larrabee P, Ferguson D, et al. *Myocardial gene expression in dilated cardiomyopathy treated with β-blocking agents*. N Engl J Med 2002;346:1357-65.

10 Iaccarino G, Barbato E, Cipolletta E, De Amicis V, Margulies KB, Leosco D, et al. *Elevated myocardial and lymphocyte GRK2 expression and activity in human heart failure.* Eur Heart J 2005;26:1752-8.

Modulazione dei recettori beta-adrenergici: dal laboratorio al letto del malato. Terapia con beta-bloccanti nel cardiopatico anziano

N. Ferrara[1 2], G. Corbi[1 2], E. Avallone[3], S. Sorrentino[3], A. Filippelli[4], F. Rengo[2 3]

[1] Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, Campobasso; [2] Fondazione "S. Maugeri", Istituto Scientifico di Telese Terme (BN), IRCCS; [3] Cattedra di Geriatria, Università "Federico II" di Napoli; [4] Dipartimento di Medicina Sperimentale e Scuola di Specializzazione in Farmacologia, Seconda Università di Napoli

Premesse. I beta-bloccanti sono farmaci che agiscono sulla componente simpatica del sistema nervoso autonomo, inibendo la trasmissione nervosa adrenergica a livello recettoriale. Nel 1957 è

stato sintetizzato in laboratorio il primo antagonista recettoriale beta-adrenergico. Da allora i beta-bloccanti sono diventati fra i più importanti presidi terapeutici per le patologie cardiovascolari. Inizialmente tali farmaci trovarono nella terapia dell'ipertensione arteriosa e nella fase acuta dell'infarto miocardico le principali indicazioni. Più recentemente, nonostante i noti effetti inotroponegativi, è stato proposto il loro impiego nella terapia del post-infarto e dello scompenso cardiaco congestizio, anche severo. Attualmente è ampiamente noto che l'aggiunta del trattamento con beta bloccanti alla terapia convenzionale (ace-inibitori, diuretici, digitale ecc.) riduce nello scompenso cardiaco i ricoveri ospedalieri e la mortalità. In questo ambito i primi dati controllati, favorevoli in termini di mortalità, furono ottenuti in pazienti in II-IV classe NYHA nel "U.S. Carvedilol Programme" [1], nel quale il carvedilolo (un particolare tipo di beta-bloccante in cui è presente anche una moderata azione alfa-bloccante), insieme alla terapia standard dello scompenso, ha ridotto significativamente la mortalità totale [1]. Simili risultati sono stati ottenuti con il bisoprololo nello studio CIBIS II [2] e il metoprololo nel MERIT-HF [3]. Tali studi hanno arruolato in prevalenza pazienti in II-III classe NYHA, tuttavia i risultati positivi si sono osservati anche nello scompenso più severo nel trial COPERNICUS [4], in pazienti in IV classe con frazione di eiezione > 25%.

Un'ampia metanalisi di Lechat et al. [5], pubblicata su Circulation nel 1998, evidenziava in un follow-up medio di 7 mesi una riduzione di mortalità del 32%, delle ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca del 41% e dell'end-point combinato (morte ed ospedalizzazione) del 37% associato ad un incremento della frazione di eiezione e della classe funzionale NYHA. Interessante la metanalisi bayesania di Brophy et al. [6] pubblicata su Annals of Internal Medicine nel 2001. Analizzando i Clinical Trial randomizzati relativi all'utilizzo dei beta bloccanti verso placebo, pubblicati tra 1966 ed il 2000, in pazienti con scompenso cardiaco cronico stabile, gli Autori rilevarono che i vantaggi complessivi della terapia potevano essere stimati in 3.8 vite salvate e 4 minori ospedalizzazioni per 100 pazienti trattati nel primo anno di terapia e che la probabilità che questi benefici fossero clinicamente significativi (> 2 vite salvate o > 2 minori ospedalizzazioni per 100 pazienti trattati) era del 99%. Questi dati hanno reso ineludibile, allo stato attuale, l'uso dei farmaci beta-bloccanti nei pazienti con insufficienza cardiaca con caratteristiche simili a quelli dei trial.

L'uso dei beta-bloccanti nel cardiopatico anziano. L'aumento progressivo dell'invecchiamento della popolazione mondiale, ed in particolare nei paesi industrializzati, si accompagna ad un progressivo aumento della prevalenza delle malattie cardiovascolari ed in particolare dello scompenso cardiaco. Numerosi fonti evidenziano che nella popolazione generale tale prevalenza si incrementa dall'1% al di sotto dei 50 anni ad oltre il 10% nei soggetti ultraottantenni. Tali dati trovano conferma anche nella realtà italiana. I dati dell'ILSA Italian Longitudinal Study on Aging, studio multicentrico coordinato e finanziato dal CNR sulla popolazione ultrasessantacinquenne, indicano una prevalenza di scompenso cardiaco che da circa il 5% in soggetti tra 65 e 69 anni raggiunge oltre il 12% negli ultraottantenni [7]. Circa l'80% delle ospedalizzazioni si riferisce a pazienti ultrasessantacinquenni e lo scompenso cardiaco è la causa più frequente di ospedalizzazione nella popolazione geriatrica. Nonostante gli importanti risultati in tema di prevenzione, diagnosi e terapia dello scompenso cardiaco, l'incidenza e la prevalenza di tale sindrome evidenziano un costante incremento. Le motivazioni di questo inarrestabile "trend" vengono riferite, oltre al progressivo invecchiamento della popolazione, essenzialmente alla prolungata sopravvivenza dei pazienti affetti da scompenso cardiaco ed alla riduzione della mortalità cardiovascolare in fase acuta. Numerosi sono gli aspetti peculiari dello scompenso cardiaco in età geriatrica: a) maggiore prevalenza nel sesso femminile nelle decadi di età più avanzate; b) elevata mortalità che a 6 anni raggiunge circa l'80% negli uomini ed il 65% nelle donne; b) incrementata presenza di comorbilità cardiaca ed extracardica (depressione, deficit cognitivi, patologia respiratoria, elevata non autosufficienza); c) maggiore gravità del quadro clinico legato ad un alterato standard biologico ed anatomo-funzionale; d) ridotta compliance farmacologia legata a ridotti livelli di adesione del paziente alle prescrizioni terapeutiche e dietetiche; e) maggiore rischio iatrogeno legato alla polifarmacoterapia; f) fattori socio-economici che modificano le condizioni correlate alla gestione domiciliare del paziente; g) riacutizzazione della malattia e relativa ospedalizzazione legate ai cosiddetti fattori "precipitanti"; h) problemi diagnostici in relazione alla atipicità di numerosi segni e sintomi e la minore affidabilità del supporto dei dati strumentali.

Nonostante le evidenze indiscutibili derivate dai numerosi trials clinici e dagli studi osservazionali e le Linee Guida delle Società Scientifiche, i beta bloccanti nel trattamento dell'Insufficienza Cardiaca sono oggettivamente sottoutilizzati specialmente nelle popolazione anziana. Si stima che a fronte di una indicazione dei beta-bloccanti nella terapia con insufficienza cardiaca nel 60-70% dei casi, soltanto un 10% della casistica riceva un beta-bloccante, anche se dalle ultime osservazioni il comportamento della classe medica nel suo complesso si sta modificando nel senso di un maggior utilizzo del farmaco. Le difficoltà nell'utilizzo del farmaco nell'anziano nascono probabilmente anche dalla sopravalutazione delle controindicazioni legate alla presenza di patologie associate (in primis diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, arteriopatia cronica ostruttiva). Per quanto riguarda i pazienti con insufficienza cardiaca affetti da diabete si deve sottolineare che i beta-bloccanti cardioselettivi: a) hanno complessivamente effetti positivi sugli outcome dell'insufficienza cardiaca nella popolazione diabetica analoghi a quelli osservati nella popolazione non diabetica; b) non hanno rilevanti effetti negativi sul metabolismo del glucosio; c) hanno un effetto protettivo nella nefropatia diabetica simile a quello degli ACE-inibitori. Per tali motivi il diabete di tipo 2, ad elevata prevalenza in età geriatrica, non può essere ritenuta una condizione che di "per sé" controindica l'uso dei beta-bloccanti.

Sulla base dei dati dei Clinical Trial le Linee Guida per la diagnosi e trattamento dello scompenso cardiaco cronico della Società Europea di Cardiologia (2008) [8] hanno indicato che, tra i beta-bloccanti, il bisoprololo, il carvedilolo, il metoprololo succinato ed il benivololo avevano dimostrato significativi benefici clinici in pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico. Per quanto riguarda il loro uso negli anziani, è necessario sottolineare che gli studi controllati condotti

con i beta-bloccanti nella terapia della Insufficienza cardiaca non sempre rispecchiamo il mondo reale di questa sindrome. La casistica di questi studi è costituito da pazienti selezionati (pazienti adulti, ma non anziani, prevalentemente maschi, a bassa comorbilità e disabilità ed alta compliance farmacologia) a differenza del mondo reale costituito da ultrasettantacinquenni con elevata comorbilità e disabilità, bassa compliance e prevalentemente di sesso femminile. Per tali motivi l'uso dei beta-bloccanti negli anziani per numerosi anni si è basata su analisi post-hoc dei trial, su meta-analisi e studi osservazionali.

Nel 2005 sono stati pubblicati i risultati definitivi dello Studio Seniors [9] che hanno evidenziato gli effetti favorevoli e la buona tollerabilità del nebivolo in una coorte di pazienti con scompenso cardiaco indipendentemente della loro frazione di eiezione. Lo studio ha coinvolto oltre 2000 pazienti mirando alla parte di popolazione più a rischio, quella con età superiore ai 70 anni, finora inserita negli studi solo parzialmente, ed ha arruolato pazienti di sesso femminile (circa il 40%), anch'esse poco incluse nei grandi trial a dispetto dei dati epidemiologici. Lo studio ha dimostrato la buona tollerabilità ed efficacia di Nebivololo in aggiunta alle terapie convenzionali (diuretici, ace-inibitori, ecc.) con una riduzione del 14% del rischio di mortalità e di ospedalizzazione nei pazienti ultra70enni affetti da scompenso cardiaco. Ha dimostrato, quindi, che il Nebivololo ha prodotto un ulteriore e significativo beneficio nonostante l'ottimizzazione della terapia tradizionale. Va notato, inoltre, che lo studio ha incluso anche i cosiddetti "grandi vecchi" (soggetti con più di 80 anni) dimostrando in questo segmento di popolazione una buona efficacia e tollerabilità. Al di là dei risultati, va evidenziato che il SENIORS, per la prima volta, ha fotografato "il mondo reale" della popolazione portatrice di scompenso cardiaco. Inoltre, in un recente ed interessante lavoro Yao et al. [10] hanno valutato il rapporto costo benefici tra l'uso del nebivolo e l'utilizzo dei trattamenti standard nel gestione dello scompenso cardiaco in pazienti anziani attraverso una particolare analisi dei dati tratti dal SENIORS trial. L'analisi economica era condotta nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito. I costi in Euro (valore del 2006) considerati erano relativi ai costi: a) del nebivolo e di altri farmaci cardiovascolari; b) delle visite del Medico di Famiglia e di quelle specialistiche ambulatoriali; c) delle ospedalizzazioni inerenti problemi cardiovascolari. Gli Autori utilizzando il parametro "QALY" (acronimo di Quality Adjusted Life Years), un'unità di misura impiegata nell'analisi costi/benefici che combina insieme la durata della vita con la qualità della stessa, hanno osservato che il Nebivolo appare essere un trattamento con un favorevole rapporto costo/beneficio (rispetto alle terapia convenzionali) nella cura dei pazienti anziani con scompenso cardiaco.

Conclusioni. Alle luce dei dati di letteratura sia controllati che osservazionali si può concludere che la terapia con beta-bloccanti consente di ottenere un riduzione significativa della morbilità e mortalità anche nei pazienti scompensati anziani e che la mancata prescrizione di beta-bloccanti non deve essere condizionata dal solo fattore età. Sulla base delle evidenze finora disponibili, il beta-bloccante può essere considerato controindicato solo nei pazienti con scompenso cardiaco, i quali presentino broncospasmo, bradicardia < 50/m' sintomatica, blocco AV di 2°-3° grado senza pace-maker, diabete mellito insulinodipendente e con scompenso cardiaco acuto con necessità di terapia di supporto infusiva. La terapia beta-bloccante va presa in considerazione, indipendentemente dall'età, nei pazienti scompensati che siano clinicamente stabili per quanto attiene i sintomi, il peso corporeo ed il dosaggio dei farmaci e siano in terapia convenzionale ottimizzata (Ace-inibitore, diuretico, satanici, eventuale digitale, ecc.). È necessario che il medico inizi la terapia con dosaggi molto bassi da titolare con grande gradualità (impiegando settimane e talvolta mesi) per il raggiungimento della dose massima tollerata al fine di ridurre al minimo la depressione della funzione ventricolare che talvolta si osserva nelle fase iniziali del trattamento. È necessario che si tenga conto che nel soggetto anziano il dosaggio massimo tollerato è comunque inferiore ai dosaggi di beta-bloccanti utilizzati nella terapia dell'ipertensione arteriosa e delle aritmie. La graduale titolazione del farmaco non solo consente di minimizzare gli effetti emodinamici negativi, ma è anche utile per permettere al farmaco di espletare i suoi effetti biologici (effetti pleiotrofici, riduzione della ipersimpaticotonia, riduzione dell'attività renina-angiotensina-aldosterone, ecc.). Per quanto attiene la scelta del farmaco va ricordato che, sulla base delle attuali evidenze, il bisoprololo, il carvedilolo, il metoprololo succinato ed il benivololo hanno dimostrato significativi benefici clinici, ma che il solo Nebivololo è stato specificatamente testato in pazienti anziani ad alto rischio affetti da scompenso cardiaco cronico.

Bibliografia

1 Packer M, Bristow MR, Cohn JN, et al. *The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure.* N Engl J Med 1996;334:1349-55.

2 Cibis II Investigators and Committees. *The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS II): a randomised trial.* Lancet 1999;353:9-13.

3 The Merit-HF Study Group. *Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: metoprolol CR/XL randomised intervention trial in congestive heart failure (MERIT-HF).* Lancet 1999;353:2001-7.

4 Packer M on behalf of the COPERNICUS Investigators: R*esults of the COPERNICUS Study.* Data presented at the 73rd Meeting of the American Heart Association. Nov. 11-15 2000, New Orleans, USA.

5 Lechat P, Packer M, Chalon S, Cucherat M, Arab T, Boissel JP. *Clinical effects of beta-adrenergic blockade in chronic heart failure: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled, randomized trials. Circulation,* 1998; 98:1184-91.

6 Brophy JM, Joseph L, Rouleau JL. *Beta-blockers in congestive heart failure: a Bayesian meta-analysis*. Ann Intern Med 2001;134:550-60.

7 The Italian Longitudinal Study Group on Aging working group. P*revalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnosis.*

8 Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Society of Cardiology. *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008.* Eur Heart J 2008;29:2388-442.

9 Flather MD, Shibata MC, Coats AJS, et al. *Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardio- vascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS).* Eur Heart J 2005;26:215-25.

10 Yao G, Freemantle N, Flather M, Tharmanathan P, Coats A, Philip A. Poole-Wilson3 on behalf of the SENIORS Investigators. *Long-Term Cost-Effectiveness Analysis of Nebivolol Compared with Standard Care in Elderly Patients with Heart Failure. An Individual Patient-Based Simulation Model.* Pharmacoeconomics 2008;26:879-89.

LETTURA FONDAZIONE SOCIALITÀ E RICERCHE

La riabilitazione e l'anziano fragile

G. Bellelli, M. Trabucchi[1]

U.O. Riabilitazione Specialistica, Generale Geriatrica e di Mantenimento Casa di Cura "Ancelle della Carità" Cremona e Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia; [1] Università Tor Vergata, Roma e Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

Introduzione. In questi anni la medicina ha fatto enormi progressi sul piano biologico e tecnologico; talvolta però sono mancate concrete possibilità di trasferimento dei risultati del progresso alla pratica clinica. Una delle "vittime" importanti della crisi del rapporto tra disponibilità di strumenti, elevato bisogno e difficoltà applicative è la riabilitazione, ed in particolare quella nell'anziano fragile. Nonostante la diffusione della disabilità nelle fasce avanzate della vita, non è sempre stata infatti compiuta un'adeguata elaborazione né per quanto riguarda i meccanismi patogenetici, né rispetto alle linee di intervento clinico, né dell'organizzazione dei servizi. È quindi necessario un impegno particolare per arrivare entro un tempo breve a conoscenze più precise, che permettano prassi mirate ed efficaci.

Il nuovo scenario della riabilitazione. Negli ultimi anni, l'epidemiologia dei bisogni sanitari è profondamente cambiata in ambito riabilitativo. A questo cambiamento hanno certamente contribuito i sovvertimenti demografici degli ultimi anni, caratterizzati da una crescita esponenziale dell'età media della popolazione e da una compressione della disabilità verso le fasce di età più elevate. I dati ISTAT dell'ultimo quinquennio, a supporto di queste osservazioni, dimostrano, ad esempio, che il 72% degli ictus si verifica in persone anziane [1] e che oltre l'80% delle fratture registrate nei soggetti di sesso femminile si verifica in donne ultra-settantacinquenni [2]. Nello specifico, l'aumento del numero di ricoveri per frattura femorale osservato nel quadriennio 1999-2002 sembra essere quasi esclusivamente attribuibile all'incremento del numero di fratture verificatesi nelle donne di età superiore ai 75 anni, che sono passate da 47.552 (1999) a 53.628 (2002), con un incremento dell'11,3% in 4 anni [2]. Nello stesso periodo, i ricoveri per frattura femorale nel sesso maschile sono passati da 11.702 a 13.582 [2].

Comorbilità, disabilità e fragilità, isolate o in combinazione, sono le principali caratteristiche dei soggetti anziani ricoverati in riabilitazione [3 4]. Secondo i dati di due recenti studi condotti in reparti di riabilitazione intensiva negli USA, la comorbilità è la regola (più di ⅔ dei soggetti anziani ha almeno una comorbilità mentre all'incirca ¼ ne ha più di 3) [5], ed il 30% dei soggetti che risulta essere moderatamente o gravemente disabile è contemporaneamente anche comorbido [6]. In soggetti di questo tipo, una maggior suscettibilità agli eventi clinici avversi (malattie acute o croniche riacutizzate) può determinare una rapida perdita della capacità omeostatica e della riserva, che è in grado non soltanto di condizionare la sopravvivenza nel medio-lungo termine [7], ma anche gli outcomes funzionali alla dimissione dalla riabilitazione. In linea con questa ultima affermazione lo studio SUPPORT *(Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risk of Treatment)* dimostra che circa ⅓ delle persone anziane ricoverate in ospedale per acuti a causa di malattie acute o croniche riacutizzate finisce con il veder peggiorate, al termine della degenza, la propria autonomia funzionale, nel 32% per quanto attiene alle attività di base della vita quotidiana di base e nel 40% per quanto attiene alle attività strumentali [8]. È evidente che dati di questo tipo, in un modello di organizzazione sanitaria che vede sempre più frequente (sotto la pressione dei DRG) il trasferimento dai reparti ospedalieri per acuti alle strutture di riabilitazione, non possa essere sottostimato o addirittura negletto. Peraltro, la maggior suscettibilità agli eventi clinici avversi (che può essere considerata come marcatore diretto di fragilità nell'anziano disabile) è un fenomeno estremamente rilevante dal punto di vista epidemiologico anche nei reparti di riabilitazione, come dimostrato da studi condotti in pazienti con ictus in fase sub-acuta o frattura di femore [9].

Il modello della Rehabilitation And Aged Care Unit. In un recente lavoro pubblicato sul *Journal of American Medical Directors Association* [10] è stato teorizzato il modello della *Rehabilitation and Aged Care Unit* (RACU). La RACU è un reparto dedicato alla cura di persone anziane disabili e fragili che propone un approccio operativo multiprofessionale e multimodale, in grado di coniugare interventi di tipo clinico, assistenziale, fisioterapico ed educativo-supportivo in un mix omogeneo ed efficace. La RACU in qualche modo si propone come prototipo di reparto di riabilitazione geriatrica, basandosi su alcune premesse di fondo che giustificano in chiave filosofico-organizzativa il modello che ne deriva.

Un primo punto chiave è che la RACU accoglie tipicamente pazienti che, in aggiunta a problematiche riabilitative "pure" (cioè di disabilità acuta, cronica o mista), lamentano anche problemi di instabilità clinica e labilità dei compensi per quanto attiene allo stato di salute somatico. Un secondo punto chiave è che la RACU non prevede una distinzione formale tra riabilitazione intensiva ed estensiva, ma anzi favorisce la commistione nei medesimi reparti di pazienti con problematiche diverse. Ciò ha lo scopo primario di omogeneizzare gli ambienti di cura e favorire la nascita di modelli operativi in cui i pazienti possano trovare soddisfatti i propri bisogni non tanto sulla base di una maggior o minor intensità di trattamento (imposta da standard formali), quanto dall'effettiva valutazione dei bisogni assistenziali.

La Tabella I mostra le caratteristiche salienti di una popolazione di 1.300 pazienti ricoverati in RACU negli anni 2003-2007. Si tratta di pazienti con età media elevata (76,6 anni), prevalentemente di sesso femminile (72%), provenienti per circa la metà dei casi da ospedali per acuti (48%) e per l'altra metà dal domicilio (46%). In genere il ricovero è motivato da problematiche ortopediche o neurologiche ancorché non siano state infrequenti malattie cardiocircolatorie e dell'apparato respiratorio. Poco più di un terzo di questi pazienti vive solo al proprio domicilio. In media il deficit cognitivo è di grado lieve (MMSE 22,8 + 6,0), sebbene circa un quinto dei pazienti mostri un decadimento di grado moderato-severo. Parimenti, circa un quarto dei pazienti ricoverati in RACU lamenta tono dell'umore moderatamente o severamente depresso. I pazienti appaiono in discrete condizioni nutrizionali, ancorché affetti da una comorbilità elevata (in media, 3,0 + 2,3 patologie con un elevato consumo di farmaci) e da una moderata compromissione funzionale per quanto concerne lo stato premorboso, l'ammissione in RACU e la dimissione. In media, circa un paziente su due sviluppa un evento clinico intercorrente durante la degenza in RACU (0,6 + 0,9 per paziente) e, tra questi,

nel 13% dei casi si tratta di delirium (stato confusionale acuto). La degenza media è di poco superiore ai 23 giorni.

Analizzando gli outcomes ad 1 anno dalla dimissione, si è osservata una mortalità complessiva del 10,2%, un tasso di istituzionalizzazione dell'8,3% (3,3% alla dimissione e 5,0% nei successivi 12 mesi) ed un tasso di ospedalizzazione del 24%. Tali risultati sono stati sorprendentemente migliori di quelli ottenuti in strutture riabilitative di oltreoceano, verosimilmente a causa del fatto che i pazienti statunitensi sono più gravi all'ammissione. Per ciascuno di questi outcomes è stato possibile individuare fattori predittivi differenti che permettano di pianificare un intervento assistenziale differenziato. Il rischio di istituzionalizzazione, ad esempio, era predetto dall'età elevata, dalla mancanza di supporto abitativo, dallo stato cognitivo e dalla presenza di delirium, nonché da una compromissione significativa dello stato funzionale. La presenza di delirium in associazione ad una comorbilità moderato-severa prediceva il rischio di ri-ospedalizzazione mentre il decesso era predetto da un maggior numero di variabili (età, stato funzionale all'ammissione, comorbilità, depressione del tono dell'umore e bassi valori di albuminemia).

Conclusioni. La riabilitazione dell'anziano fragile è un ambito di notevole interesse clinico ed organizzativo per i prossimi anni. La geriatria, in questo senso, è stata di grande aiuto alla riabilitazione soprattutto dal punto di vista della capacità di fornire modelli pratici di gestione della cronicità, dell'organizzazione del lavoro in modo interdisciplinare e multiprofessionale e della capacità di intravedere obiettivi e spazi di trattamento per il soggetto anziano anche laddove le potenzialità residue sembrino estremamente scarse ed irrilevanti. Questo ambito ha saputo appropriarsi di competenze tipiche di altre discipline, quali la cura dell'instabilità clinica, amalgamandole in un sapiente mix interpretativo che deriva dall'orgoglio delle proprie competenze e dalla volontà di farsi carico delle situazioni di maggior fragilità e bisogno. Ad oggi la riabilitazione dell'anziano fragile è riconosciuta come necessaria ed utile per migliorare lo stato di salute, lo stato cognitivo-funzionale e la qualità di vita del paziente. Ancora molta strada è da percorrere ed ancora molti i traguardi da raggiungere: una sfida avvincente ed un impegno per il futuro.

Bibliografia

1. ISTAT: dati reperibili sul sito web dell'ISTAT http://ionio.cineca.it/
2. Rossini M, Piscitelli P, Fitto F, et al. *Incidenza e costi delle fratture di femore in Italia.* Reumatismo, 2005;57:97-102.
3. Fried LP, Tangen CM, Waltson J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M134-5.
4. Fried LP, Ferrucci L, Dater J, et al. *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59A:255-63.
5. Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, et al. T*rends in length of stay, living setting, functional outcome, and mortality following medical rehabilitation*. JAMA 2004;292:1687-95.
6. Xue QL, Fried LP, Glass TA et al. *Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: the Women's Health and Aging Study I.* Am J Epidemiol 2008;167:240-8.
7. Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, et al. *Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60:1180-3.
8. *A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators.* JAMA 1995;274:1591-8.
9. Bernardini B, Meinecke C, Pagani M, et al. *Comorbidity and adverse clinical events in the rehabilitation of older adults after hip fracture.* J Am Geriatr Soc 1995;43:894-8.
10. Bellelli G, Magnifico F, Trabucchi M. *Outcomes at 12 months in a population of elderly patients discharged from a rehabilitation unit.* J Am Med Dir Assoc 2008;9:55-64.

Tab. I. Modificazioni delle caratteristiche di utenza negli anni 2003-2005-2007 nel reparto di Riabilitazione ospedaliera, Ancelle della Carità di Cremona.

	2003	2005	2007
	Media ± DS (%)	Media ± DS (%)	Media ± DS (%)
Età (anni)	76,2 ± 11,3	76,9 ± 10,7	78,8 ± 10,0
75 - 89	(57,5)	(57,4)	(62,6)
> 90	(7,4)	(8,0)	(10,3)
Sesso Femminile	(71,7)	(72,8)	(70,7)
MMSE	22,6 ± 6,3	22,5 ± 6,3	21,5 ± 6,6
Deterioramento cognitivo assente (MMSE > 24)	(55,0)	(55,8)	(47,5)
Deterioramento cognitivo lieve (MMSE = 18-23)	(24,6)	(22,5)	(27,4)
Deterioramento cognitivo moderato (MMSE =11-17)	(15,9)	(16,0)	(17,2)
Deterioramento cognitivo severo (MMSE = 0-10)	(4,4)	(5,7)	(7,9)
Geriatric Depression Scale (GDS)	6,1 ± 3,6	5,8 ± 3,3	6,1 ± 3,7
Depressione assente (GDS < 6/15)	(60,0)	(60,0)	(57,7)
Depressione presente (GDS > 6/15)	(40,0)	(40,0)	(42,3)
BMI (Kg/cm2)	24,4 ± 4,9	25,7 ± 5,4	24,2 ± 5,6
Charlson Comorbidity Index	2,7 ± 2,2	2,5 ± 2,0	--
CIRS Severità (IDS)	--	--	1,8 ± 0,3
CIRS Comorbilità (IDC)	--	--	4,2 ± 1,9
Barthel Index pre-ammissione (0-100)	81,8 ± 22,0	83,5 ± 21,1	80,8 ± 22,3
Barthel Index ingresso	55,6 ± 27,7	56,6 ± 26,0	55,1 ± 27,9
Barthel Index dimissione	74,0 ± 5,7	77,7 ± 25,2	72,6 ± 27,9
Eventi clinici avversi	0,5 ± 0,9	0,5 ± 0,9	0,7 ± 1,0
Nessun evento avverso	(63,4)	(65,5)	(59,5)
1 evento avverso	(25,0)	(21,3)	(21,7)
>2 eventi avversi	(11,6)	(13,2)	(18,7)

CIRS (IDS) = Cumulative Illness Rating Scale, Indice di Severità; CIRS (IDC) = Cumulative Illness Rating Scale, Indice di Comorbilità.

Tavola Rotonda

LA COMUNICAZIONE NELLA TERMINALITÀ

Moderatori: M. Petrini (Roma), F. Romagnoni (Ferrara)

La comunicazione della terminalità: introduzione

M. Petrini

Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma

La comunicazione nella terminalità. Il Gruppo di Studio "La cura alla fine della vita" dopo aver effettuato lavori di ricerca sugli atteggiamenti degli operatori di fronte alla morte del paziente anziano e, successivamente, sull'assistenza al morente nelle RSA, quest'anno ha dedicato i suoi lavori alle problematiche della comunicazione nella terminalità. È interessante sottolineare come questo argomento sia diventato ancora più attuale, nella stessa Società di Gerontologia e Geriatria, se si considera l'editoriale del numero 3 di quest'anno del "Giornale di Gerontologia" a cura del prof. Salvioli e dedicato al testamento di vita: il punto di vista del Geriatra, nel quale si afferma che "I contenuti etici del problema della morte sono tanti anche nel caso delle persone molto vecchie. Le cartelle cliniche non testimoniano adeguati rapporti fra medico e paziente: inesistenti sono di solito i riferimenti alla morte" e ancora "i Medici parlano raramente con i loro pazienti della fase terminale della vita e della morte anche se questa è evento fondamentale della vita; il paziente evita l'argomento così come il medico e l'infermiere. Si può ritenere pertanto che la comunicazione medico-paziente sia incompleta e carente di confidenza e di compassione; le ragioni stanno anche nel sistema didattico-formativo, tradizionale e nozionistico". Ancora, Giovanna Ferrandes e Luigi Ferrannini, sulla rivista "Psicogeriatra", nell'articolo "Etica di fine vita ed etica della cura: riflessioni e domande", nel quale si afferma che "una situazione emblematica, è quella che riguarda il fine vita nelle malattie neurologiche degenerative, laddove sono conservate le capacità cognitive della persona, sempre più desiderosa di essere regista dei trattamenti che lo riguardano e di assumersi in proprio il potere decisionale, che se per molti aspetti diversi da quella di altre malattie, riguarda un cittadino capace". Ma ancora, una recente sentenza della terza sezione civile della Cassazione ha ribadito che al paziente deve essere riconosciuto vero e proprio diritto di non curarsi, anche se tale condotta lo esponga al rischio stesso della vita. In quest'ultimo caso, ricorda la Suprema Corte, "è innegabile l'esigenza che, a manifestare il dissenso al trattamento sia o lo tesso paziente che rechi con sé una articolata, puntuale, espressa dichiarazione, ovvero un diverso soggetto da lui stesso indicato quale rappresentante ad acta il quale, dimostrata l'esistenza del proprio potere rappresentativo confermi tale dissenso all'esito della ricevuta informazione da parte dei sanitari".

La condizione terminale è in parte fisica e in parte psicologica. Essa si realizza quando la malattia (inguaribile, in fase rapidamente evolutiva) induce nella mente del medico, dell'infermiere, della famiglia e dello stesso paziente un'attesa di morte in breve tempo. Una definizione di questo tipo lascia impregiudicati i tempi e i modi del morire ma stabilisce un quadro esistenziale preciso; questo naturalmente non è sufficiente per stabilire una dimensione operativa ed organizzativa ma consente di iniziare un cammino di avvicinamento fra malato, famiglia e servizi assistenziali, in termini informativi e comunicativi.

Primo e fondamentale elemento è che le informazioni devono essere vere poiché la fiducia è il fulcro della relazione medico-paziente. L'inganno e la carenza di informazioni tendono a diminuire tale fiducia.

Gli studi supportano questa necessità di comunicare la diagnosi. I pazienti con una diagnosi, e anche quelli in attesa di una diagnosi definitiva, sottolineano il desiderio di conoscere esattamente la loro situazione clinica. Comunicata loro, la diagnosi può essere causa di un momentaneo turbamento, ma non vi è nessuna corretta documentazione di conseguenze dannose che questa può causare. Le informazioni possono permettere al paziente di adottare decisioni informate riguardo le terapia da adottare e di prepararsi al futuro. Ancora, tali informazioni evitano sgradevoli imbarazzi quando il paziente scopre involontariamente le informazioni non comunicategli. In conclusione, spesso il paziente "nominando la malattia" riesce ad avere un simbolico controllo su questa.

In sintesi, ai pazienti non dovrebbe essere comunicata la diagnosi solamente per astratti principi, ma in un contesto di interesse e di compassione, per promuovere una vera realizzazione umana. Una temporanea assenza di comunicazione (per es., per il raggiungimento di bene terapeutico) deve essere valutata attentamente accanto alla preoccupazione di realizzare al più presto le condizioni per una corretta informazione.

La situazione terminale costituisce certo un momento difficile da affrontare sia sul piano medico sia su quello umano. Tuttavia il fatto stesso di concepire la morte non più solo un evento biologico, ma come una realtà che riguarda l'intera persona e tutta la famiglia, è un passo decisivo per poter "aver cura" di una persona sofferente e dei suoi familiari. Caratteristiche di un istituto assistenziale geriatrico è poi che la persona può essere da molto tempo ospite e i suoi familiari possono aver stabilito da lungo tempo rapporti relazionali con l'équipe curante. In altri ambiti assistenziali, naturalmente, come in ospedale, l'evento morte per il paziente geriatrico può avvenire in tempi brevi. Un'altra caratteristica è che, generalmente, si può parlare di familiari anche loro in età geriatrica. Tuttavia, parlando dei familiari, si deve ricordare che il rapporto assistenziale è deontologicamente e giuridicamente prioritario nei confronti della persona del paziente, che, se vuole, può escludere questi da ogni informazione sul suo stato clinico.

In alcune patologie però è la stessa comunicazione della diagnosi che può di fatto, per la persona del paziente, rappresentare una comunicazione di morte, come ad esempio, in ambito geriatrico la comunicazione di una diagnosi di Alzheimer, che oggi, afferma il prof. Trabucchi ha quel ruolo di predizione della morte che si riteneva proprio della diagnosi di tumore. Ora gli oncologi, anche in seguito alle problematiche del consenso informato, comunicano la diagnosi al paziente. Il Geriatra? Le autorevoli citazioni di esponenti della medicina geriatrica italiana sono assolutamente volute. Il

Gruppo di studio ha inteso affrontare questa tematica della comunicazione nella terminalità e della comunicazione della diagnosi di Alzheimer proprio nella prospettiva di un rapporto tra medici italiani e pazienti italiani, non escludendo però, naturalmente, come queste problematiche appaiono nella discussione sulle riviste scientifiche anglosassoni.

Come si è detto, nei primi anni '60, gli studi di etica medica indicavano che la maggioranza dei medici non avrebbe comunicato una diagnosi di malattia oncologica ai loro pazienti e le motivazioni di questo comportamento erano la paura di reazioni eccessive e la distruzione di ogni speranza conseguenti a tale informazione.

Tuttavia, già a partire dagli anni '70 analoghi studi hanno dimostrato un cambiamento radicale nella pratica medica, nei confronti di una diagnosi oncologica, patologia peraltro molto frequente in età geriatrica. Oggi, anche in Italia, da tempo il cambiamento del modello della relazione medico-paziente da paternalistico ad autonomo ha indotto molti medici oncologi a comunicare la diagnosi. Anzi, questa problematica si è estesa oltre la diagnosi oncologica. La letteratura più recente ha esaminato questa problematica nella prospettiva della malattia di Huntington e della sclerosi multipla e ha arrecato conclusioni coerenti con questo nuovo modello di comunicazione. Tuttavia, nel caso della malattia di Alzheimer, sorgono ulteriori problematiche. Quali informazioni dovrebbero essere comunicate a un paziente affetto da una patologia tipo Alzheimer? Può una simile patologia giustificare la non comunicazione della diagnosi? Se è così, sotto quali condizioni dovrebbe essere fatto? [1].

Come la parola "cancro" anni fa, oggi la parola "Alzheimer" incute paura nelle menti dei pazienti e dei loro familiari. Ulteriori fattori possono però essere considerati. Primo, attualmente non esiste alcuna terapia per la malattia di Alzheimer, anche se vi sono crescenti possibilità terapeutiche per il trattamento dei sintomi. Secondo, una definitiva diagnosi della malattia è possibile solo all'esame istopatologico successivo all'autopsia.

Gli esami di laboratorio, gli accertamenti clinici, le tecniche "per indagini" possono fornire solo una diagnosi probabile, che può essere smentita. Terzo, un paziente affetto da Alzheimer nel tempo perde la capacità di adottare decisioni poiché incapace di un processo intellettivo.

Tuttavia, questi fattori suppletivi non sembrano influire notevolmente sulla responsabilità di comunicare la diagnosi. Primo, la mancanza di terapie non rende unica la malattia di Alzheimer. Molte patologie sono incurabili, eppure la loro diagnosi è comunicata. Il non dire una diagnosi infausta o la fase terminale di una malattia può sovvertire il senso stesso della medicina dando l'impressione che il solo scopo della medicina sia quello di curare. In realtà, qualche volta la medicina non può curare, anche perché la morte è il naturale destino umano Secondo, la mancanza di una assoluta certezza sulla diagnosi e sulla prognosi è intrinseca alla medicina. Una volta che il medico è certo della diagnosi (spesso evidenziata dalle scelte terapeutiche e dalle informazioni condivise con i familiari), i pazienti dovrebbero essere informati. Terzo, anche se si può pensare che al momento della diagnosi il paziente sia cognitivamente disabile, occorre precisare che vi sono varie fasi nella malattia di Alzheimer. Nella prima fase, i pazienti possono conservare una capacità decisionale che si esprime nel mandato al medico di informarli così che possano partecipare alle decisioni sulla terapia (per es. farmaci sperimentali) e sulla vita in generale. Anche se i medici dovrebbero essere sensibili alle paure, agli argomenti e anche al rifiuto che i pazienti e i suoi familiari possono sperimentare, i desideri della famiglia di non comunicare la diagnosi non dovrebbero influenzare la responsabilità primaria del medico verso il paziente. Una attenta e compassionevole comunicazione può aiutare a migliorare tali situazioni. Anche se la capacità di diagnosticare migliora ed emergono nuove terapie, i medici devono divenire sempre più capaci di saper comunicare le diagnosi di malattie che possono turbare il paziente.

Quando il paziente entra nella fase media della patologia, la capacità di partecipare al processo decisionale diminuisce notevolmente. In questa fase della malattia, i pazienti possono essere affetti da depressione e ansia che rivelano una consapevolezza di dove "si sta andando", anche se non comprendono più pienamente. Di conseguenza, l'informazione sulla diagnosi e la terapia possono ancora avere la capacità di influenzare beneficamente la vita del paziente. Il medico e la famiglia hanno la capacità di giudicare quando sia il caso. La misura di quanto il paziente comprenderà ed elaborerà varia, ma il tentativo di comprendere il paziente favorisce il fondamentale rispetto per lui come persona vivente che convive con un processo patologico che incide sulla sua capacità di autodeterminazione. Nella fase finale della malattia di Alzheimer, quando il paziente è progressivamente nella incapacità di comprendere qualsiasi informazione, non vi è nessun obbligo di rivelare una diagnosi, rivelandosi "futile" ogni comunicazione (futile nel senso che oramai vi è una totale incapacità del paziente).

Lo scopo dello studio, nell'ambito del Gruppo di studio, si basa su una analisi della realtà assistenziale italiana, cioè in una cultura che ha caratteristiche peculiari, anche se non uniformi in tutto l'ambito nazionale. Pertanto l'esperienza narrata nell'intervento rispecchierà in qualche modo l'area culturale dell'operatore. Lo studio vuole evidenziare la pratica professionale, o meglio le problematiche di questa pratica, nelle realtà che il geriatra vive nei vari *setting*, recuperando al geriatra la possibilità di far riflettere i colleghi sui problemi che si possono incontrare nell'esperienza tecnico-organizzativa-relazionale. Naturalmente di eviterà di fermarsi alla rappresentazione di casi singoli, e la presentazione cercherà di rilevare le linee più generali dell'esperienza. Utile, poi, può essere il confronto con la letteratura internazionale, ricordando però che in questo caso la problematica si pone in un contesto culturale diverso, con un conseguente diverso atteggiamento, del medico e del paziente, verso la morte, la disabilità, verso una diagnosi di Alzheimer e di Parkinson.

L'intervento del Gruppo sulla "comunicazione nella terminalità" prevede quindi i seguenti interventi nella realtà professionale italiana:, considerando anche i diversi contesti operativi – famiglia, istituzione geriatrica, terapia intensiva - che per i peculiari aspetti che contraddistinguono anche il ruolo professionale, possono influenzare e condizionare tale comunicazione.

Bibliografia

[1] O'Rourke K. *A Primer for Heslth Care Ethics,* Georgetown University Press, Washington, DC: 2000, p. 285-8.

La comunicazione della terminalità in Medicina di Famiglia

A. Marsilio
Medico di Medicina Generale Azienda ASL 13 Mira, Venezia

Comunicare una diagnosi infausta non è mai facile per nessuno, men che meno per il medico di famiglia, anzi è uno dei momenti di maggior criticità per la nostra professione, perché, a ben guardare, travalica il nostro essere medici e ci coinvolge in toto anche come persone.
Ma è un compito a cui non possiamo sottrarci … Essenzialmente per due motivi.
Il primo, molto concreto, è dovuto al fatto che ogni anno in Italia ci sono 250.000 persone affette da una malattia inguaribile ed è stato calcolato che un Medico di Famiglia assiste mediamente dai 4 ai 6 malati terminali per anno.
Il secondo motivo fa riferimento ad una delle caratteristiche peculiari della Medicina di Famiglia e cioè la relazione protratta nel tempo tra medico e paziente; relazione che in genere si protrae per molti anni e che, quando possibile, dovrebbe continuare anche nell'ultima parte di vita del paziente.
Pertanto comunicare cattive notizie dovrebbe rientrare tra i compiti del Medico di Famiglia proprio in virtù di quel rapporto di fiducia che si è instaurato con gli anni tra medico, paziente e famiglia: il paziente ci ha scelto tra tanti altri medici, ci ha dato la sua fiducia … mentire e far parte della congiura del silenzio, sarebbe come tradire questa fiducia.
Quanto detto viene anche confermato da un'indagine del CENSIS secondo la quale solo il 2,5% degli intervistati ritiene che il paziente non debba essere informato nel caso di una patologia grave; inoltre per l'82,3% del campione la comunicazione della malattia grave deve essere di competenza del medico.
Ma se vi è ormai accordo sul fatto che di norma la cattiva notizia debba essere comunicata e che questo sia un compito del medico, bisogna però anche ammettere con sincerità che sia il paziente, che il medico si sentono impreparati ad affrontare il tema della morte e a parlarne.
In effetti, secondo una recente ricerca, il 75% dei Medici di Famiglia fa fatica ad affrontare le responsabilità di fine vita e il 92% afferma di aver bisogno di formazione sulla gestione delle cure di fine vita.
Quindi il tema della comunicazione di una malattia inguaribile è un argomento estremamente scottante e complesso …
Sperimentiamo ogni giorno in ambulatorio che la competenza professionale di fronte a questi pazienti, pur essendo importante, da sola non basta, bisogna saper comunicare, e saperlo fare efficacemente altrimenti rischiamo di non mettere in atto una valida relazione d'aiuto ma anzi di provocare più danni che benefici.
A conferma di ciò uno studio eseguito su un campione di 175 malati di cancro, evidenzia una migliore qualità di vita legata non tanto al livello di informazione ricevuta, quanto al grado di soddisfazione provato per l'informazione ricevuta.
In effetti il rapporto medico-paziente può essere considerato a ragione nella categoria dei "beni relazionali" cioè quei beni o servizi che generano utilità non solo per il loro valore intrinseco, ma anche per le modalità con cui si svolge il processo di consumo; cioè sono beni che prendono senso proprio dal rapporto e dall'incontro con l'altro, dalla capacità di creare solidarietà, interdipendenza.
Sappiamo bene che nel processo di produzione dei servizi sanitari chi fruisce di tali servizi attribuisce importanza, e perciò valore positivo, non solo all'ottenimento del risultato, ma anche alla modalità di erogazione del servizio stesso.
Ecco perché ormai da tempo vengono fornite al medico delle "raccomandazioni" che lo aiutano a dare le cattive notizie in modo appropriato.
A questo proposito sono stati elaborati vari modelli; uno dei più usati (in ambito oncologico) è il modello SPIKES:

Modello SPIKES

S = Setting up	Iniziare preparando il contesto e disponendosi all'ascolto.
P = Perception	Valutare le percezioni del paziente, cercando di capire ciò che la persona sa già e l'idea che si è fatta della sua malattia.
I = Invitation	Invitare il paziente ad esprimere la propria volontà di essere informato o meno sulla diagnosi, prognosi e i dettagli della malattia.
K = Knowledge	Fornire al paziente le informazioni utili per comprendere la situazione clinica.
E = Emotions	Aiutare il paziente ad esprimere le proprie reazioni emotive, cercando di rispondere ad esse in modo empatico.
S = Summary	Discutere, programmare e concordare con il paziente una strategia che valuti le possibilità di intervento e i risultati attesi. Lasciare spazio ad eventuali domande. Rendersi conto di quanto il paziente ha capito e riassumere quanto detto.

Ovviamente questi modelli sono di grande aiuto nel processo comunicativo ma non devono essere applicati troppo rigidamente; la comunicazione va sempre individualizzata e deve essere centrata sul singolo paziente: c'è chi vuol sapere tutto nei minimi particolari, chi non vuol conoscere la diagnosi, chi è ambivalente (da un lato vuole sapere ma dall'altro ha paura di conoscere la verità).
In questo senso il Medico di Famiglia si trova in una posizione privilegiata perché conosce la persona (la sua storia, il suo modo di concepire la malattia, le emozioni, l'habitus psicologico, la cultura, il sistema valoriale, il credo religioso) e conosce la famiglia (le dinamiche famigliari, le problematiche, le risorse).
Infatti se la relazione con la famiglia del paziente è sempre importante, a volte diviene fondamentale in quanto spesso ci troviamo di fronte malati che, per età o patologia,
non sono in grado di esprimere le proprie volontà. In questi casi, se il confronto con la famiglia è doveroso, allo stesso tempo discutere solo con i famigliari "saltando" del tutto il paziente, comporta problemi di tipo etico e legale perché per il nostro ordinamento giuridico l'unico destinatario dell'informazione e titolare delle scelte rimane il paziente (a meno che non vi sia un sostituto legale).
Proprio per il *setting* peculiare della Medicina di Famiglia si possono poi sfruttare al meglio, nel processo comunicativo, alcune strategie:
Innanzitutto la cosiddetta Medicina d'iniziativa o d'opportunità: cioè approfittare di ogni contatto con il paziente per attivare azioni miranti alla prevenzione o al riconoscimento precoce delle malattie.

La comunicazione "continua" della terminalità in medicina di famiglia.

Azione	Stadio iniziale	Stadio intermedio	Stadio terminale
Comunicare la diagnosi	Capire se e quanto vuole essere informato, Discutere opzioni terap. Stabilire obiettivi	Discutere efficacia ed effetti collaterali del trattamento	Adoperarsi perché paziente e famigliari siano consapevoli che l'exitus è vicino
Comunicare la prognosi	Parlare della probabile durata della malattia, delle aspettative	Rivalutare la prognosi, rivedere le aspettative	Rivalutare l'appropriatezza o futilità dei trattamenti
Discutere il decorso della malattia	Bilanciamento di rischi e benefici di ciascun trattamento	La malattia sta progredendo? Il paziente ne ha coscienza? Va cambiata la terapia?	Dare la preferenza alle cure palliative e al sollievo dei sintomi
Coordinare le cure	Continuare ad occuparsi del paziente anche se ricoverato Fornire informazioni utili	Collaborazione con altre figure professionali (ADI) Aspetti sociali (testamento)	Valutare la preferenza per ricovero o permanenza a casa
Fornire sostegno	Fare attenzione alle emozioni, ai dubbi, Supporto psicologico?	Rispondere alle domande in modo chiaro; curare ansia e depressione	Non abbandonare paziente e famiglia anche "quando non c'è più niente da fare"

Calata nel contesto della comunicazione della terminalità, la medicina d'iniziativa dovrebbe sfruttare le ripetute visite con il paziente per iniziare un dialogo sulle problematiche di fine vita cosicché quando arriva il "momento" la notizia cada su un terreno un po' più preparato e vi sia un orientamento su come comportarsi.

Sappiamo bene poi che comunicare una cattiva notizia richiede preparazione, serenità e disponibilità di tempo; anche in questo caso il Medico di Famiglia può usufruire dei contatti ripetuti per scegliere il momento più adatto e per comunicare la cattiva notizia per gradi, perché il malato in genere non è in grado di comprendere adeguatamente in un unico incontro tutte le informazioni riguardanti la diagnosi, la prognosi, le opzioni terapeutiche.

Da quanto fin qui detto appare chiaro che per il Medico di Famiglia la comunicazione di cattive notizie non si limita al momento dell'informazione, ma è un processo dinamico e continuo nel tempo durante tutta la fase della malattia; il processo comunicativo infatti, per essere realmente efficace, oltre all'informazione del puro dato clinico deve fornire anche sostegno al paziente.

Partendo da questo concetto della comunicazione come processo dinamico, si propone nella seguente tabella un piano d'intervento a "gradini" per la comunicazione della terminalità in Medicina di Famiglia.

Bibliografia

CENSIS Forum per la ricerca Biomedica: *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità Italiana.* Roma 5 Luglio 2007.

Bayle WF, et al. *Protocollo SPIKES*. Oncologist 2000;5:302-11.

Torke AM, et al. *The Physician-Surrogate Relationschip*. Arch Intern Med 2007;167:1117-21.

Shields CE. *Giving patients bad news*. Prim Care 1998;25:381-90.

Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S, Meyskens FL Jr. *End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication*. Am Fam Physician 2008;77:167-74.

Comunicazione e terminalità in terapia intensiva

L. Boncinelli

S.O.D. Cardiologia e Medicina Geriatrica, A.O.U. Careggi, Firenze

In un recente editoriale di Circulation gli autori si pongono e ci pongono alcune domande di grande attualità: cosa faresti sapendo che il tuo paziente ha pochi mesi di vita? Glielo diresti? Sceglieresti dei trattamenti più o meno aggressivi? [1]. Per cercare di rispondere a tali quesiti occorre ricordare le parole di Cicely Saunders, fondatrice, nel 1967, del primo Hospice a Londra. La Saunders, malata di tumore al seno, alcuni anni prima della sua morte, scriveva: "Sono stata infermiera, sono stata assistente sociale, sono stata medico. Ma la cosa più difficile di tutte è imparare ad essere un paziente". Trovarsi dall'altra parte, essere dalla parte del malato non è cosa semplice; per capire quella situazione occorre chiedersi: cosa prova il malato nella fase avanzata della malattia? Prova grande angoscia per la paura della morte e soprattutto per il timore dell'isolamento, dell'abbandono sociale, della dipendenza dagli altri.

Fino a qualche anno fa la Medicina era una medicina di tipo paternalistico, centrata sul paziente: si faceva una diagnosi a cui seguiva un trattamento terapeutico. Oggi non è più così: si avverte la necessità di confrontarsi con il vissuto del paziente prestando attenzione alla sua volontà e al suo consenso. La comunicazione, l'informazione diventa perciò strumento di cura. E ci si chiede: la comunicazione perché è importante? Perché la cattiva qualità della comunicazione costituisce il principale motivo di insoddisfazione nei pazienti e nei loro familiari e diventa motivo di contenzioso. Infatti, le denuncie per errori medici negli ultimi dieci anni sono aumentate del 184%, con costi elevati, pari all'1% del PIL.

Occorre avere chiaro che la principale funzione della comunicazione è di tipo terapeutico ed è una prestazione professionale vera e propria, volta a favorire il successo delle terapie e a sostituirle, quando queste abbiano esaurito le loro possibilità. Anche nei confronti di una malattia incurabile la medicina offre sempre le sue competenze. Le sue limitazioni non si devono configurare come sconfitte, ma come riconoscimento dei suoi limiti costitutivi.

L'informazione comincia dall'ascolto, occorre parlare col paziente e non al paziente. La comunicazione ha un pregio se improntata ad umiltà. Il paziente, e non altri, è il centro della comunicazione e della cura. Lo impone la legge. La legge sulla privacy impedisce proprio ai familiari di conoscere la diagnosi. Il paziente deve essere messo nelle condizioni di poter pianificare al meglio la propria vita; scegliere il curante, gestire la situazione patrimoniale o sentimentale. La diagnosi va comunicata: sarà il paziente a farci capire se non desidera conoscere tutta la verità. L'atteggiamento di iperprotezione o addirittura di sostituzione messo in atto dai parenti di un malato grave è spesso più dannoso che vantaggioso. Il malato, privato del rapporto diretto col medico, a dispetto delle apparenze, è lasciato solo di fronte alla malattia e alla morte.

Un aspetto importante della comunicazione è costituito dalla posizione degli operatori sanitari. Fortissimo è lo stimolo al fare e al produrre, piuttosto che al "sentire". Occuparsi delle emozioni del paziente e delle nostre è considerato un'inutile perdita di tempo. Non deve creare imbarazzo mostrare anche le nostre emozioni. Mai pazienti o familiari si sono lamentati se il medico o l'infermiere si sono emozionati insieme con loro.

È bene riflettere sul fatto che il momento peggiore della morte non è il morire, ma il sentirsi esclusi, attraverso tanti piccoli gesti, dall'umano consorzio, il sentirsi scivolare, come un lungo piano inclinato, lontano da ogni amorevolezza, avvertendosi magari come "sporchi" e "pesanti". Per fronteggiare, dunque, l'approssimarsi della morte non è sufficiente un sapere tecnico, ma occorre un sapere comunicativo [2].

Si può apprendere tale sapere? Sicuramente, lo dimostra una recente pubblicazione su BMJ che ha valutato l'effetto di una giornata di training ai medici per migliorare la capacità comunicativa e i pazienti invitati a compilare una serie di domande da rivolgere al medico. Tale studio ha dimostrato, dopo il periodo di training, che la soddisfazione dei pazienti aumenta notevolmente e i medici identificano precocemente i problemi, le ansie e i bisogni del paziente [3].

Un'altra importante pubblicazione ha stilato delle Linee Guida sulle modalità di supporto da offrire ai familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva [4]. Queste Linee Guida si basano essenzialmente nel migliorare la comunicazione, educare lo staff per minimizzare l'impatto della malattia sulla famiglia, dare aiuto alla famiglia prima, durante e dopo la morte del familiare. Questo rapporto costante e prolungato di relazione-comunicazione fra familiari-pazienti e personale sanitario nei reparti di terapia intensiva è, oggi, quasi impossibile: l'orario di accesso, nel 90% delle terapie intensive è limitato a 1-2 ore al giorno, con la motivazione di inquinamento ambientale da parte degli estranei e per non affaticare, si dice, il paziente stesso. Oggi, spesso, un paziente in Terapia Intensiva, deve essere assistito nella funzione respiratoria con ventilazione meccanica, nella funzione renale con emofiltrazione, nel circolo con contropulsazione intraaortica. Questa complessa tecnologia è indispensabile per superare la fase critica, ma contemporaneamente determina nel paziente uno stato di ansia e spesso si parla di "sindrome da terapia intensiva" come effetto negativo, dovuto proprio all'isolamento e allo stress. I pazienti più critici giacciono in UCI impauriti, terrorizzati, immersi e sommersi da cateteri e macchinari rumorosi. Sono soli, lontani da coloro che li amano, separati dai regimi restrittivi di accesso alla terapia Intensiva.

Per meglio valutare questo aspetto, il nostro gruppo ha studiato per due anni consecutivi gli effetti dell'apertura libera ad amici e parenti dei pazienti ricoverati in terapia intensiva. Sono stati valutati due periodi diversi: a. due mesi di visita libera, senza alcuna limitazione per le visite sia di giorno che di notte; b. due mesi di visita ristretta, mezz'ora due volte al giorno. Sono stati confrontati gli esiti nei due regimi relativi a: contaminazione microbiologica, profilo emozionale dei pazienti, autcomes clinici. I risultati hanno dimostrato che durante il regime di visita libero non aumentavano le infezioni, diminuivano invece le complicanze cardiovascolari [5]. Pertanto da tempo abbiamo "aperto" la terapia Intensiva ai parenti e/o amici favorendo così una maggiore partecipazione al progetto di cura globale del paziente.

Di fronte ad un paziente con demenza, ricoverato in Terapia Intensiva, quali sono le decisioni da prendere? A che punto fermarsi? Utilizzare sempre le cure più intensive? Rischio di *overtreatment* o accanimento terapeutico. Come comportarsi in caso di nuovo evento acuto? Da qui l'importanza della comunicazione e (in)formazione dei familiari da parte dell'intensivista, del geriatra, del medico di medicina generale.

Di fronte al malato terminale, qual è l'atteggiamento da seguire? Il malato terminale è il soggetto nel quale gli interventi terapeutici specifici non danno più alcun effetto, essendo possibili solo le cure minimali e palliative. "Terminalità è una condizione in parte fisica e in parte psicologica. Essa si realizza quando la malattia inguaribile, in fase rapidamente evolutiva induce nella mente del medico, della famiglia e dello stesso paziente un'attesa di morte in breve tempo".

In presenza del malato terminale, noi intensivisti, noi geriatri, dobbiamo imparare ad accompagnarlo serenamente verso la fine della vita adottando la sedazione terminale vale a dire la somministrazione intenzionale di farmaci sedativi con lo scopo di controllare le sofferenze intollerabili e refrattarie attraverso la riduzione della coscienza negli ultimi giorni di vita. Deve essere in accordo con i desideri del paziente e deve essere discussa con il paziente (se possibile) e/o con la sua famiglia.

Questo nostro comportamento trova conforto nel Codice di Deontologia Medica dove all'art. 16 si legge: "il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della sua vita". Inoltre l'art. 39 aggiunge: "In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico".

Per un'adeguata comunicazione di fronte ad un paziente critico occorre: preparare il dialogo, verificare quanto e cosa malato e familiari già sanno, accertare quanto e cosa essi vogliono sapere. Comunicare informazioni vere, condivise, graduali. La relazione deve essere gestita con empatia, prevenendo i conflitti, non soffocando l'emotività. Nell'imparare a comunicare cattive notizie il medico coglie un'occasione importante: sviluppare la propria umanità.

Concludendo possiamo affermare che: "Il successo delle cure intensive non deve essere valutato solo in base alle statistiche di sopravvivenza, ma anche in base alla qualità del processo del morire e alla qualità delle relazioni umane coinvolte in ciascuna morte".

Bibliografia

1 Goldberg LR, et al. *Atime to be Born a time to Die*. Circulation 2007;116:360-2.

2 Bonetti M, Rossi M, Viafora C. *Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita*. Ed. Franco Angeli 2003.

3 Middleton JF, et al. *Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial.* BMJ 2006;332:1238-42.

4 Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005.* Crit Care Med 2007;35:605-22.

5 Fumagalli S, et al. *Reduced Cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit.* Circulation 2006;113:946-52.

La comunicazione della terminalità nella letteratura medica internazionale

F. Caretta

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

Nell'ampio dibattito odierno in ambito medico e bioetico, la qualità di vita del paziente terminale si evidenzia come una priorità; in questo contesto, un aspetto importante consiste nel migliorare la comunicazione. Molti ritengono che parlare di argomenti che riguardano la morte e il morire, la situazione terminale, possa causare stress sia per il paziente che per i familiari, e questa convinzione spesso fa sì che operatori sanitari, parenti ed amici dei pazienti morenti si chiedano: "che cosa posso dire?".

Eppure anche le conclusioni di uno studio recente evidenziano che in realtà parlare di questi argomenti non risulta essere particolarmente stressante per gli operatori; viceversa può essere di aiuto, per molti pazienti e per i loro familiari [1].

Ma quali argomenti? La ricerca sottolinea ne sottolinea alcuni, propri del medico e degli altri operatori professionali, quali il parlare con il paziente morente in modo semplice e veridico, l'ascoltare, la volontà di parlare con la persona, comunicare le "cattive notizie" con sensibilità, incoraggiare le domande, l'essere attenti ai momenti nei quali il paziente vuol parlare della morte imminente. Il problema fondamentale è che l'operatore professionale attui un corretto rapporto tra l'essere veritiero e sincero senza distruggere ogni speranza. Sono queste le caratteristiche di una comunicazione che inizia con la diagnosi e che deve accompagnare il paziente fino al momento della morte [2].

Da una review della letteratura emergono in particolare alcune criticità.

1) Una di queste consiste nel fatto che gli anziani con Alzheimer in fase grave non vengono riconosciuti come terminali: una mancanza di consapevolezza che consegue ad una mancanza di comunicazione con il paziente e con i familiari. Anche una recente ricerca italiana [3] conclude che i pazienti con demenza in fase grave non vengono percepiti come "terminali". Vari indicatori di qualità dell'assistenza, quali ad esempio l'uso di mezzi di contenzione, l'uso di farmaci psicoattivi, la mancanza di documentazione sui processi decisionali, evidenziano – oltre ad una scarsa qualità assistenziale – una carenza nella comunicazione.

2) Alcuni Autori ritengono che le stesse direttive avanzate - che rappresentano la strategia dominante per migliorare le cure di fine vita negli ultimi 20 anni – siano sorte soprattutto per supplire alla mancanza di comunicazione [4].

Anche se l'entusiasmo per le direttive avanzate non è stato supportato da un'evidenza della loro efficacia, vari studi hanno cercato di influire sull'opinione pubblica e di incoraggiare il mondo sanitario e i legislatori a rivedere le direttive avanzate. Sono state elaborate varie strategie potenzialmente promettenti, ma l'inevitabilità della morte e l'importanza cruciale di migliorare le cure di fine vita costituiscono un forte impulso a proseguire nelle ricerche in tale ambito.

3) Un altro aspetto riguarda gli aspetti relazionali. Si evidenzia che la scarsa qualità delle cure di fine vita è in parte da attribuire alle carenze nell'ambito delle abilità comunicative del medico.

Anche le terapie aggressive praticate alla fine della vita sarebbero la conseguenza di una carenza negli scambi relazionali. Prevenire terapie aggressive alla fine della vita richiede una comunicazione attiva tra medico, paziente e familiari e l'elaborazione di strategie efficaci per fornire informazioni corrette sulle preferenze di cura già in tempi precedenti la terminalità.

Si è coniata l'espressione di sindrome "della porta girevole" [5], proprio per descrivere il fenomeno dei ripetuti ricoveri per riacutizzazioni di patologie croniche, dovuti ad aspettative irragionevoli dei familiari, alla riluttanza dei familiari a prendersi la responsabilità delle decisioni di cura, all'approccio euristico da parte dei medici nei processi decisionali. Si conclude affermando che l'uso di strategie di comunicazione per mettere in accordo le diverse aspettative potrebbe migliorare la qualità dei processi decisionali.

4) Un altro aspetto riguarda la comunicazione della diagnosi di Alzheimer, con una particolare attenzione al modo in cui si informa sulla diagnosi.

Nonostante la crescente evidenza che molte persone con demenza vogliono conoscere la loro diagnosi [6-10] esiste un'ampia variabilità negli atteggiamenti dei medici nel rivelarla [11]. Le prassi correnti continuano a non considerare l'evidenza empirica di tale preferenza.

Comunicare la diagnosi di Alzheimer si potrebbe mettere a confronto con la comunicazione di una diagnosi di cancro [12]. Negli anni scorsi, alcuni medici sono stati intervistati riguardo alla pratica di informare pazienti e *caregiver* di una diagnosi di demenza [13]. Meno del 50% riferiva di comunicare la verità ai loro pazienti, mentre i *caregiver* venivano quasi sempre informati. In accordo con vari autori, la principale barriera a rivelare la diagnosi sembra la riluttanza dei familiari a permettere che venga comunicata al paziente [14].

Dal momento che i test diagnostici finora non possono confermare con certezza la diagnosi di demenza, soprattutto nelle fasi iniziali, molti clinici preferiscono aspettare gli stadi successivi della malattia. Ulteriori elementi che contribuiscono ad una reticenza nel rivelare una diagnosi di demenza comprendono l'impossibilità di comprensione da parte di un paziente con grave deficit cognitivo [15], lo scarso beneficio derivato dalle terapie [16], la preoccupazione di far insorgere reazioni negative, quali una sindrome depressiva o un suicidio.

Nonostante questo, uno studio recente [17] dimostra che rivelare al paziente la diagnosi di Alzheimer nella maggior parte dei pazienti non provoca reazioni emotive così catastrofiche – anche in quanti presentano una forma iniziale – e può fornire un certo sollievo

quando al paziente vengono spiegati i sintomi e si programma un piano di trattamento.
5) Un aspetto particolarmente significativo è rappresentato dalla formazione in ambito accademico: il curriculum universitario sulle cure di fine vita dovrebbe essere più che un semplice insegnamento sugli aspetti clinici-assistenziali nei confronti del paziente [18].
Le capacità comunicative nella terminalità hanno un ruolo determinante sia per il supporto al paziente e alla sua famiglia, sia per affrontare e gestire gli oneri emotivi che derivano dall'affrontare situazioni così coinvolgenti.
In conclusione, si deve riaffermare che la comunicazione è spesso la componente principale della gestione del paziente nelle patologie croniche e nelle cure palliative: a volte è tutto quanto si può offrire al paziente.
A confronto con la maggior parte dei farmaci, le abilità nella comunicazione hanno indubbiamente un'efficacia palliativa (spesso riducono significativamente i sintomi), un ampio indice terapeutico (il sovradosaggio è raro), e il problema più comune nella pratica è un dosaggio sub-ottimale [19].

Bibliografia

1 Emanuel EJ, et al. *Talking With Terminally Ill Patients and Their Caregivers About Death, Dying, and Bereavement Is It Stressful? Is It Helpful?* Arch Int Med 2004;164:1999-2004.

2 Wenrich DM, Curtis R, Shannon ES, Carline DJ, Ambrozy MD, Ramsey GP. *Communicating With Dying Patients Within the Spectrum of Medical Care fron Terminal Diagnosis to Death*. Arch Int Med 2001;161:868-74.

3 Di Giulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. *Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study*. J Palliative Med 2008;11:1023-8.

4 Garas N, Pantilat SZ. *Advance planning for end-of-life care. Agency for Heathcare Research and Quality*, Chapter 49, U.S. Department of Health and Human Services, 540 Gaither Road Rockville, MD 20850, 2001.

5 Winzelberg GS, Patrick DL, Rhodes LA, Deyo RA. *Opportunities and Challenges to Improving End-of-Life. Care for seriously ill elderly patients: a qualitative study of generalist physicians.* J Palliative Med 2005;8:291-9.

6 Robinson L, Clarke L, Evans K. *Making sense of dementia and adjusting to loss: psychological reactions to a diagnosis of dementia in couples*. Age and Mental Health 2005;9:337-47.

7 Derksen E, Vernooij-Dassen M, Gillissen F, Olde Rikkert M, Scheltens P. *Impact of diagnostic disclosure in dementia on patients and carers: qualitative case series analysis.* Aging Ment Health 2006;10:525-31.

8 Pratt R, Wilkinson H. *A psychosocial model of understanding the experience of receiving a diagnosis of dementia*. Dementia 2003;2:181-91.

9 Preston L, Marshall A, Bucks RS. *Investigating the ways that older people cope with dementia: a qualitative study*. Aging Ment Health 2007;11:131-43.

10 Elson P. *Do older adults presenting with memory complaints wish to be told if later diagnosed with Alzhimer's disease?* Int J Geriatr Psychiatry 2006;21:419-25.

11 Lecouturier J, Bamford C, Hughes JC, et al. *Appropriate disclosure of a diagnosis of dementia: identifying the key behaviours of 'best practice'.* BMC Health Serv Res 2008;8:95.

12 Ouimet MA, Dion D, Élie M, Dendukuri N, Belzile E. *Disclosure of Alzheimere's disease*. Can Family Physician 2004;50:1671-7.

13 Rice K, Warner N. *Breaking the bad news: what do psychiatrists tell patients with dementia about their illness?* Inernat J Geriatr Psychiatry 1994;9:467-71.

14 Kirby M, Maguire C. *Telling the truth*. Br J Gen Pract 1998;48:1343-4.

15 Johnson H, Bouman WP, Pinner G. *On telling the truth in Alzheimer's disease: A pilot study of current practice and attitudes.* Intern Psychogeriatr 2000;12:221-9.

16 Kissel EC, Carpenter BD. It's all in the details: P*hysician variability in disclosing a dementia diagnosis.* Aging Mental Health 2007;11:273-80.

17 Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, Lee MM, Brown PJ, Coats M, et al. *Reaction to a dementia diagnosis in individuals with alzheimer's disease and mild cognitive impairment.* J Am Geriatr Soc 2008;56:405-12.

18 Williams CM, Wilson CD, Olsen CH. *Dying, death, and medical education: student voices*. J Palliative Med 2005;8:372-81.

19 Buckman R. *Communication and emotions*. Skills and effort are key. Br Med J 2002;325:672.

Simposio Satellite

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) E SISTEMI DI VALUTAZIONE PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELL'ANZIANO

Moderatori: A. Cherubini (Perugia), P. Putzu (Cagliari)

Il Punto Unico di Accesso: un modello di gestione del contatto con il cittadino e la presa in carico nella rete dei servizi

M.D. Bellentani

Sezione OSS (Organizzazione Servizi Sanitari), AGE.NA.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)

Una società che si trasforma si riconosce dal fatto che migliora l'aspettativa di vita, ma presenta anche un aumento delle "fragilità" e delle patologie croniche o a lungo termine. I nuclei e le reti familiari sono a centralità capovolta anziani-giovani e cresce la solitudine dei "grandi anziani". Cambia la medicina e la capacità tecnologica e si diversificano i luoghi e le modalità di cura.
Nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 si trova una strategia di long term care. Il piano infatti riconosce che è urgente la costruzione di una rete di servizi sociosanitari territoriali, che si prenda carico complessivamente dei problemi connessi alla "cronicità" con un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni.
Cresce così l'interesse all'accesso unico alle cure territoriali:
– Piano Sanitario Nazionale 2006-08, paragrafo 3.7 Integrazione dei LEA …
"La rete è finalizzata ad integrare le diverse aree di offerta, per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali, facilitare l'accesso unitario e l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie (...)".
– DM 10 luglio 2007, Progetti attuativi del PSN – Linee Guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni
Si sperimentano così nuovi modelli assistenziali ("Case della salute") dove matura il fatto che ai fini dell'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso, con personale dedicato. Attra-

verso lo sportello unico si realizza la presa in carico del paziente, con l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale. In contiguità con lo sportello unico deve essere allocato il Centro Unico di Prenotazioni per tutte le prestazioni erogate dal SSN.

– Legge Finanziaria 2008 e Patto per la salute: citano il principio di equità (non specificano la modalità di realizzazione tramite strumenti come l'accesso integrato).

Le scelte regionali. 15 Regioni prevedono la costituzione di un Punto Unico di Accesso (comprese le Regioni con Piano di rientro) con definizioni e modelli differenti, quali:

– modello strutturale/funzionale;
– modello generale o specifico;
– PUA di accoglienza o di presa in carico;
– prevedono diversità nel percorso (UVM, strumenti di valutazione multidimensionale).

Stato di attuazione. Vi è un ampio sviluppo delle sperimentazioni con relativamente poche esperienze consolidate, se non in ambiti locali e circoscritti.

Si possono tuttavia individuare degli elementi di condivisione:

– il Punto Unico di Accesso (PUA) come modalità organizzativa e come servizio a disposizione del cittadino;
– prioritariamente rivolto alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali;
– atto a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza;
– è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere;
– il PUA non rappresenta necessariamente un luogo fisico;
– il PUA richiede un diverso approccio agli utenti e una diversa modalità di lavoro degli operatori sanitari e sociali.

Occorre una regia organizzativa per la predisposizione del PUA e di tutto il percorso di presa in carico, con:

– semplificazione delle procedure amministrative e con responsabilità "certe";
– predisposizione di procedure e di strumenti strutturali e informatici;
– individuazione delle modalità organizzative/operative di valutazione del bisogno;
– coordinamento dei vari professionisti e degli interventi, nel PAI;
– individuazione di un *case manager*, per il cittadino con bisogno sociosanitario complesso, quale responsabile del coordinamento delle prestazioni e punto di riferimento dell'assistito e della sua famiglia.

Funzioni

– accesso;
– ascolto e accoglienza (l'esperienza dei "Centri di ascolto" per malati oncologici);
– raccolta di segnalazioni;
– orientamento e gestione della domanda;
– attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici;
– avvio della presa in carico e integrazione con la rete dei servizi;

Attività

– analisi del bisogno;
– registrazione dell'accesso;
– risposte informative e di orientamento;
– apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni, per bisogni complessi;
– segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione informazioni all'UVM per la valutazione.

È articolato su due livelli:

– front office, riservato ai cittadini, con una funzione prevalente di orientamento e accompagnamento funzione diffusa nei servizi distrettuali e sociosanitari);
– back office, destinato a relazionarsi con la rete dei servizi e a garantire la presa in carico, per i differenti livelli di intensità assistenziale, mediante valutazione multidimensionale.

Alcuni aspetti di riflessione riguardano:

1. il sistema informativo che monitora il percorso del paziente;
2. l'organizzazione di percorsi territoriali di cura;
3. il sistemi di valutazione:
   schede triage,
   vmd – valutazione multidimensionale.

Il Punto Unico di Accesso: primi dati di un modello organizzativo innovativo

G. Frau

Direttore Sociosanitario ASL 8 di Cagliari

L'ASL 8 di Cagliari sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale ha impostato, a partire dal 2006, un modello di *governance* per i servizi territoriali e in particolare i servizi sociosanitari che consente, nel tempo, di poter governare i percorsi di cura dei cittadini l'efficacia degli interventi erogati i costi sostenuti.

Il percorso è stato graduale e complesso perché ha richiesto l'impianto di nuovi modelli organizzativi in quanto si veniva da una realtà storica aziendale caratterizzata da modelli organizzativi fondati sui servizi tradizionali dove era assente la cultura della "presa in carico". Si è trattato di impostare ed impiantare nuovi modelli di azione fondati sulla cultura del lavorare per progetti, per obiettivi e per risultati in un'ottica di presa in carico della persona. Il lavoro ha cercato di creare nuovi strumenti di valutazione e soprattutto di supporti informatici utili e appropriati per la gestione delle nuove attività, ma anche di ricercare nuove strutture logistiche funzionali per la messa a regime dei nuovi modelli organizzativi.

La disponibilità al cambiamento da parte degli operatori della ASL è stata condizione indispensabile per una efficacia del cambiamento complessivo insieme alla disponibilità al cambiamento dell'intero sistema dei servizi sociosanitari sia interni alla ASL che esterni in quanto intrattengono rapporti contrattuali con l'ASL stessa o perché operano a qualsiasi titolo sul territorio in collaborazione con la ASL: impianto di nuove strategie nei rapporti in un ottica di condivisioni, integrazioni e collaborazioni (lavoro in rete).

Possiamo, in ogni caso, affermare che, ad oggi, abbiamo messo le basi e impostato un sistema per poter governare alcuni dei più importanti processi connessi ai percorsi di cura delle persone anziane

e/o non autosufficienti e delle persone con disabilità attraverso la creazione:
– di un database centralizzato rispetto alle persone valutate dalle Unità di Valutazione Territoriale;
– il collegamento di tutte le RSA del nostro territorio al sistema centralizzato di gestione della valutazione e dei Piani Assistenziali (rete informatica);
– l'attivazione di un modello di Punto Unico di Accesso (PUA) ai Servizi alla persona dove viene effettuata la presa in carico dei bisogni delle persone e della famiglia;
– il collegamento tra PUA e tra distretti;
– il collegamento delle unità Operative Ospedaliere per la gestione degli anziani che in fase di dimissione vengono presi in carico da parte dei servizi del territorio (integrazione ospedale-territorio);
– il consolidamento delle Cure Domiciliari, anch'esse gestite con il sistema centralizzato in termini di presa in carico, pianificazione e consuntivazione delle attività erogate, primo avvio di percorsi per la valutazione di appropriatezza degli interventi.

I risultati ottenuti hanno riguardato:
– i percorsi della presa in carico. Sono stati individuati, studiati e sistematicamente messi in atto percorsi di "presa in carico" della persona anziana e/o non autosufficiente che si è rivolta al PUA per chiedere l'inserimento in RSA, Progetti "Tornare a casa", Cure Domiciliari e Riabilitazione;
– i processi della presa in carico. È stata applicata una metodologia semplice ma esaustiva efficace a rappresentare graficamente i processi della presa in carico attraverso il sistema IDEF0;
– i tempi dei processi della presa in carico. Abbiamo verificato i tempi di impiego dei fattori produttivi (risorse umane) messi in campo in ogni fase e azione con la quale è stato scomposto il percorso e lo studio dei processi. La rilevazione dei tempi complessivi dei processi relativi ai vari nodi dei percorsi risulta utile per definire la durata della presa in carico di ogni persona nel PUA e i diversi tempi relativi ai diversi percorsi messi in atto per la presa in carico.

I sistemi validati per lo screening a livello di PUA e la Valutazione Multidimensionale

G. Gambassi

Medicina Interna e Geriatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma e "Brown" University Medical School

La valutazione multidimensionale geriatrica è uno strumento oggi insostituibile per una più idonea valutazione dei bisogni delle persone anziane e per strutturare il migliore e più adeguato piano di assistenza.
Esistono strumenti validati, ma poco integrati, spesso contrastanti. Il sistema VAOR-InterRAI è oggi riconosciuto come l'unico strumento standardizzato che offre strumenti di valutazione specifici per qualsiasi *setting* assistenziale dove una persona anziana possa venire a trovarsi.
Con lo tsunami geriatrico che ha investito le società occidentali è apparso evidente che la grande parte delle persone anziane non riceve alcun tipo di assistenza strutturata né tantomeno viene sottoposta ad alcun tipo di valutazione multidimensionale.
Questo sino a che, per un problema qualsiasi, questa persona non si riferisca all'attenzione di un geriatra. Velocemente, i geriatri hanno compreso come non si potesse in maniera indiscriminata sottoporre tutte le persone anziane al primo contatto medico, solo per criterio di età, ad una valutazione multidimensionale completa.
Questo approccio non è efficiente e rischia di sottoporre a valutazione molte persone senza reali necessità.
Il sistema VAOR-InterRAI si è quindi arricchito di uno strumento di screening, denominato InterRAI Contact Assessment. Con solo 4 sezioni, non più di 40 domande, lo strumento elabora un algoritmo che permette di effettuare uno screening delle persone senza particolari necessità e di meglio indirizzare a valutazioni complete le persone nel bisogno, segnalando gli iter diagnostico-assistenziali più appropriati.

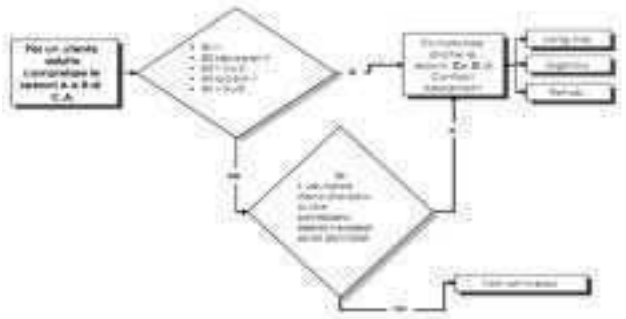
L'applicazione del Contact Assessment per la continuità di cura: alcuni risultati

M. Zega

Laziosanità ASP

Il "conflitto" che tutti viviamo sul piano operativo tra l'adesione ideale alla necessità di effettuare un'accurata valutazione delle persona per un'appropriata presa in carico della stessa e i fattori contingenti che ci spingono troppo spesso a trascurare proprio la fase valutativa della conoscenza delle problematiche (abbiamo poco tempo, la scarsa condivisione sugli strumenti, ecc.) deve trovare un momento di "superamento".
Occorre dotarsi di strumenti nuovi e agili, ma nel contempo integrati con altri strumenti di valutazione dei secondo livello, che consentano a tutti noi di approfondire la valutazione solo in riferimento alle situazioni dove la stessa si possa verificare effettivamente efficace (es. la necessità di formulare un progetto personalizzato di dettaglio).
Noi ci siamo trovati ad affrontare il tema dell'individuazione di strumenti capaci di supportare il processo della dimissione ospedaliera per garantire la continuità delle cure. Lo strumento InterRAI Contact Assessment introdotto in Italia dal gruppo di lavoro della Cattedra di Geriatria dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, in collaborazione con Laziosanità ASP, ci è sembrato lo strumento ideale per questo percorso.
Nelle situazioni operative lo strumento, come già ricordato, si presta ad essere utilizzato in diversi contesti. La nostra esperienza è legata al percorso di dimissione ospedaliera.
Lo strumento, molto agile e semplice da utilizzare, viene applicato in Unità Operativa ospedaliera a 3/4 giorni dalla dimissione del paziente geriatrico, con lo specifico scopo di verificare se esista o meno un problema di autonomia/dipendenza della persona e quale possa essere il percorso più efficace per la persona valutata per migliorare le proprie condizioni di salute.
Naturalmente lo strumento "indica" delle ipotesi di percorso. La relazione tra Ospedale e distretto produrrà l'attivazione del percorso più congruo in relazione alla situazione territoriale dei servizi che potrebbe prevedere, per i casi più complessi, anche un immediato approfondimento valutativo da parte della UVT per lo sviluppo di una progettualità più adeguata.

Lo strumento funziona secondo il flow-chart di Figura 1.
La somministrazione complessiva del Contact è quindi riservata alle persone che presentano particolari problemi già nelle sezioni A e B. L'esito della somministrazione è l'indicazione fornita dallo strumento verso soluzioni di tipo Riabilitativo, ovvero soluzioni di alta intensità sanitaria o, ancora, di cure di Lungo termine di tipo residenziale o non. Naturalmente uno degli obiettivi del nostro lavoro, che è tutt'altro che concluso, è anche quello di poter adeguare i percorsi suggeriti dallo strumento alle possibili soluzioni previste dalla nostra rete territoriale dei servizi.



I risultati sono evidenti:
– immediata presa in carico del paziente da parte del territorio;
– soddisfazione massima dell'utente;
– reale percorso di integrazione con la rete territoriale.

Dal progetto Mattone 12 i sistemi di classificazione

E. Brizioli

Responsabile Scientifico Mattone n. 12 (Prestazioni residenziali) Coordinatore sottogruppo Socio-Sanitario della Commissione Nazionale LEA

In Italia stimiamo oggi l'esistenza di circa 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua stimata di circa 6 mld di euro sul FSN. Tuttavia non esiste oggi un flusso informativo per le prestazioni residenziali.
Non esiste neppure un modello univoco di classificazione:
– delle strutture (nelle Regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse e con nomi diversi cose uguali);
– delle prestazioni (le prestazioni residenziali si sovrappongo e sostituiscono spesso a prestazioni di lungodegenza e riabilitazione);
– dei pazienti (l'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione).

Inoltre non esiste un sistema di compensazione della mobilità sanitaria e questo determina problemi nella circolazione dei pazienti e la mancanza di dati impedisce la verifica dei livelli essenziali di assistenza erogati per questa tipologia di prestazioni.
La questione è tanto più grave se si tiene conto che, in assenza di chiari modelli normativi, di strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali, di criteri di appropriatezza e di verifica della qualità, le cure residenziali in Italia sono caratterizzate da una sostanziale casualità dell'assistenza!

Di qui l'esigenza di sviluppare un progetto nell'ambito del NSIS, Sistema Informativo Sanitario Nazionale che punti ad ottenere almeno dei livelli di omogeneità che consentano una maggiore appropriatezza dei servizi:

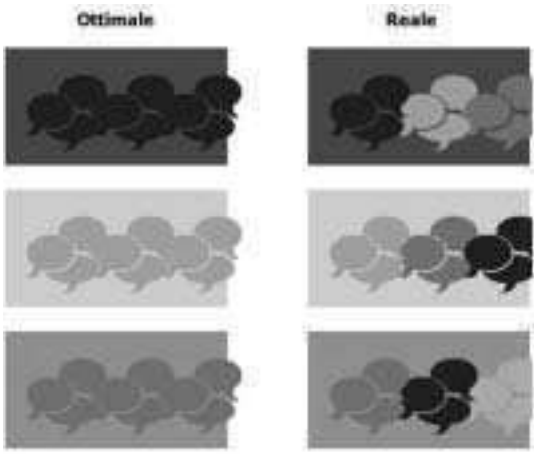


Fig. 1. Ratio del progetto: la situazione attuale.

L'obiettivo del Mattone "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" è la costruzione di un flusso informativo nazionale, che impone la definizione di un sistema di classificazione omogeneo.
L'ambito di riferimento del progetto sono le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a favore di soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio:
– anziani;
– disabili fisici, psichici e sensoriali;
– pazienti psichiatrici.

In ragione delle strette connessioni e parziali sovrapposizioni tra prestazioni residenziali di riabilitazione e le prestazioni ospedaliere di lungodegenza e riabilitazione, al Mattone 12 è stato affidato anche il mandato di predisporre, in collaborazione con il Mattone 3 (DRG), una revisione del flusso informativo per le prestazioni di Lungodegenza e Riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera.
Per valutare e standardizzare il reale fabbisogno assistenziale è necessario adottare ove possibile strumenti di misura in grado di rilevare il case-mix assistenziale espresso nel rapporto tra bisogni ed assistenza (in tipologia e quantità) ed adeguato a definire standard organizzativi e dotazione di personale.

L'applicazione dei RUG III e l'assorbimento di risorsa. Uno studio sui carichi di lavoro per classe RUG all'Italian Hospital Group di Guidonia (RM)

C. Cafariello

Medico Geriatra Italian Hospital Group

Alcuni "errori" del passato. L'esperienza dei DRG ha già dimostrato quale radicale trasformazione nelle procedure di ricovero/dimissione e nella stessa organizzazione ospedaliera può indurre un cambiamento nel sistema di remunerazione delle prestazioni. In effetti, alla maggiore complessità di rilevazione e di documentazione delle attività sanitarie è corrisposta un'assai parziale riduzione della

spesa rispetto ai livelli appropriati di assistenza resa; infatti, una volta "imparato" il sistema di classificazione, è emersa la tendenza da parte delle strutture erogatrici – private o pubbliche che fossero – a "gestire" i DRG con modalità tali da:

– massimizzare i ricavi (es.: ricoveri ripetuti, aggravamenti sistematici, …);
– rendere necessario un lavoro di controllo da parte degli enti finanziatori diffusamente inapplicato e, potenzialmente, di dimensioni notevolissime.

In realtà, la rilevazione sistematica della realtà terapeutica, assistenziale e riabilitativa – prevalentemente finalizzata alla rendicontazione per la fatturazione delle prestazioni – porta con sé un "potenziale burocratico" sostanzialmente fine a se stesso; nelle degenze prolungate tale potenziale rischia di essere ancora più insopportabile, trattandosi spesso di documentare situazioni di sostanziale stabilità, di progressivo aggravamento o di incerto risultato, tali da costituire facilmente grandi volumi di carte o files elettronici, in periodico aggiornamento, lasciando in secondo piano l'intervento effettivo.

L'opportunità di adottare i RUG per migliorare la gestione aziendale. L'esperienza sviluppata presso la nostra struttura accreditata che ha già adottato i RUG – quale strumento di pianificazione del lavoro in base ai carichi assistenziali presenti – dimostra che il rischio di inutile burocratizzazione non solo può essere evitato ma può, addirittura, essere trasformato in opportunità di razionalizzazione dell'attività assistenziale e dell'organizzazione aziendale.

In particolare, in presenza della volontà espressa dalla Direzione aziendale di introdurre tale strumento non semplicemente come obbligo regionale ma come scelta organizzativa di fondo, il sistema dei RUG può realizzare:

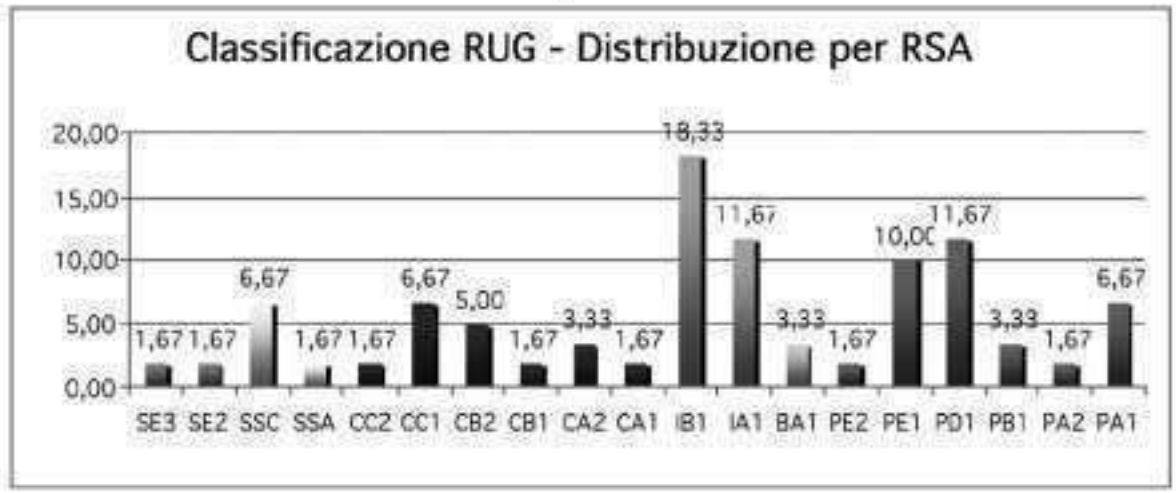
– la sistematica verifica delle condizioni del paziente/ospite, secondo scale scientificamente validate (come derivazione da InterRAI LTCF), ed il loro raggruppamento in gruppi e categorie caratterizzati per il diverso assorbimento di risorse (perlopiù di personale) legato alle diverse problematiche assistenziali;
– la sommarizzazione di tutte le attività inserite nei PAI e delle altre attività operative a livello di nucleo, reparto e struttura, quale base per la definizione degli organici di personale.

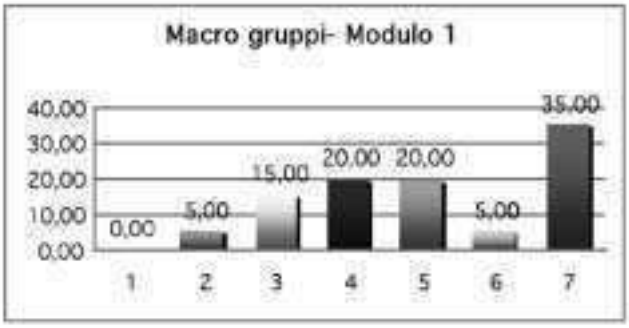
In termini organizzativi, un siffatto approccio all'introduzione dei RUG in struttura permette di:

– indurre nel personale una mentalità orientata a misurare il raggiungimento di risultati e non semplicemente lo svolgimento di attività più o meno predefinite;
– accrescere il grado di omogeneità e di coerenza nelle valutazioni multidimensionali e nei comportamenti assistenziali fra i diversi professionisti operanti nella struttura;
– superare le specializzazioni professionali vissute individualmente e sviluppare l'azione del "gruppo di lavoro" interdisciplinare nel quale la qualità dell'attività espressa è maggiore della semplice somma dei singoli contributi;
– disporre di un utilissimo strumento per il dimensionamento dell'organico di personale, in base non solo agli schemi autorizzativi fissi ed alle tradizionali trattative sindacali, ma soprattutto ai fabbisogni espressi dalla valutazione multidimensionale degli ospiti/pazienti.

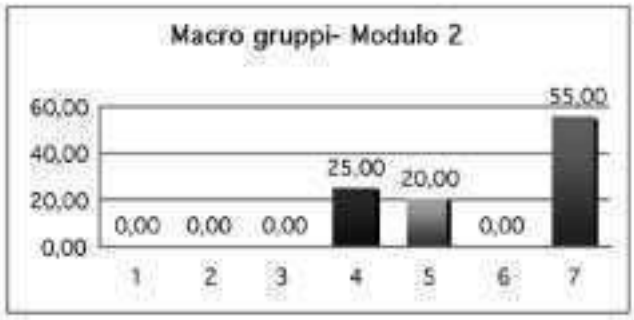
Alcuni dati di risultato:

ID	Macro gruppi	V.A.	%
1	Special Rehabilitation		0,00
2	Extensive Care	2	3,33
3	Special Care	5	8,33
4	Clinically Complex	12	20,00
5	Impaired Cognition	18	30,00
6	Behaviour Problema	2	3,33
7	Reduced Physical Functions	21	35,00
Totale		60	100





ID	Macro gruppi	V.A.	%
1	Special Rehabilitation		0,00
2	Extensive Care	1	5,00
3	Special Care	3	15,00
4	Clinically Complex	4	20,00
5	Impaired Cognition	4	20,00
6	Behaviour Problema	1	5,00
7	Reduced Physical Functions	7	35,00
Totale		20	100



ID	Macro gruppi	V.A.	%
1	Special Rehabilitation		0,00
2	Extensive Care		0,00
3	Special Care		0,00
4	Clinically Complex	5	25,00
5	Impaired Cognition	4	20,00
6	Behaviour Problema		0,0
7	Reduced Physical Functions	11	55,00
Totale		20	100

L'applicazione dei RUG III e l'assorbimento di risorsa. L'esperienza della Regione Lazio

A. Mastromattei

Dirigente dell'Unità Operativa Tutela Anziani dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

L'intervento illustrerà il percorso della Regione Lazio verso l'implementazione della valutazione con i RUG per l'ammissione degli ospiti nelle RSA della Regione. Si rappresenterà la situazione storica della gestione organizzativa della residenzialità sociosanitaria per gli anziani della regione Lazio e si evidenzieranno i singoli step che stanno portando questa Regione ad avere per la prima volta nella sua storia un Sistema informativo corrente sulle RSA in grado di verificare l'appropriata allocazione degli ospiti nel regime residenziale a loro più confacente e il relativo effettivo assorbimento di risorse. Si espliciteranno altresì le motivazioni e le difficoltà di tale percorso e si sottolineeranno le opportunità generate dalla applicazione di uno strumento validato a livello nazionale ed internazionale come i RUG.

Il sistema Informativo e Informatico per il governo del territorio e per le Strutture Residenziali

F. Vidotto

Amministratore unico Studio VEGA e Responsabile scientifico progetto Sistema Atl@nte

Si fa un gran parlare di modello di *governance* inteso come un sistema culturale che fornisce mezzi per lo sviluppo di capacità organizzative finalizzate a fornire assistenza sociosanitaria e socioassistenziale sostenibile focalizzata sulla persona, di qualità garantita e della quale è necessario rendere conto alle diverse parti interessate (stakeholder).

Come si evince da questa definizione, i concetti di essenzialità, appropriatezza e integrazione assumono pieno significato nell'ambito dei sistemi di *governance.* Inoltre si comprende anche che non esiste un sistema di governance se non vi sono mezzi disponibili anche sotto il profilo dei sistemi informativi e informatici; naturalmente che siano capaci di supportare una organizzazione per processi e non per servizi.

Da questo punto di vista il nostro lavoro è stato quello di supportare con uno strumento adeguato i percorsi di sperimentazione ed implementazione di modelli do governance. Da soluzioni semplificate come quella della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento dove con il sistema informativo viene supportata tutta la fase valutativa per la verifica di eleggibilità in RSA (gestione delle richieste dei medici e assistenti sociali, operatività delle Unità di Valutazione, gestione delle graduatorie, gestione dei flussi, gestione dei volumi di spesa ecc.); a soluzioni invece più articolate e complesse come quella della Azienda ULSS di Belluno, dove questo percorso interessa a valle anche tutta la rete dei servizi (non solo la residenzialità per anziani e disabili adulti) oppure come la ASL 8 di Cagliari dove si è partiti dal modello di PUA per l'adeguamento del sistema informativo.

Si ha così che il sistema (rappresentato qui da simbolo) si trova così declinato in tutte le fasi del processo (Fig. 1).

Il punto focale di un buon sistema informativo per la governance, è quello di poter supportare il processo attraverso l'impiego di strumenti validati in ogni fase.

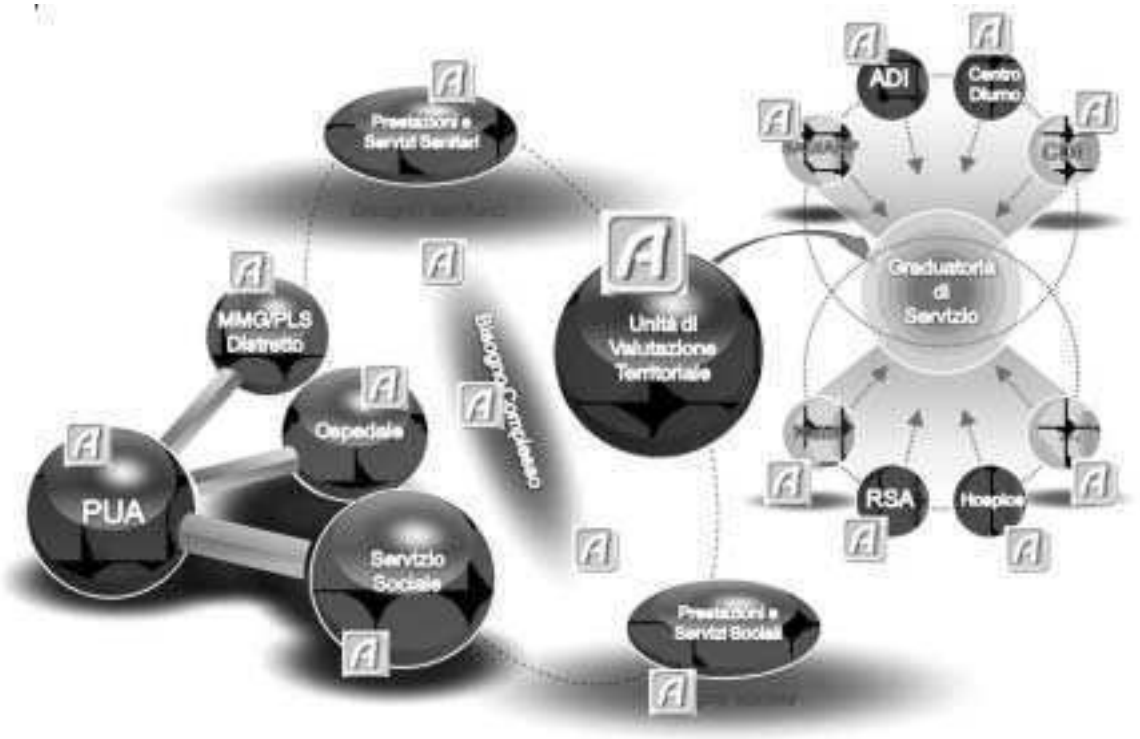


Fig. 1.

Ecco allora che per ogni *setting* serve uno strumento specifico, ma integrato con gli altri.
Ciò che consente di sviluppare in modo articolato questa esperienza è la Suite InterRAI:

Strumenti della Suite InterRAI.

PUA, UVT, U.O. Osp.	InterRAI CA
RSA	InterRAI LTCF
Cure domiciliari	InterRAI-HC
Salute mentale	InterRAI-MH
Comunità	InterRAI-CHA
Case per anziani	InterRAI-AL
Cure palliative	InterRAI-PC
Post-acuzie – riabilitazione	InterRAI-PAC

Ogni strumento trova la sua naturale collocazione in un unico database di territorio (tipicamente collocato a livello aziendale di ASL – anche se ogni unità potrebbe avere il proprio sistema) e ogni utilizzatore può accedervi secondo propri permessi e criteri di accesso da ogni postazione della rete per alimentare o consultare il sistema in tempo reale, offrendo poi al paziente sempre la migliore soluzione sulla base di informazioni articolare e aggiornate.

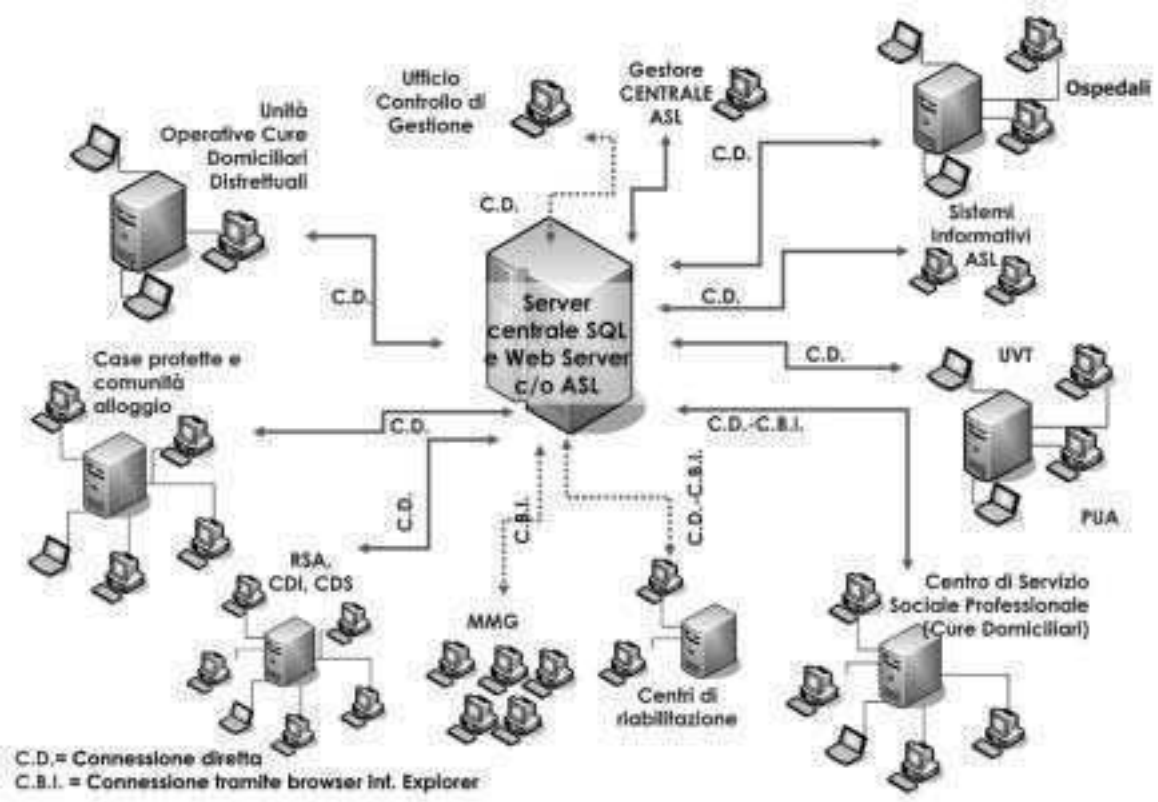
Punti di forza. Nelle nostre esperienze abbiamo potuto verificare che, una volta accettata l'idea che la carta viene sostituita dal PC (ovvero che se serve un documento lo si stampa), non solo si riducono i tempi di gestione ma, soprattutto, si possono assumere decisioni e sviluppare progettualità in modo integrato molto più efficaci per gli utenti.
Inoltre le persone si abituano a condividere le informazioni e a lavorare assieme: questo fatto diventa una vera necessità e si accresce il "piacere" di gustare i risultati raggiunti assieme. Si accresce quindi la motivazione di tutti.

Punti di debolezza. I punti di debolezza sono rappresentati in realtà da fattori non sempre gestibili facilmente:

– la resistenza al cambiamento (meglio una cosa che funziona male, ma che è nota, piuttosto che una che funziona bene, ma che occorre imparare *ex novo*);
– il supporto della rete. Potrà sembrare strano ma riuscire ad ottenere in tempi rapidi la connettività di siti disseminati nel territorio di una ASL è una cosa di una complessità enorme. La disponibilità di Computer aggiornati e potenti, la linea ADSL, la possibilità di collegarsi in remoto con un tablet PC al server aziendale, ecc. sono ancora privilegi di pochi;
– la possibilità di interagire con altri sistemi. Dovrebbe anche questo rappresentare la normalità, ma anche il semplice collegamento con le anagrafiche assistibili/assistiti a volte rappresenta un problema quasi insormontabile (o non sono aggiornate o è difficile ottenere un collegamento per evitare inutili duplicazioni di informazioni).

Il sistema di rete. La seguente rappresentazione mostra una soluzione aziendale tipica (ASL) di utilizzo sei sistemi informativi (Fig. 2).

Fig. 2.



Mini Simposio

DIAGNOSI DIFFERENZIALE E OPZIONI TERAPEUTICHE ALZHEIMER: STATO DELL'ARTE

MODERATORI: M. MOLASCHI (TORINO), G. NORO (TRENTO)

Supporto del neuroimaging con DaTSCAN

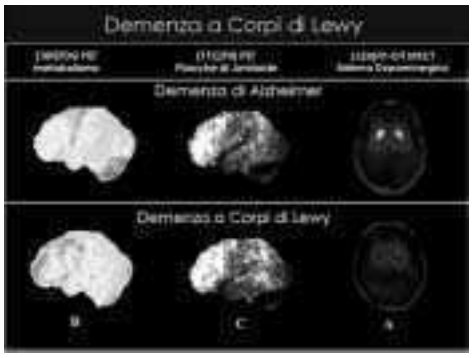
S. Sestini

U.O. Medicina Nucleare, USL4 Prato

Lo scenario impressionante emerso dai numeri relativi alla previsione di prevalenza delle malattie neuro-degenerative ed ai costi ad esse associati nei prossimi 50 anni ha imposto al mondo scientifico la ricerca di strategie mirate alla diagnosi precoce e certa di tali malattie al fine di prevenirne o ritardarne l'esordio clinico [1 2] e di instaurare trattamenti specifici nei casi clinicamente controversi [3 4]. Per il raggiungimento di questi obiettivi un enorme sforzo è stato fatto ed è tuttora in atto nel tentativo di approfondire la conoscenza dei meccanismi sub-cellulari e molecolari che caratterizzano il fisiologico processo di invecchiamento neuronale e delle modificazioni a cui esse vanno incontro in condizioni di patologia [5]. Questa precisa impostazione delle coordinate della ricerca scientifica trova la sua ragione di essere nella consapevolezza che le malattie neuro-degenerative, come la Malattia di Alzheimer (AD), sono caratterizzate da una fase pre-clinica della durata di anni durante la quale i neuroni iniziano a morire senza che ciò provochi alcun sintomo clinicamente rilevabile e patognomonico dell'instaurarsi della malattia. Di contro, se si identificano le alterazioni bio-molecolari che caratterizzano le tappe della progressione di ciascuna malattia neuro-degenerativa e si creano gli strumenti per rilevare in vivo queste alterazioni, può essere realmente possibile spostare indietro nel tempo la loro diagnosi e differenziare l'una malattia dall'altra con certezza di livello molecolare [6]. È per questo motivo che nell'ultimo decennio il mondo scientifico ha concentrato la sua attenzione nel decifrare i processi neuro-chimici che caratterizzano le malattie neuro-degenerative e nell'identificare con precisione le sedi iniziali e la progressione del danno neuronale piuttosto che sulla ricerca di sintomi peculiari nel tentativo di identificare i biomarker di queste malattie.

Il miglioramento della conoscenza dei fattori etiologici e dei processi patologici coinvolti nelle malattie neuro-degenerative raggiunto in questi ultimi anni unito alla possibilità di rilevare e visualizzare in vivo queste alterazioni mediante tecniche di neuro-imaging biomolecolare ha fatto si che questa metodica sia oggi considerata la più efficace e la più promettente nella diagnosi precoce ed accurata di questa classe di malattie [7]. Per questo motivo, per lungo tempo relegate ai confini dei protocolli diagnostici, l'imaging molecolare del cervello è stato recentemente considerato nell'iter diagnostico delle malattie neuro-degenerative [8-11]. A fianco di motivazioni puramente scientifiche, anche fattori di ordine tecnico e pratico hanno contribuito alla diffusione di queste tecniche, come ad esempio la risoluzione spaziale delle immagini acquisite dell'ordine del millimetro, la riduzione dei tempi di acquisizione e della dose di radioattività assorbita dal paziente [12 13] e, non ultimo, la riduzione dei costi dell'esame ed il recupero di risorse derivanti da una diagnosi precoce e corretta [14 15].

Da un punto di vista pratico, le tecniche che utilizzano l'ioflupane (DaTSCAN) [16] (Fig. 1C) e quelle che mappano il consumo di glucosio cerebrale (FDG-PET) o la perfusione cerebrale (SPECT-HMPAO) (Fig. 1A) sono quelle attualmente disponibili e quindi da richiedere per una efficace diagnosi precoce e differenziale tra M. di Alzheimer ed altre malattie neurodegenerative, come la Malattia a corpi di Lewy. Nello specifico settore delle demenze inoltre, si sta affacciando la opportunità di rilevare in vivo ed in ambito clinico routinario la presenza delle placche di amiloide mediante uno specifico radiofarmaco, il 18F-PIB (Fig. 1B).



Bibliografia

1. Matsuda H. *Role of neuroimaging in Alzheimer's disease with emphasis on brain perfusion SPECT.* J Nucl Med 2007;48:1289-300.
2. Wimo A, Winblad B, Jönsson L. *An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005.* Alzheimer's & Dementia 2007;3:81-91.
3. Mayeu R. *Epidemiology of neurodegeneration*. Annu Rev Neurosci 2003;26:81-104.
4. Frisoni GB. *Alzheimer, le nuove frontiere*. Il Sole 24 ore Sanità, 25-02-2008.
5. DeKosky ST, Marek K. *Looking backward to move forward: early detection of neurodegenerative disorders.* Science 2003;302:830-4.
6. Mattson MP, Magnus T. *Ageing and neuronal vulnerability*. Nature 2006;7:278-94.
7. Kapur S. *Neuroimaging and drug development: an algorithm for decision making.* J Clin Pharmacol 2001;(Suppl):64-71.
8. Dubois B, Feidman H, Jacova C, et al. *Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria (position paper)* Lancet Neurol 2007;6:734-46.
9. Centers for Medicare and Medical Services. Decision Memo for Positron Emission Tomography (FDG) and other neuroimaging devices for suspected dementia (CAG-00088R) 2007. http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp
10. Berg D. *Marker for a preclinical diagnosis of Parkinson's disease as a basis for neuroprotection.* J Neural Transm Suppl 2006;71:123-32.
11. Piccini P, Whone A. *Functional brain imaging in the differential diagnosis of Parkinson's disease.* Lancet Neurol 2004;3:284-90.
12. Stabin M, Brill AB. *Physics application in Nuclear Medicine: 2007*. JNM 2008;49:20N-5N.
13. Marek K, Seibyl J. *A Molecular Map for Neurodegeneration*. Science 2000;289:409-11.
14. Tatsch K, Asenbaum S, Bartenstein P, et al. EANM Guidelines for Brain Neurotransmission. 2007 http://www.eanm.org/scientific_info/guidelines/gl_neuro_spet_d2.php.
15. Nagle C. *The state of Nuclear Medicine 2008*. JNM 2008;49:15N-16N.
16. Pappata S. *Traccianti in progress.* In: *SPECT e PET in Neurologia*; Pàtron Editore, Bologna, Italia, Prima edizione 2006, p. 67-90.

Simposio Intersocietario SIMI-FADOI-SIGG

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE ANZIANO

Moderatori: R.Bernabei (Roma), G. Licata (Palermo), A. Mazzone (Pavia)

Le reazioni avverse da farmaci come causa di ricovero in ospedale

V. Marigliano, A. Bellomo

Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento, Sapienza Università di Roma

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito le reazioni avverse ai farmaci (ADR) come "qualsiasi effetto indesiderato, dannoso e inatteso prodotto da farmaci impiegati per la prevenzione, diagnosi e terapia, alle dosi comunemente usate nell'uomo".

Molti studi clinici hanno calcolato che circa il 5-10% di tutti i ricoveri ospedalieri è dovuto a reazioni avverse ai farmaci, così come, in alcuni studi prospettici, è stato evidenziato che le ADR si sono verificate nel 15-20% dei ricoveri ospedalieri e che circa il 15% era di grave entità. Tuttavia, la reale incidenza delle reazioni avverse ai farmaci non è facile da accertare per diversi motivi: difficoltà nello stabilire sempre un sicuro rapporto di causa-effetto tra assunzione farmacologica e manifestazione clinica, difficoltà nel discriminare tra sintomi attribuibili alla malattia in atto e sintomi conseguenti alla terapia praticata, specialmente in caso di assunzioni multiple di farmaci, impossibilità pratica di avere segnalazione di tutte le reazioni avverse a farmaci e scarsa sensibilità delle organizzazioni sanitarie e della classe medica nei confronti di tale fenomeno, scarsa disponibilità di test affidabili per una diagnosi di certezza ed, infine, diversità dei criteri prescelti nei vari trial clinici per la loro individuazione. Pertanto, i dati epidemiologici risultano ancora frammentari: il 15% della popolazione generale va incontro a reazioni indesiderate a farmaci; i decessi per manifestazioni cliniche correlate ad ADR sono stimati intorno allo 0,01% in ambito chirurgico e allo 0,1% in ambito medico; per la maggior parte dei farmaci l'incidenza di reazioni è pari all'1-3%; l'incidenza di pazienti ricoverati per ADR varia dal 3-6%; dal 15 al 30% di pazienti ospedalizzati per altri motivi presenta ADR nel corso della stessa degenza, che pertanto si prolunga; la spesa sanitaria aumenta inesorabilmente con stime di 76,6 miliardi di dollari spesi per l'elevata mortalità e morbilità conseguenti ad ADR.

Inoltre, l'incidenza e la gravità delle ADR possono essere influenzate da vari fattori legati al paziente (l'età, il sesso, le malattie, i fattori genetici, i fattori geografici) e da fattori legati al farmaco (il tipo di farmaco, la via di somministrazione, la durata della terapia, il dosaggio e la biodisponibilità), ne consegue che negli anziani l'incidenza è probabilmente più alta e la gravità è superiore. Infatti, gli effetti indesiderati dei farmaci hanno dalle cinque alle sei volte più probabilità di comparire nei pazienti in età geriatrica che non negli adulti più giovani; e il rischio di ADR aumenta considerevolmente con la quantità di farmaci somministrata. Secondo alcune stime, l'anziano ambulatoriale sarebbe esposto a più di otto prescrizioni all'anno (analgesici e psicofarmaci 32%, farmaci per l'apparato

cardiovascolare 26%, farmaci endocrino-metabolici 13%, antinfettivi 9%). Tutto questo aumenta il rischio di reazioni avverse, la cui incidenza aumenta in relazione al numero dei farmaci e all'età del soggetto (con una frequenza di ADR che arriva al 20% negli ultrasettantenni).

La situazione peggiora per i pazienti ospedalizzati poiché l'incidenza di ADR aumenta a causa dell'aumento della possibile interazione tra i molteplici farmaci utilizzati, resisi necessari da un approccio farmacologico più complesso e più aggressivo considerando le pluripatologie. Infatti, un paziente ospedalizzato riceve in media almeno 10 farmaci diversi. Più grave è la malattia, maggiore sarà il numero dei farmaci somministrati e, di conseguenza, la probabilità di effetti indesiderati. Da uno studio condotto proprio sulla popolazione anziana ospedalizzata (studio SMILES, 2002) si evince che il rischio di ADR aumenta di circa tre volte con l'assunzione contemporanea di più di quattro farmaci, e, in particolare, il rischio è quantificabile al 5% quando i farmaci usati sono circa sei, fino al 40% quando i farmaci sono più di quindici. Inoltre, lo studio GIFA (Gruppo Italiano della Farmacoepidemiologia nell'Anziano) (2002) ha dimostrato ampiamente che i farmaci maggiormente coinvolti nello sviluppo di ADR sono diuretici, calcio-antagonisti, anti-infiammatori non steroidei e digossina. Ad oggi le ADR hanno dimostrato di essere un fenomeno ancora in netto aumento soprattutto in geriatria e ciò è testimoniato dal fatto che molte condizioni cliniche ricorrenti del paziente anziano, quali per esempio il deterioramento cognitivo, il delirium, la depressione, le cadute, le fratture, l'incontinenza urinaria possono essere espressione di ADR. In particolare, alcune problematiche legate al paziente anziano lo renderebbero maggiormente suscettibile e vulnerabile all'insorgenza di reazioni avverse, come: alterazioni farmacodinamiche e farmacocinetiche, ridotta compliance, interazioni farmacologiche, prescrizioni inappropriate (misuse), sovrautilizzo e sottoutilizzo dei farmaci (overuse e underuse), sindromi geriatriche.

Le ADR più frequenti sono quelle che derivano da un effetto farmacologico eccessivo ma prevedibile; le altre reazioni, invece, originano da effetti tossici non direttamente correlati agli effetti farmacologici attesi e per questo imprevedibili, gravi e dovute a meccanismi non sempre noti. Alcuni di questi meccanismi si basano su azioni citotossiche dirette, scatenamento di reazioni immunitarie abnormi o alterazioni di processi metabolici in soggetti con difetti enzimatici geneticamente determinati. Pertanto, l'approfondimento delle conoscenze sulle differenze interindividuali nell'espressione degli enzimi deputati alla biotrasformazione dei farmaci ha contribuito alla comprensione dei meccanismi responsabili degli effetti indesiderati dei farmaci. In tal modo si può e si devono prevenire le ADR conoscendo a priori i fattori che possono modificare l'azione dei farmaci stessi. Soprattutto in geriatria, dove l'alta prevalenza di polipatologie rende di fatto in larga misura inevitabile la somministrazione contemporanea di più farmaci nello stesso paziente, la suscettibilità individuale deve essere studiata per prevenire le ADR.

Oggi lo sviluppo della farmacogenomica ci permette, attraverso lo studio e l'analisi dell'intero genoma umano, di correlare queste informazioni con lo stato o la risposta al farmaco presente a livello cellulare e/o tissutale, di un individuo o di popolazioni, al fine di individuare nuovi bersagli terapeutici, scoprire e sviluppare farmaci, per ottimizzare il più possibile l'efficacia terapeutica individuale e minimizzare le reazioni avverse. La metodologia della medicina predittiva cambierà il nostro atteggiamento terapeutico, l'approfondimento sui polimorfismi genetici e la conoscenza sull'epigenetica ci permetteranno, in un futuro ormai prossimo, di personalizzare le terapie. Pertanto, poiché le ADR sono considerate come delle vere patologie iatrogene causa di aumento dei ricoveri ospedalieri, prolungamento dei tempi di ospedalizzazione, aumentata incidenza di morte, la nostra esperienza in ospedale ci permette di consigliare opportuni principi di comportamento: non trattare patologie non gravi con farmaci farmacologicamente più potenti se non necessari; evitare prescrizioni inappropriate; valutare il rapporto rischio/beneficio per ogni prescrizione; non privare un paziente di un farmaco indispensabile solo per timore di un eventuale ADR; conoscere le schede informative dei farmaci e tutti i meccanismi che sono alla base delle ADR; tenere conto della compliance del paziente nonché della sua storia clinica (età, polipatologie, comorbilità, polifarmacoterapia); monitorare la risposta clinica e gli eventuali segni e sintomi di ADR; effettuare sempre un'anamnesi farmacologica completa di ogni paziente; promuovere la farmacovigilanza tramite la segnalazione di effetti indesiderati. In particolare, la farmacovigilanza è stata promossa dall'OMS come "attività per la valutazione, conoscenza e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema legato ai farmaci" ed è stata potenziata con centri speciali per l'invio e feedback delle segnalazioni delle ADR sia ospedaliere che ambulatoriali.

In conclusione, in considerazione dell'elevato rischio di ADR in geriatria, possiamo affermare che, ancora oggi, la famosa affermazione latina della Scuola Salentina "Primum non nocere" è oltremodo valida.

Bibliografia

1 Van Der Hooft CS, Dieleman JP, Siemes C, Aarnoudse AJ, Verhamme KM, Stricker BH, et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2008;17:365-71.

2 Passarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A. *Adverse drug reactions in a elderly hospitalised populations: inappropriate prescription is a leading cause*. Drug Aging 2005;22:767-77.

3 Pirmohamed M, et al. *Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients.* 2004;329:15-9.

4 Gurwitz JH, Rochon P. *Improving the quality of medication use in the elderly patients*. Arch Intern Med 2002;162:1670-2.

5 Evans WE, McLoed HL. *Pharmacogenetics- drug disposition, drug targets and side effects*. New Engl J Med 2003;348:538-9.

6 Meyer A. *Pharmacogenetics and adverse drug reactions*. Lancet 2000;356:1667-71.

7 Wilkinson GR. *Drug metabolism and variability among patients in drug response*. New Engl J Med 2005;352:2211-21.

8 Grice GR, Seaton TL, Woodland AM, McLeod HL. *Definig the opportunity for pharmacogenetic intervention in primary care*. Pharmacogenomics 2006;7:61-5.

Insufficienza renale inapparente nei pazienti anziani: correlazioni nell'impiego dei farmaci

G. Parrinello, D. Torres, G. Licata

Dipartimento Biomedico di Medicina Interna e Specialistica, Università di Palermo

La stima della capacità funzionale del rene riveste un ruolo importante nella pratica clinica in quanto correla con la mortalità, la morbilità e il rischio cardiovascolare. Individuare correttamente i pazienti con una capacità funzionale del rene ridotta è inoltre importante perché la velocità di filtrazione glomerulare (VFG) correla in maniera inversa con il rischio di reazioni avverse a farmaci negli anziani (*Adverse drug reactions* – ADR), in particolare i farmaci idrosolubili (escreti per via renale) [1]. L'alta prevalenza di patologie croniche favorisce oggi un elevato consumo di farmaci nella popolazione anziana, con un uso regolare di 2-5 farmaci al giorno con un uso di più di cinque farmaci nel 20-40% dei pazienti ultrasessantacinquenni. Le multiple, e talora indiscriminate, prescrizioni farmacologiche potrebbero non avere, tuttavia, un rapporto rischio/beneficio favorevole. V'è, infatti, un basso livello di evidenza e di conoscenza sulla risposta del paziente anziano ai farmaci e, in particolare, ai regimi polifarmacologici. Inoltre, a causa dell'elevata comorbilità tipica della popolazione anziana, le Linee Guida basate sull'evidenza relativa al trattamento di singole patologie non forniscono informazione alcuna sui rischi di regimi polifarmacologici a lungo termine. Le ADR rappresentano circa il 3,4% di tutti i ricoveri in ospedale per acuti e complicano frequentemente il decorso clinico durante la degenza. È probabile che almeno una parte di queste reazioni potrebbe evitarsi grazie ad un uso corretto dei farmaci e prima ancora ad una corretta stima della funzione renale. Senza tralasciare che la clearance dei farmaci nell'anziano può essere condizionata anche da una riduzione della funzionalità epatica e da una concomitante disprotidemia (è importante il rapporto fra quota libera del farmaco e quota legata alle proteine plasmatiche). La sola creatinina (il parametro di laboratorio più facilmente disponibile) può essere, tuttavia, un indice non attendibile: un valore normale non esclude necessariamente una ridotta VFG, specialmente negli anziani o malnutriti. L'invecchiamento e la riduzione della massa magra rappresentano fattori indipendenti e non modificabili che si associano ad una riduzione della riserva renale con conseguente rallentamento della clearance dei farmaci. La massa renale tende a ridursi di circa il 20-25% dai 30 agli 80 anni di età, mentre la lunghezza del rene stimata ecograficamente si riduce di circa il 15% dai 17 agli 85 anni. A livello istologico invece, come dimostrato nello studio autoptico di Neugarten et al. l'invecchiamento si caratterizza per un aumento dei fenomeni di sclerosi glomerulare, fibrosi interstiziale, atrofia tubulare e arteriosclerosi, con una riduzione complessiva del numero di glomeruli normali del 20-30% rispetto ai giovani adulti. Tali modificazioni morfologiche corrispondono ovviamente ad importanti alterazioni funzionali. Nel Baltimore Longitudinal Study on Aging la clearance della creatinina si riduceva di 0,75 ml/min/anno in soggetti di età compresa tra i 30 e i 90 anni. Tuttavia, tali modificazioni funzionali non sono legate solo al processo di invecchiamento, ma anche all'elevata prevalenza in età geriatrica di patologie croniche quali ipertensione arteriosa, diabete mellito e scompenso cardiaco che contribuiscono al danno organico o funzionale del rene. In particolare nello scompenso cardiaco, la disfunzione renale manifesta è una comorbidità frequente (20-40%) che peggiora la morbilità e la mortalità e determina resistenza ai diuretici (sindrome cardiorenale) [3]. L'insufficienza renale inapparente (IRI), intesa come una ridotta VFG (< 60 ml/min) con livelli di creatinina < 1,3 mg/dl, in quanto condizione clinica che rimane misconosciuta, presente nel 41% dei casi di scompenso cardiaco, può rappresentare non infrequentemente un trigger di scompenso associandosi ad una ridotta risposta al trattamento medico e ad una maggiore ritenzione idrica (Tab. I). Nello scompenso cardiaco cronico inoltre può determinare una maggiore frequenza di ospedalizzazione, l'ulteriore progressione della cardiopatia e in definitiva ad una prognosi più grave. Di contro, alcuni casi di sindrome cardiorenale possono essere caratterizzati dalla slatentizzazione di una disfunzione renale occulta determinata dell'acuta compromissione della funzione di pompa cardiaca con conseguente riduzione del flusso ematico renale. Sono state sviluppate, pertanto diverse formule per stimare la VFG sulla base di diverse variabili: creatinina serica, età, sesso, variabili antropometriche e parametri nutrizionali. Tra queste, le equazioni proposte dal Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Study sono state utilizzate in varie casistiche, ed è stato rilevato che la VFG così stimata è in grado di predire il rischio di mortalità, il rischio cardiovascolare e la morbilità. Recentemente, l'equazione estesa del MDRD Study è stata utilizzata per stratificare oltre 11.000 pazienti arruolati nel Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano (GIFA). L'IRI era frequentemente associata all'età, al sesso maschile (52%), al politrattamento (> 4 farmaci), alla pluripatologia (> 4 patologie), alla presenza di un deficit cognitivo, a minori livelli di albuminemia, al diabete mellito e allo scompenso cardiaco. Dei tre strati così formati era valutata l'associazione con il rischio di sviluppare una reazione avversa (a qualsiasi farmaco, a farmaci idrosolubili e a farmaci liposolubili) durante la degenza ospedaliera. I dati di questo studio dimostravano che una condizione di IRI era presente in una percentuale non trascurabile di pazienti anziani ricoverati nell'ospedale per acuti (N = 1.631, 13,9%). La prevalenza di reazioni avverse a farmaci idrosolubili era pressoché raddoppiata nei pazienti con IRI rispetto ai pazienti con normale funzione renale e risultava essere simile a quella rilevabile in pazienti con insufficienza renale manifesta. Inoltre, anche dopo la correzione dell'analisi per potenziali fattori confondenti, l'IRI era significativamente associata alla comparsa di ADRs a farmaci idrosolubili durante la degenza (OR 1,61; 95% CI 1,15-2,25), mentre nessuna associazione era rilevabile con le ADRs a farmaci liposolubili. In un secondo studio condotto su 2257 pazienti anziani diabetici arruolati nel GIFA, è stata confermata l'esistenza di un'associazione significativa tra IRI e rischio di ADRs a farmaci idrosolubili, ed è stato dimostrato che per alcuni farmaci ad eliminazione renale, quali ad esempio l'insulina, la glibenclamide e la digossina, le dosi prescritte erano significativamente più basse in pazienti con insufficienza renale manifesta rispetto ai pazienti con normale funzione renale o insufficienza renale inapparente. Tali dati suggeriscono che nella pratica clinica si è portati più facilmente a ridurre la dose prescritta di un farmaco, quando i livelli di creatinina sierica sono elevati, mentre

una maggiore attenzione al problema dell'IRI porterebbe ad una più oculata prescrizione, sia in termini di dosaggio che di numero di farmaci, anche in pazienti con funzione renale depressa e normali livelli di creatinina sierica. La più importante implicazione di tali risultati è rappresentata dal fatto che la stima della funzione renale attraverso il calcolo del VFG potrebbe contribuire ad evitare ADRs a farmaci idrosolubili attraverso un atteggiamento più prudente caratterizzato da riduzione delle dosi utilizzate e del numero complessivo di farmaci assunti anche nei pazienti con IRI. Bisogna considerare anche i possibili limiti della stima mediante equazione rispetto alla misurazione reale della VFG. Tuttavia, la formula MDRD si è dimostrata capace di predire la VFG misurata con un elevato grado di accuratezza, mentre la clearance della creatinina stimata attraverso la formula di Cockcroft-Gault sovrastima del 16% la VFG misurata [4]. Recentemente sono stati introdotti da un gruppo di esperti attraverso metodologie standard di ricerca del consenso, i criteri di Beers [5], aggiornati nel 2003, i quali comprendono una lista di farmaci divisi in due gruppi: potenzialmente lesivi per la maggior parte della popolazione indipendentemente dalla diagnosi (es. ticlopidina, benzodiazepine) o potenzialmente lesivi solo in determinate circostanze (es. anticolinergici) in una popolazione di età > 65 anni. Analizzando i dati di uno studio americano che ha valutato l'incidenza di visite al pronto soccorso per reazioni avverse a farmaci in soggetti anziani è emerso che 8,8% era causato farmaci inclusi nella lista di Beers, mentre il 33,3% era causato da altri tre farmaci (warfarin, insulina, digossina). La maggior parte degli eventi inoltre si è manifestato nelle donne. Tra le classi di farmaci considerati inappropriati secondo i criteri di Beers, oltre la metà delle visite al pronto soccorso sono state causate da anticolinergici o antistaminici, nitrofurantoina o propossifene. Nove dei dieci farmaci più comunemente coinvolti, appartenevano a tre classi farmacologiche: anticoagulanti orali o antiaggreganti piastrinici (warfarin, aspirina e clopidogrel), farmaci antidiabetici (insulina, metformina, gliburide e glipizide) e farmaci con basso indice terapeutico (digossina e fenitoina) [6]. La posologia di tali farmaci va ridotta nella disfunzione renale grave, e pertanto opportunamente gestita anche nell'IRI. In conclusione, i pazienti anziani ricoverati in ospedale presentano frequentemente una condizione di insufficienza renale inapparente che li espone ad un aumentato rischio di sviluppare ADR a farmaci idrosolubili. I fattori predisponesti a tale condizione, oltre all'età, sono lo stato nutrizionale, la fragilità, la pluripatologia (diabete e scompenso cardiaco in primis), il politrattamento, i deficit cognitivi. La stima della GFR potrebbe essere utile per individuare tali pazienti per i quali la riduzione del numero di farmaci e delle dosi utilizzate può contribuire a prevenire la comparsa di ADR.

Tab. I. Incidenza della insufficienza renale inapparente in pazienti ricoverati in medicina interna (casistica personale).

> 65 anni	15%
> 80 anni	68%
Ipertensione	49%
Scompenso cardiaco	51%
Diabete	59%
Politrattamento (> 4 farmaci)	66%
Comorbidità (> 4 patologie)	64%

Bibliografia

1. Budnitz DS, et al. *National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events.* JAMA 2006;296:1858-1866.
2. Corsonello A, Pedone C, Corica F, Mussi C, Carbonin P, Antonelli Incalzi R; Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano (GIFA) Investigators. *Concealed renal insufficiency and adverse drug reactions in elderly hospitalized patients.* Arch Intern Med 2005;165:790-5.
3. Fonarow GC, Heywood JT. *The confounding issue of comorbid renal insufficiency.* Am J Med 2006;119(Suppl 1):S17-25.
4. Laroche ML, Charmes JP, Marcheix A, Bouthier F, Merle L. *Estimation of glomerular filtration rate in the elderly: Cockcroft-Gault formula vs. modification of diet in renal disease formula.* Pharmacotherapy 2006;26:1041-6.
5. Fick DM, et al. *Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts.* Arch Intern Med 2003;163:2716-24.
6. Budnitz DS, et al. *Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults.* Ann Intern Med 2007;147:755-65.

Sabato, 29 novembre 2008

LETTURA

Terapia antiinfiammatoria nel paziente con osteoartrosi

A. Ungar, F. Orso, S. Pecchioni, M. Rafanelli, V. Chisciotti, M.C. Pieraccioli, N. Marchionni

Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Introduzione. L'osteoartrosi è la più comune patologia articolare ed è un processo patologico di natura degenerativa che trae origine dalla perdita del fisiologico equilibrio fra fenomeni catabolici e riparativi a livello della cartilagine articolare. Il processo coinvolge anche l'osso subcondrale, la membrana sinoviale e determina un progressivo scompenso globale dell'articolazione. Sul piano clinico tutto questo si manifesta sotto forma di infiammazione, dolore, deformità e disabilità.

Nei Paesi industrializzati un anziano su dieci manifesta problemi clinici significativi attribuibili all'osteoartrosi. Negli Stati Uniti si stima che circa 43 milioni di persone siano affette da questa condizione e, stando alle previsioni, questo numero dovrebbe salire a circa 60 milioni nel 2020, interessando il 18% della popolazione statunitense [1]. Negli anziani l'osteoartrosi è responsabile di un numero di casi di disabilità superiore a quello causato da qualsiasi altra condizione clinica [2]. Questa patologia ha infatti un significativo impatto sulla qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti: il 57-81% dei pazienti lamenta dolore costante con pesante limitazione nello svolgimento delle attività comuni della vita quotidiana e delle attività ricreative [3 4]. Il trattamento del dolore associato a questa patologia non ha quindi solo la funzione di dare sollievo al paziente, ma è fondamentale per scongiurare l'instaurarsi di una serie di meccanismi a cascata estremamente pericolosi soprattutto in un soggetto di età avanzata: la perdita di autonomia funzionale con progressivo sviluppo di disabilità che portano all'isolamento sociale

e alla comparsa di disturbi ansioso-depressivi, fino alla necessità di istituzionalizzazione.
La diagnosi di osteoartrosi è clinica ed è basata sul rilievo di segni e sintomi caratteristici quali: la presenza di dolore associato al movimento e che regredisce con il riposo (almeno nelle fasi iniziali), rigidità articolare soprattutto nelle prime ore del mattino, limitazione della motilità articolare e tumefazione articolare secondaria alla formazione degli osteofiti o allo sviluppo di sinoviti secondarie. La diagnosi è quindi supportata dai caratteristici rilievi radiologici; primi fra tutti la riduzione della rima articolare, il rilievo di osteofiti e geodi ed infine segni di erosione dell'osso subcondrale.
La gestione terapeutica dell'osteoartrosi si sviluppa fra due estremi rappresentati da un lato dall'importanza di educare il paziente ad uno stile di vita corretto incoraggiando la perdita di peso, tramite un aumento dell'attività fisica e una correzione delle abitudini alimentari; dall'altro la necessità, nei casi più avanzati, di effettuare l'intervento di sostituzione protesica chirurgica delle articolazioni gravemente compromesse dal processo degenerativo.
Fra questi due estremi nasce quindi la necessità di un intervento terapeutico sintomatico capace di dare sollievo dal dolore cronico e quotidiano dei pazienti affetti da OA, permettendo quindi una migliore qualità di vita, e allo stesso tempo essere associato alla minor incidenza possibile di effetti collaterali.
Trattamento analgesico dell'osteoartrosi. La terapia analgesica assume quindi un ruolo di primaria importanza nella patologia osteoarticolare. Per molti pazienti con dolore da lieve a moderato il controllo della sintomatologia può essere ottenuto con il paracetamolo che, in questi pazienti, ha mostrato la stessa efficacia dei FANS [5]. Un primo tentativo con il paracetamolo, appare ragionevole in considerazione del basso costo, della sua efficacia e della sua alta tollerabilità [6].
Tuttavia nella maggioranza dei casi di OA con dolore da moderato a severo l'utilizzo del paracetamolo risulta insufficiente nel controllo della sintomatologia. In questa categoria di pazienti il trattamento di scelta è rappresentato dalla terapia con FANS. L'utilizzo dei farmaci antinfiammatori trova il suo razionale nell'ormai ampiamente riconosciuto ruolo dell'infiammazione nella patogenesi di questa malattia per la quale sarebbe forse più corretto il termine di osteoartrite, in uso nei paesi anglosassoni. La scelta dunque fra FANS non selettivi e COX2 inibitori deve essere fatta dopo un'attenta valutazione dei fattori di rischio in particolare per quanto riguarda il rischio di sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore e la tossicità renale. Dati epidemiologici su soggetti di età superiore a 65 anni, mostrano come il 20-30% delle morti dovute a sanguinamento gastrointestinale siano attribuibili a terapia con FANS; e inoltre come il maggior rischio di sanguinamento sia dose dipendente [7 8]. Lo studio GIFA [9] evidenzia come i FANS siano tra i principali responsabili di ospedalizzazione da reazioni avverse a farmaci.
Ruolo dei COX2 inibitori. Gli inibitori della COX 2 sono nati per rispondere all'esigenza di avere farmaci antinfiammatori efficaci nel controllo dei sintomi, ma con una maggiore tollerabilità. Il loro sviluppo si è basato sull'ipotesi che la COX2 determinava la produzione delle prostaglandine PG I_2 e E_2 che mediano l'infiammazione, e che la COX1 produceva queste medesime prostaglandine nell'epitelio gastrico, dove hanno funzione di citoprotezione. In pratica con il loro utilizzo si cerca di effettuare un blocco selettivo della ciclossigenasi espressa nei siti di flogosi, lasciando inalterata la naturale protezione gastrica indotta dalle prostaglandine.
I COX2 inibitori si sono dimostrati ugualmente efficaci ai FANS nel controllo della sintomatologia dolorosa. Ad esempio in uno studio il celecoxib si è dimostrato più efficace del placebo e ugualmente efficace al naprossene nel controllo della sintomatologia osteoartrosica [10]; così come in un altro studio il rofecoxib si è dimostrato più efficace del placebo e comparabile come efficacia all'ibuprofene e al diclofenac [11 12]. Alcuni studi inoltre hanno dimostrato come effettivamente i COX2 inibitori siano associati ad una minore incidenza endoscopica di ulcere gastrico-duodenali [13] e tale risultato è stato raggiunto anche in soggetti in terapia cronica con aspirina [14].
L'utilizzo dei farmaci inibitori della COX2 è stato fortemente limitato negli ultimi anni per la comparsa di evidenze circa un aumentato rischio associato di eventi cardiovascolari. Il rofecoxib è stato ritirato dal commercio dopo che uno studio disegnato per determinare l'effetto di tale farmaco su adenomi benigni sporadici del colon (APPROVe), era stato interrotto prematuramente per la comparsa di una maggior incidenza di eventi tromboembolici gravi nel gruppo di pazienti che assumevano rofecoxib 25 mg rispetto al gruppo di controllo che assumeva placebo [15]. L'ipotesi più accreditata per spiegare tale incidenza sembra essere legata ad uno "squilibrio" verso l'aggregazione piastrinica e la vasocostrizione determinate dal blocco selettivo COX2 [16]. La PG I_2 infatti, prodotta principalmente dalla COX2, rappresenta il prodotto predominante della ciclossigenasi a livello dell'endotelio e gioca un ruolo fondamentale in termini di vasodilatazione, inibizione dell'aggregazione piastrinica e prevenzione della proliferazione di cellule muscolari lisce, contribuendo a mantenere l'omeostasi vascolare. Gli inibitori della COX2 portano quindi alla soppressione della produzione di PG I_2 determinando un aumento relativo del trombossano A2 che è invece prodotto dalla COX1 delle piastrine e che ha effetti opposti alla PG I_2 stimolando l'aggregazione piastrinica e la vasocostrizione. Ciò comporta come si diceva un'alterazione dell'omeostasi vascolare con disequilibrio fra fattori antitrombotici e protrombotici. A sostegno di questa tesi è il rilievo di un'aumentata espressione della COX2 in sede di danno endoteliale e in particolare a livello della placca aterosclerotica [17].
Il rischio di eventi cardiovascolari associato alla terapia con inibitori della COX2 sembra però dover essere confinato al rofecoxib non essendo presenti in letteratura studi clinici randomizzati con risultati analoghi che permettano una generalizzazione di risultati agli altri farmaci della stessa classe. In un'analisi retrospettiva dello studio CLASS (Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study) non è stata osservata alcuna differenza statisticamente significativa nell'insorgenza di eventi tromboembolici in pazienti trattati con celecoxib e in pazienti trattati con FANS non selettivi. Tale risultato ha riguardato sia il sottogruppo di pazienti in terapia cronica con ASA sia nel sottogruppo che non assumeva ASA. Questi risultati sono stati rafforzati da una recente revisione sistematica di studi clinici condotta per confrontare il rischio di eventi cardiovascolari associato all'utilizzo dei vari inibitori selettivi della COX2 o dei FANS ha confermato il rischio, dose dipendente, associato al trattamento con rofecoxib, mentre, per esempio, non ha dimostrato un rischio cardiovascolare aumentato

con celecoxib [18]. Questa metanalisi ed altri studi, gettano invece delle ombre sul profilo di sicurezza dei FANS tradizionali e in particolare del diclofenac, uno dei farmaci antinfiammatori più utilizzati [19 20].

Conclusioni. L'osteoartrosi è una condizione ad elevata prevalenza nel soggetto anziano con forte impatto sulla qualità della vita, per la presenza di dolore cronico e di progressiva limitazione funzionale con perdita dell'autonomia. Si tratta di una patologia cronico-degenerativa nella cui insorgenza e nel cui decorso l'infiammazione svolge un ruolo fondamentale. Il trattamento di scelta dovrebbe essere rappresentato da un farmaco antinfiammatorio che controlli il dolore in maniera efficace e duratura, che preservi il più a lungo possibile la funzionalità articolare, che sia in grado di migliorare la qualità di vita del paziente e che abbia un buon profilo di tollerabilità. Lo sviluppo dei COX2 inibitori avrebbe risposto in gran parte a tali requisiti, ma a causa di una affrettata generalizzazione a tutti i farmaci appartenenti alla classe, di risultati negativi in termini di profilo di sicurezza cardiovascolare di uno di questi (rofecoxib) ne ha limitato a lungo l'impiego nella pratica clinica. Ulteriori studi sono necessari al fine di delineare con maggiore chiarezza una associazione diretta con eventi cardiovascolari degli inibitori della COX2. Anche i FANS tuttavia, come suggerito da recenti ricerche, non sembrano essere così sicuri in termini di mortalità cardiovascolare.

Bibliografia

1 Gosh P. *Osteoarthritis: 2002 and beyond.* APLAR J Reumathol 2003;6:83-8.

2 European Bone and Joint Health Strategies Project. European Action Toward Better Musculoskeletal Health. 2005

3 Arthritis care. OA Nation. Report of the TNS Arthritis Care Survey 2003.

4 Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, et al. *Muscoloskeletal pain in Europe: its impact and comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries.* Ann Rheum Dis 2004;63:342-7.

5 Williams HJ, Ward JR, Egger MJ, Neuner R, Brooks RH, Clegg DO, et al. *Comparison of naproxen and acetaminophen in a two-year study of treatment of osteoarthritis of the knee.* Arthritis Rheum 1993;36:1196-206.

6 Eccles M, Freemantle N, Mason J. *North of England evidence based guideline development project: summary guideline for non-steroidal anti-inflammatory drugs versus basic analgesia in treating the pain of degenerative arthritis. The North of England Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Guideline Development Group.* BMJ 1998;317:526-30.

7 Griffin MR, Ray WA, Schaffner W. *Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and death from peptic ulcer in elderly persons.* Ann Intern Med 1988;109:359-63.

8 Smalley WE, Griffin MR. *The risks and costs of upper gastrointestinal disease attributable to NSAIDs.* Gastroenterol Clin North Am 1996;25:373-96.

9 Onder G, Pedone C, Landi F, et al. *Adverse drug reactions as cause of hospital admitions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA).* J Am Geriatric Soc 2002;50:1962-8.

10 Simon LS, Lanza FL, Lipsky PE, Hubbard RC, Talwalker S, Schwartz BD, et al. *Preliminary study of the safety and efficacy of SC-58365, a novel cyclooxygenase 2 inhibitor: efficacy and safety in two placebo-controlled trials in osteoarthritis and rheumatoid arthritis, and studies of gastrointestinal and platelet effects.* Arthritis Rheum 1998;41:1591-602.

11 Cannon G, Caldwell J, Holt P, McLean B, Zeng Q, Ehrich E, et al. *MK-0966, a specific COX-2 inhibitor, has clinical efficacy comparable to diclofenac in the treatment of knee and hip osteoarthritis in a 26-week controlled clinical trial. The MK-0966 Phase III Protocol 035 Study Group [Abstract].* Arthritis Rheum 1998;41(Suppl 9):S196.

12 Saag K, Fisher C, McKay J, Ehrich E, Zhao PL, Bolognese J, et al. *MK-0966, a specific COX-2 inhibitor, has clinical efficacy comparable to ibuprofen inthe treatment of knee and hip osteoarthritis in a 6-week controlled clinical trial. The MK-0966 Phase III Protocol 033 Study Group [Abstract].* Arthritis Rheum 1998;41(Suppl 9):S196.

13 Hawkey CJ. *COX-2 inhibitors.* Lancet 1999;353:307-14.

14 Goldstein JL, Lowry SC, Lanza FL, et al. *The impact of low dose of aspirin on endoscopic gastric and duodenal ulcerates in users of a non-selective non-steroidal anti-inflamatory drug or a ciclo-oxygenase-2-selective inhibitor.* Aliment Farmacol Ther 2006;23:1489-98.

15 Bresalier RS, Sandler RS, Quan H, Bolognese JA, Oxenius B, Horgan K, et al. *Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial.* N Engl J Med 2005;352:1092-102.

16 HE Vonkeman, Brouwers BJ Jr, van de Laar MAFJ. *Understanding the NSAID related risk of vascular events.* BMJ 2006;332;895-8.

17 Schonbeck U, Sukhova GK, Graber P, Coulter S, Libby P. *Augmented expression of cyclooxygenase-2 in human atherosclerotic lesions.* Am J Pathol 1999;155:1281-91.

18 McGettigan P, Henry D. *Cardiovascular risk and inhibition of Cyclooxygenase: a systematic review of the observational studies of selective and nonselective inhibitors of Cyclooxygenase 2.* JAMA 2006;296:1633-44.

19 Johnsen SP, Larsson H, Tarone RE, et al. *Risk of Hospitalization for Myocardial Infarction Among Users of Rofecoxib, Celecoxib, and Other NSAIDs A Population-Based Case-Control Study.* Arch Intern Med 2005;165:978-84.

20 Graham DJ, Campen D, Hui R, et al. *Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study.* Lancet 2005;365:475-81.

Simposio Intersocietario AGE-SIGG

EDEMI E DISPNEA: VERSO LA COSTRUZIONE DI UN MODELLO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELL'ANZIANO SCOMPENSATO DI CUORE

Moderatori: R. Bernabei (Roma), S. Putignano (Napoli)

Scompenso cardiaco in RSA

M. Chirico[1], F. Torres[2], I. Pavese[3], L.M. Addante[1]

[1] RSA "Consorzio San Raffaele Puglia" (Bari); [2] U.O. di Geriatria, Ospedale di Conversano, ASL Bari; [3] Distretto Socio-Sanitario, ASL Bari

Lo scompenso cardiaco rappresenta una complessa sindrome clinica a carattere generalmente cronico ed ingravescente, caratterizzata da una serie di sintomi e segni che ne rendono spesso complicata la diagnosi, soprattutto negli stadi iniziali della malattia.

La natura complessa dello scompenso cardiaco trova la sua maggiore espressione nei soggetti anziani. È proprio in questa fascia di età infatti che si raggiungono i maggiori gradi di variabilità sia in termini fisiopatologici che clinici e prognostici. Ne consegue che, sebbene l'iter diagnostico per lo scompenso cardiaco nell'anziano non differisca significativamente da quello dell'adulto, la frequente aspecificità e atipicità dei sintomi e le frequenti comorbilità possono confondere l'interpretazione del quadro clinico. La complessità diagnostica espone infatti al rischio sia di una sovrastima che di una sottostima della patologia [1], soprattutto in considerazione del fatto che l'anziano con scompenso cardiaco è spesso un "anziano fragile", cioè cronicamente affetto da patologie multiple, con ridotto livello di autonomia, frequentemente disabile, talvolta demente ed in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche socio-economiche ed ambientali [2].

Lo scompenso cardiaco in età geriatrica è un problema emergente di sanità pubblica la cui importanza è destinata ulteriormente a crescere nei prossimi anni, a causa del processo di invecchiamento che interessa l'intero pianeta. Non a caso esso è stato recentemente definito da Michael Rich la "sindrome cardio-geriatrica del XXI secolo" [3]. L'Italia attualmente è uno dei Paesi più longevi del mondo: si calcola che oggi circa il 20% della popolazione italiana (12 milioni di abitanti) abbia già superato i 65 anni di età e che, secondo le proiezioni demografiche, questa percentuale sia destinata a superare il 33% nel 2050 [4], con un incremento addirittura del 74% della popolazione ultraottantacinquenne. Dal momento che l'incidenza dello scompenso cardiaco aumenta in maniera esponenziale con l'età, si può comprendere come sia in atto una vera e propria "pandemia" a cui sarà tassativo rispondere nei prossimi anni con misure adeguate, sia sul piano preventivo che terapeutico ed organizzativo.

Secondo i dati del Ministero della Salute, in Italia l'incidenza dei ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco degli anziani è in aumento [4], così come è molto elevato il tasso di ri-ospedalizzazione: mediamente un anziano su 3 si ricovera nuovamente entro 6 mesi dalla dimissione. Si innesca pertanto un "circolo vizioso" che porta il paziente a transitare continuamente per l'ambulatorio del medico curante, il pronto soccorso e il reparto (o l'UTIC) per poi tornare al domicilio [5]. Tuttavia le ri-ospedalizzazioni sono determinate nella metà dei casi da fattori modificabili: fattori iatrogeni (interazioni tra farmaci), ridotta compliance terapeutica (depressione, deficit cognitivo, solitudine), terapia non ottimizzata, follow-up inadeguato, supporto sociale o familiare insufficienti, fattori economici (costo dei farmaci e degli esami di controllo). Ne derivano ovviamente qualità e aspettativa di vita scadenti, con aumento del grado di disabilità e della spesa sanitaria pubblica.

La corretta gestione della fase di dimissione dopo un ricovero per scompenso cardiaco (acuto o cronico riacutizzato) consente quindi di consolidare i risultati favorevoli ottenuti nel corso del trattamento ospedaliero e di instaurare efficacemente un percorso integrato in continuità con il territorio. Nonostante la recente tendenza a rafforzare i servizi territoriali, il *setting* di cura del soggetto con scompenso cardiaco è ancora oggi rappresentato dall'ospedale, ma questo approccio si dimostra inefficace e dispendioso se, dopo la dimissione, non vi è continuità nell'assistenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la continuità assistenziale un indicatore di qualità di un servizio sanitario perché aggiunge, al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico del paziente nei diversi *setting assistenziali* extra-ospedalieri [6].

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rappresentano, nella rete dei servizi territoriali, un nodo cruciale in quanto possono costituire una tappa fondamentale per quei pazienti dimessi dall'ospedale per scompenso cardiaco e che presentano nell'immediato un elevato rischio di instabilizzazione e quindi di ri-ospedalizzazione. Il trasferimento in regime di "dimissione protetta" in RSA dovrebbe essere preso in considerazione per tutti i pazienti sufficientemente stabili dal punto di vista clinico, ma non in grado di rientrare al proprio domicilio (soggetti non autosufficienti, in assenza di un adeguato supporto socio-familiare) e che, per tale motivo, andrebbero incontro ad un inappropriato prolungamento della degenza in ospedale. Tutti i pazienti "a rischio" dovrebbero essere individuati precocemente prima della dimissione ospedaliera, stabilendo un programma di follow-up tra le diverse opzioni (area post-acuzie, residenzialità, domicilio).

Il rafforzamento dell'area residenziale delle "cure intermedie" può favorire inoltre la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri. In RSA l'approccio multidisciplinare al paziente anziano con scompenso cardiaco cronico, finalizzato alla valutazione multidimensionale ed alla presa in carico globale, può garantire una migliore gestione a breve e lungo termine dell'intervento preventivo, curativo e riabilitativo. In tal modo le RSA, pur non essendo di per se stesse strutture con finalità diagnostiche, possono rappresentare anche la sede ideale per "scovare" quelle forme di scompenso cardiaco cronico celate sotto diagnosi più generiche (ad. es. "cardiopatia sclero-ipertensiva"), con conseguente riduzione dei rischi di instabilizzazione connessi con la presenza di uno scompenso cardiaco misconosciuto.

L'insufficienza della tradizionale assistenza familiare, l'assenza di continuità assistenziale e la necessità di contenere la spesa sanitaria ha indotto nel 2006 l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) a promuovere una *Consensus Conference* fra le Società Scientifiche (tra cui anche S.I.G.G. e S.I.G.Os.), il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, per ridefinire i ruoli e le responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nell'ambito della rete assistenziale al paziente con scompenso cardiaco. Ne è nato un documento rivolto a tutti gli operatori impegnati nel settore [7] ed in cui una vasta sezione è dedicata proprio al paziente anziano, delineandone i criteri di indirizzo nel percorso assistenziale, soprattutto quando comorbilità, fragilità e disabilità condizionano l'intensità dell'approccio al paziente sia sul piano diagnostico che terapeutico (Tab. I).

Tab. I. *Consensus Conference* Giugno 2006: Il paziente anziano con scompenso cardiaco.

L'eterogeneità clinica e la complessità dell'anziano con scompenso cardiaco sono legate non solo all'entità della compromissione cardiocircolatoria, ma anche alla dinamica interazione tra processo di invecchiamento, comorbilità, stato funzionale e psicocognitivo e fattori socioambientali.
L'obiettivo principale della strategia gestionale per l'anziano dovrebbe essere il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psicofisica e di autonomia funzionale.
L'utilizzo sistematico della valutazione multidimensionale consente di attivare i percorsi più funzionali ai bisogni assistenziali dell'anziano con scompenso cardiaco.
A livello intraospedaliero il percorso dell'anziano con scompenso cardiaco dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare con protocolli condivisi nelle diverse unità di degenza.
Ambulatori specialistici, impostati su una gestione multidisciplinare in cui convergano competenze cardiologiche, internistiche e geriatriche, dovrebbero essere deputati alla gestione precoce della fase post-dimissione.
A livello territoriale il medico di medicina generale è il responsabile della gestione clinica e imposta il percorso di controllo periodico del paziente con il supporto di altre figure professionali e delle UVG, laddove presenti, nell'ambito di una gestione multidisciplinare.

Una metanalisi condotta su 11 studi randomizzati, realizzati sui modelli gestionali per pazienti anziani con scompenso cardiaco [9], ha suggerito che il modello più efficace nella riduzione delle ospedalizzazioni è rappresentato da quello multidisciplinare, confermando che un programma globale di pianificazione e assistenza post-dimissione riduce le ri-ospedalizzazioni e può migliorare altri outcome, come la mortalità totale, la disabilità, la qualità della vita ed i costi delle cure.

La valutazione multidimensionale dell'anziano con scompenso cardiaco rappresenta la strategia di approccio globale che consente di avviare un processo diagnostico interdisciplinare finalizzato alla quantificazione dei problemi medici, psico-cognitivi, socio-economici e della capacità funzionale residua dell'individuo anziano e che mira alla realizzazione di un piano personalizzato di terapia e follow-up a breve e lungo termine, indirizzando dinamicamente il paziente al *setting* assistenziale più appropriato: ambulatorio, day-hospital, lungodegenza, RSA, cure domiciliari [8].

Per evitare la discontinuità assistenziale ospedale-territorio è necessario, secondo alcuni Autori, un modello di assistenza continuativa che deve basarsi su 2 elementi strutturali fondamentali:

1) un team multidisciplinare ospedaliero, deputato a sviluppare procedure standard per la valutazione, il trattamento, l'informatizzazione ed il passaggio delle informazioni al team territoriale e al Medico di Medicina Generale;
2) un team multidisciplinare esterno all'ospedale, in grado di costituire una interfaccia tra ospedale e rete territoriale, con sede nel Distretto e con la partecipazione del MMG [5].

Per ogni anziano con scompenso cardiaco occorre individualizzare l'intervento in base all'età, alla classe NHYA, allo stato funzionale e allo stato cognitivo al fine di predisporre un percorso assistenziale. Per i pazienti ospiti di RSA, il team multidisciplinare che opera al suo interno rappresenta un elemento strategico di questo modello, in quanto chiamato a svolgere il ruolo operativo nella realizzazione del progetto personalizzato degli interventi, nonché nel follow-up e nel controllo dei risultati.

In ultima analisi, dobbiamo menzionare il problema del trattamento terapeutico che ci troviamo ad affrontare quotidianamente nella pratica clinica in RSA, come in altri *setting* assistenziali, di fronte ad un anziano con scompenso cardiaco.

Le incertezze del trattamento farmacologico non sono frutto solo della oggettiva difficoltà di dover gestire soggetti che, per molteplici ragioni, appaiono intrinsecamente più complessi e fragili rispetto a quelli più giovani, ma anche dal fatto che le attuali raccomandazioni terapeutiche "evidence-based" si basano sui risultati di grandi trials clinici condotti su popolazioni nelle quali risultano invariabilmente sottorappresentati i soggetti più anziani e le donne. I pazienti arruolati nei grandi studi clinici attuali hanno infatti caratteristiche demografiche profondamente diverse dai pazienti geriatrici con scompenso cardiaco; in particolare hanno una età media inferiore ai 65 anni, non hanno comorbilità (questo rappresenta uno dei criteri di esclusione!) e presentano un'elevata compliance terapeutica [10].

La sostanziale mancanza di evidenze dirette e, conseguentemente, di raccomandazioni specifiche relative ai soggetti di età superiore ai 65 anni è sicuramente una delle ragioni per cui l'impatto delle nuove terapie farmacologiche per lo scompenso è stato nella popolazione anziana inferiore alle attese. Appare quindi indifferibile l'ampliamento delle evidenze cliniche attualmente disponibili sul trattamento farmacologico dell'anziano con scompenso cardiaco e di una sua appropriata implementazione nella pratica clinica.

Bibliografia

1 Tarantini L, Alunni G, Mariotti R. *Manifestazioni cliniche e valutazione diagnostica dello scompenso cardiaco nell'anziano.* Ital Heart J 2004;5(Suppl 10):17-25S.

2 Hamerman D. *Towards an understanding of frailty.* Ann Internal Med 1999;130:945-50.

3 Rich MW. *Heart failure in the 21st century: a cardiogeriatric syndrome.* J Gerontol A Biol Sci Med 2001;56:M88-96.

4 http://www.istat.it; http://www.ministerosalute.it

5 Pulignano G, Del Sindaco D. *La continuità assistenziale tra ospedale e territorio nel paziente cardiopatico.* La Cardiologia nella pratica clinica 2004;Vol 11.

6 World Health Organization. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva: The Organization; 2002. www.who.int.

7 Consensus Conference. *Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco.* G Ital Cardiol 2006;Vol 7.

8 Del Sindaco D, Zuccalà G, Pulignano G, et al. *La valutazione multidimensionale dell'anziano con scompenso cardiaco.* Ital Heart J 2004;5(Suppl 10):26-36S.

9 Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. *Comprehensive discharge planning with post-discharge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis.* JAMA 2004;291:1358-67.

10 Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, et al. *Most hospidalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure.* Am Heart J 2003;146:250-7.

Lo scompenso cardiaco in ADI

P. Gareri, R. Lacava, S. Torchia, A. Castagna, D.S. Costantino

Unità Operativa "Tutela Salute Anziani", ASP Catanzaro

La popolazione ultrasessantacinquenne sta aumentando in modo esponenziale, in particolare gli ultraottantacinquenni, cosicché in futuro la cura dell'anziano sarà una delle sfide più coinvolgenti per il geriatra. Negli ultimi anni, con il ridursi della mortalità e morbilità delle principali malattie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, valvulopatie) e per effetto dell'allungamento della durata media della vita, si è assistito ad un incremento progressivo dell'incidenza, prevalenza e mortalità per scompenso cardiaco, che è diventato un enorme problema socio-economico. La sua prevalenza nell'intera popolazione è dello 0.4-2%, nell'anziano è del 2-5%; per quel che riguarda l'incidenza, sono coinvolte 30-40/1000 persone/anno tra i soggetti ultrasettantacinquenni [1 2]. D'altra parte, l'invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento dei soggetti anziani cronici e disabili, unitamente all'insufficienza della tradizionale assistenza "familiare" da un lato e la opportunità del contenimento della spesa sanitaria dall'altro, impongono la necessità di ricorrere a nuove tecnologie e modelli gestionali nella comunità. I pazienti anziani con scompenso cardiaco sino ad ora non sono stati studiati in modo adeguato, in quanto non vengono generalmente inclusi nei trials clinici. Anzi, vi è sempre maggiore evidenza, negli studi epidemiologici, della distinzione del paziente

tipico arruolato nei grandi trials internazionali da quello reale, che è un paziente molto anziano, indifferentemente se maschio o femmina, con eterogeneità biologica e clinica, di solito post-infartuato, frequentemente iperteso o diabetico, spesso con una funzione ventricolare sinistra conservata, affetto da comorbidità, scarsamente compliante e con politerapia.

L'invecchiamento è associato di per sé ad aumento della rigidità ventricolare ed arteriosa, disfunzione diastolica, aumento della labilità pressoria, ridotta frequenza cardiaca massima e ridotta capacità di incrementare la gittata cardiaca in risposta ad un aumento della richiesta [3].

Lo scompenso cardiaco nell'anziano non ha una storia progressiva, graduale e quindi prevedibile, al contrario è per lo più caratterizzato da fluttuazioni, da un succedersi di instabilizzazioni e stabilizzazioni su livelli diversi di sintomaticità. Il loro riconoscimento precoce, nell'ambito di una continuità assistenziale, può avere effetti positivi sulla sopravvivenza e qualità della vita e può ridurre i ricoveri ospedalieri, i costi totali ed il carico sul paziente stesso e sulla sua famiglia. A tal proposito, un intervento multidisciplinare, diretto da infermieri, ha migliorato la qualità della vita e ridotto significativamente i ricoveri ospedalieri in 91/142 pazienti anziani seguiti per 90 giorni [4]. L'intervento consisteva nell'adeguata istruzione del paziente e della sua famiglia, una dieta individualizzata, il coinvolgimento dei servizi sociali, la programmazione per una dimissione precoce, una revisione dei farmaci ed un follow-up intensivo [4]. In un altro studio più recente [5], una metanalisi di 54 studi, 27 randomizzati e 27 non randomizzati, ha dimostrato che i programmi di "disease management" sono in grado di ridurre la frequenza di nuovi ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco. In particolare, nei trials randomizzati, rispetto alle cure tradizionali, i programmi di "disease management" riducevano la frequenza di nuovi ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco o altre cause cardiovascolari del 30% (RR 0,70, IC 95% 0,62-0,79), di riammissione per tutte le cause del 12% (RR 0,88, IC 95% 0,79-0,97) e dell'evento combinato riammissione – morte del 18% (RR 0,82, IC 95% 0,72-0,94) [5]. Non è stata segnalata alcuna differenza se la visita veniva fatta a domicilio, o ambulatorialmente, o per follow-up del paziente superiori ai 6 mesi. I programmi di "disease management" negli studi non randomizzati riportavano un beneficio addirittura superiore al doppio di quello degli studi randomizzati [5].

Pertanto, l'assistenza in ADI di un paziente anziano affetto da scompenso cardiaco impone la necessità di definire ed attuare una valutazione multidimensionale ed un programma di interventi multidisciplinari (geriatra, infermiere, medico di medicina generale, cardiologo) che assicurino il monitoraggio delle condizioni del paziente al domicilio ed un'assistenza continuativa a 360°, favoriscano la precoce identificazione di un deterioramento clinico e la prevenzione delle possibili complicazioni ed evoluzioni della sindrome. Quest'ultimo aspetto, ad esempio, potrebbe essere favorito da una intensificazione dei controlli e della vigilanza del *caregiver* e del medico di famiglia. Alcuni esempi di gestione domiciliare del paziente con scompenso di cuore sono stati messi a punto in alcune regioni italiane; tuttavia, rimangono dei gap in alcune realtà, in cui permane l'anacronistico modello "ospedalocentrico".

Gli obiettivi da perseguire sono:

- la riduzione dell'ospedalizzazione e, in caso di ospedalizzazione, dei tempi medi di degenza;
- la realizzazione di un programma di interventi integrati con i servizi socio-sanitari presenti sul territorio per l'utilizzo coordinato delle risorse tra ospedale e territorio;
- la costruzione di un percorso omogeneo di cura a domicilio.

Altro aspetto non trascurabile è la mancanza di campagne di screening finalizzate ad individuare la patologia nei suoi stadi più precoci, come invece avviene per altre condizioni croniche; questo aspetto ha particolare significato, poiché lo scompenso sembra in gran parte prevenibile attraverso il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare.

L'impiego della telemedicina potrebbe contribuire ad un miglioramento della qualità della vita del paziente anziano affetto da scompenso cardiaco e patologie croniche in genere. Il progetto WASP "Wirelessly Accessibile Sensor Populations", progetto europeo finanziato per 10 milioni di Euro, iniziato nel settembre 2006, è un esempio di applicazione della tecnologia più avanzata nella gestione di pazienti anziani a domicilio. Esso si basa su un dispositivo in miniatura, che si può indossare in qualunque momento della giornata, attraverso il quale è possibile rilevare, in base alle diverse patologie dei pazienti presi in esame, la traccia elettrocardiografica, la saturimetria, la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la temperatura corporea e la risposta galvanica della pelle, indice che riflette il contenuto idrico della pelle stessa, influenzato dall'attività fisica e dagli stimoli emotivi.

In futuro, inoltre, l'ecocardiografia doppler portatile, assieme ad un algoritmo semplificato, potrebbe costituire un utile strumento, anche da parte di personale non esperto, nella valutazione dello status volumetrico nei pazienti con insufficienza cardiaca residenti in comunità [6]. Sulla base dell'algoritmo proposto, assetti riempitivi pseudonormali e restrittivi predicono ipervolemia e profili di rilasciamento normali predicono euvolemia [6].

Il ruolo del geriatra è primario nel management del paziente anziano "complesso" e fragile, polipatologico ed in politerapia, attraverso l'approccio globale ed integrato con le varie figure professionali che operano sul territorio, il medico di medicina generale *in primis*, cui spetta la valutazione periodica del paziente e poi il cardiologo, l'infermiere professionale, l'assistente sociale, il terapista della riabilitazione, lo psicologo. Alcuni nodi da sciogliere riguardano, ad esempio, la promozione di un'adeguata integrazione tra ospedale e territorio, il personale insufficiente (in alcune aziende sanitarie soprattutto), l'opportunità di poter avere un accesso rapido ad alcune prestazioni (strumentali, specialistiche), mancando spesso le corsie preferenziali ed i tempi di attesa per i referti.

È pertanto necessario implementare ulteriormente una cultura interdisciplinare e intersettoriale che privilegi in particolare la continuità assistenziale, quale chiave di volta per evitare e/o ridurre le riacutizzazioni e migliorare significativamente la qualità di vita degli assistiti.

Bibliografia

1 McMurray JJV, Petrie MC, Murdoch DR, Davie AP. *Clinical epidemiology of heart failure: public and private health burden.* Eur Heart J 1998;19(Suppl P):P9-P16.

2 Rengo F, Leosco D, Iacovoni A, Rengo G, Golino L, Borgia F, et al. *Epidemiologia clinica e fattori di rischio per scompenso cardiaco nell'anziano*. Ital Heart J 2004;5(Suppl 10):9-16.

3 Imazio M, Cotroneo A, Gaschino G, Chinaglia A, Gareri P, Lacava R, et al. *Management of heart failure in elderly people.* Int J Clin Practice 2008;62:270-80.

4 Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. *A multidisciplinary intervention to prevent readmission of elderly patients with chronic congestive heart failure.* N Engl J Med 1995;333:1190-5.

5 Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. *The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports.* Eur Heart J 2004;25:1570-95.

6 Nguyen VT, Ho JE, Givertz MM, Stevenson LW. *Handheld echocardiography offers rapid volume assessment of clinical volume status.* Am Heart J 2008;156:537-42.

Simposio

L'ORTOGERIATRIA: MODALITÀ DI ATTUAZIONE E RISULTATI

Moderatori: R. Antonelli-Incalzi (Roma), G. Salvioli (Modena)

L'Ortogeriatria: modalità di attuazione e risultati

G. Lancellotti, C. Mussi

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia

Definizione del problema. La frattura di femore (FF) è un crescente problema di salute pubblica che riguarda prevalentemente l'anziano (Fig. 1); con l'aumento prevedibile del numero dei vecchi, questo evento comporterà crescente mortalità, morbidità, e spesa sanitaria [1-4]. Nella FF sono coinvolti nel tempo e con varia intensità diversi settori della sanità e molteplici figure professionali al fine di assicurare il miglior risultato all'anziano fratturato in termini di recupero funzionale e qualità della vita. In realtà questo evento definibile come catastrofico è affrontato a livello ospedaliero e territoriale con un sistema di cure frammentario e con limitate risorse riabilitative. Il fratturato anziano di femore è un caso tipico ed esemplare che richiede tempestivo trattamento multidisciplinare intraospedaliero e di cure continue alla dimissione, con eventuale utilizzazione della Lungodegenza-Post Acuzie per utilizzare al meglio le risorse riabilitative in presenza di controllo medico.

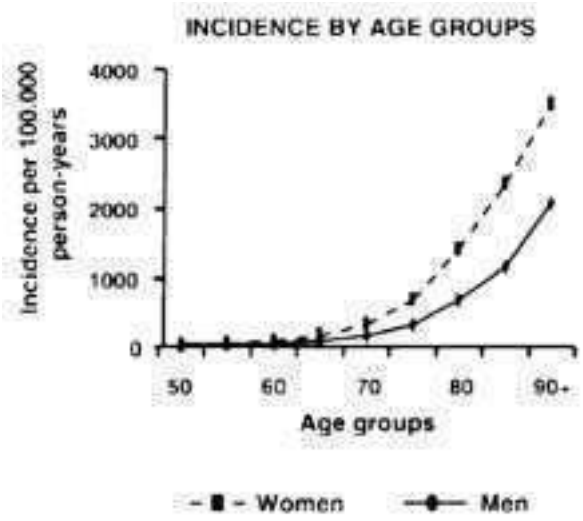


Fig. 1. Incidenza della frattura del femore espressa per 100.000 anni-persona [1].

Per le ragioni citate si cercò di affrontare il problema della FF nell'anziano con un approccio organizzato che si denominò ortogeriatria [5]; questa non è soltanto un'attività multidisciplinare, ma un'alternativa radicale ai tradizionali modelli di cura.

L'intervento ortogeriatrico, multiprofessionale e multidisciplinare, si basa sulla valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) che, utilizzata nel tempo, può descrivere le traiettorie funzionali e mentali del paziente, e delineare al meglio il processo di recupero.

Esiste un'ampia bibliografia sull'argomento; su PubMed, *Orthogeriatrics* è termine con pochi riferimenti bibliografici, spesso si parla di *liaison service* che probabilmente è la forma di consulenza geriatria più utilizzata in questi casi; al contrario *hip fracture* (Tab. I) ha molte voci bibliografiche alle quali far riferimento per organizzare al meglio l'intervento sul paziente anziano con FF.

Tab. I.

Parole ricercate su PubMed	lavori e review (N°)
Hip fracture AND orthogeriatrics	3
Hip fracture AND elderly AND orthogeriatrics	2
Orthogeriatrics	8
Orthogeriatrics AND Italy	6
Hip fracture AND Italy	273
Hip fracture AND elderly AND Italy	203

L'attività di ricerca da parte dei Medici italiani in questo settore è ben visibile nonostante che si tratti di ricerche settoriali mancando sull'argomento corpose banche dati utilizzabili per *audit*; molti dei lavori infatti riguardano specifici problemi ortopedico-chirurgici.

Argomenti e procedure di ortogeriatria sono reperibili in fonti autorevoli come Cochrane, NICE, ecc. Se il problema tecnico-chirurgico è stato prevalente fino a qualche anno fa, come quello anestesiologico, ora interessano le modalità organizzative degli interventi necessari, molteplici e spesso poco coordinati, e la loro tempestività; così si potrebbero migliorare gli *outcome* dell'evento FF. Per esempio la precocità dell'intervento chirurgico (entro le 24 ore) dovrebbe comportare risultati positivi con riduzione del numero di morti e della disabilità da FF; il ritardo con il quale si procede all'intervento è infatti fondamentale per la prognosi, come mostrato nella Figura 2; anche l'immediata riabilitazione post-chirurgica è fondamentale.

Le fratture di femore, verificandosi nelle persone più vecchie, si associano a patologie concomitanti e preesistenti (comorbilità) da gestire parallelamente alla frattura, durante il ricovero ospedaliero.

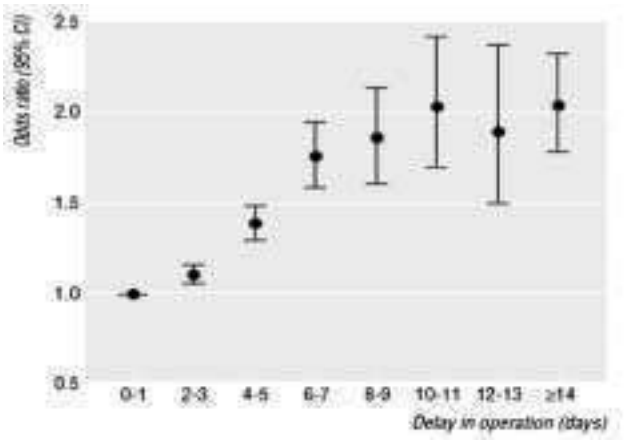


Fig. 2. Odds ratio di morte in ospedale dovuta a ritardo dell'intervento chirurgico, relativi ad un ritardo di almeno un giorno, ed aggiustati per altri fattori di rischio [6].

Questi pazienti in seguito all'evento caduta-frattura anche per la sintomatologia dolorosa sono a rischio di esiti avversi, come delirium, infezioni, scompenso cardiaco, trombosi, complicanze iatrogene, che a loro volta aumentano il rischio di declino funzionale e mentale, di istituzionalizzazione e di morte nella fase post-chirurgica. L'attività del Geriatria (Ortogeriatria) prevede la gestione delle comorbilità, individuando i pazienti ad alto rischio di eventi avversi da ospedalizzazione e da farmaci, contribuendo con ciò a migliorare gli outcome [7]. La collaborazione tra geriatra, ortopedico e altre figure professionali, è un modello di cura basato su tutte quelle strategie in cui l'evidenza clinica mostra un miglioramento dei risultati per gli anziani con FF, principalmente in termini di riduzione della mortalità e di preservata autonomia funzionale [8].

L'intervento ortogeriatrico non si limita alla fase ospedaliera, ma prevede anche il follow-up successivamente all'intervento; si tratta di osservare non solo la mortalità e la morbilità ad intervalli determinati, ma soprattutto di intervenire con costanti e definiti programmi di cura per la comorbilità presente e di riabilitazione-riattivazione anche a domicilio, con la collaborazione del fisioterapista, dei familiari o del *caregiver*.

La speranza è che si proceda a realizzare quanto riportato nella Figura 3; si tratta di un modello in cui, accanto alle procedure intraospedaliere, si realizzano le altrettanto efficaci misure preventive da realizzare in tutti i *setting* in particolare nelle strutture per anziani dove l'evento caduta e frattura è più frequente [9]. Non si deve dimenticare che molte fratture del femore sono eventi gravi prevenibili, così come le cadute che le precedono. Allo stesso modo, le strategie per mantenere una buona resistenza dell'osso (anche farmacologiche) sono in grado di ridurre l'incidenza delle fratture.

La fase 1 del progetto ortogeriatria per la prevenzione delle cadute che comprende anche la valutazione del rischio di frattura con lo strumento FRAX (*fracture risk assessment tool*) della Organizzazione Mondiale della Sanità ed adottato dalle società scientifiche del settore, sembra il più rilevante e il più carente considerando le prospettive epidemiologico-demografiche della FF (Fig. 3).

La SIGG potrebbe costruire linee di comportamento per la cura e l'assistenza continua degli anziani con FF; esse devono riguardare non solo il periodo ospedaliero peri-operatorio in cui è rilevante l'influenza dei *waiting times* facilmente valutabili così come il tempo necessario al paziente per riassumere la posizione eretta e per muovere i primi passi, ma anche il follow-up che notoriamente è gravato da notevole mortalità e da riduzione delle prestazioni motorie (33%) [10].

Benché esista l'Associazione Italiana di Traumatologia e Ortopedia Geriatrica (AITOG-http://www.aitog.org), l'attività di *audit* sulla qualità degli interventi per frattura del femore prossimale nell'anziano è carente ed episodica nonostante la casistica estremamente numerosa a disposizione del servizio sanitario nazionale. I dati forniti dalla scheda di dimissione ospedaliera dovrebbero consentire anche la valutazione della destinazione del paziente; in tale fondamentale documento manca comunque la definizione della situazione funzionale del paziente che risulta costantemente e persistentemente ignorata.

In Italia il consumo di farmaci anti-osteoporotici ha visto un notevole incremento negli ultimi anni (Fig. 4), probabilmente come risposta significativa al rilevante problema della FF; la prescrizione di questi farmaci è tuttavia ancora inadeguata rispetto all'enorme numero di anziani a rischio di frattura. La nota 79 prevede che l'evento frattura da fragilità (e la frattura da caduta lo è) rende

Fig. 3. Interventi per la prevenzione e la gestione delle fratture di femore.

1. Prevenzione delle cadute
Protocollo su soggetti a rischio individuati dal Medico di medicina generale.
Setting: territorio e ospiti di strutture per anziani; terapia della osteoporosi; esercizi per aumentare la forza muscolare e l'equilibrio; determinazione del rischio di frattura (FRAX).

2. Ospedalizzazione del fratturato
Accesso al DEA poi all'UO di Ortopedia
Attività ortogeriatrica basata sulla valutazione multidimensionale geriatrica:
– preparazione del paziente all'anestesia/intervento; controllo del dolore; valutazione stato mentale e fisico pre-intervento;
– controllo del decorso post-operatorio per prevenzione delle complicanze;
– raggiungimento della stabilizzazione nel minor tempo possibile per iniziare il programma riabilitativo;
– organizzazione del trasferimento-dimissione; organizzazione del follow-up.

3. Territorio
Follow-up per valutare: effettiva applicazione del programma riabilitativo che prevede anche esercizi di resistenza;
complicanze; disequilibrio-cadute, disabilità,
decadimento cognitivo, malnutrizione, osteopenia, assunzione farmaci, comorbilità, eventuale presenza della post-fall anxiety syndrome, ecc.

prescrivibile (fascia A) i farmaci antiosteoporotici tipo alendronato. È rilevante che in una casistica di anziani ospedalizzati la prevalenza dell'ipovitaminosi D con iperparatiroidismo secondario sia del 70%: ma la prescrizione di vitamina D e di calcio è veramente rara.

Sarebbero circa 72.000 gli interventi ortopedici all'anca effettuati in Italia nel 2002 [11]; esistono dati regionali più dettagliati; manca un registro nazionale delle fratture del femore disponibile invece in altre nazioni come la Svezia. L'evento FF ha quindi notevole rilevanza epidemiologica con forte impatto curativo-assistenziale; si dice che nelle persone anziane esso sia pari a quello dell'ictus. La Tabella II mostra i ricoveri ospedalieri per frattura di femore nel 2006 negli ospedali dell'Emilia Romagna; l'incidenza aumenta con l'età: quasi la metà di tutte le dimissioni per frattura di femore riguarda pazienti con più di 85 anni.

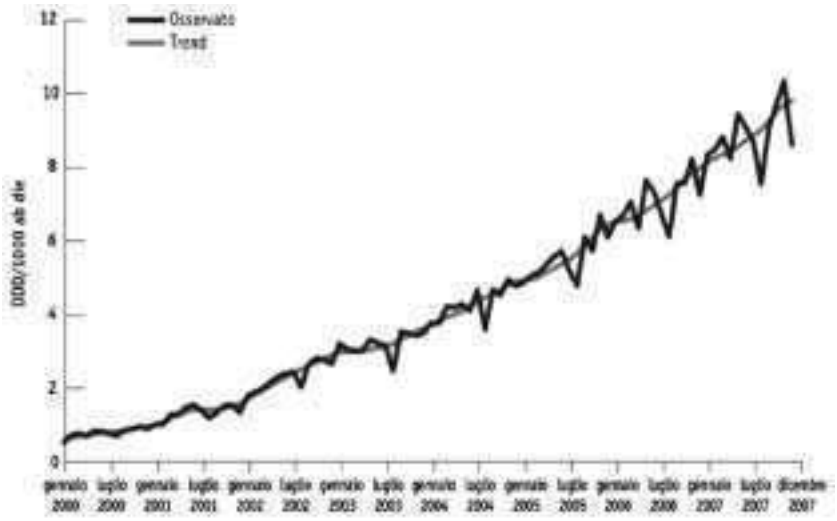


Fig. 4. Farmaci per l'osteoporosi, andamento temporale del consumo territoriale di classe A-SSN (2000-2007).
Tra questi dati non è incluso il consumo di calcio e/o vitamina D.
"DDD/1000 ab die" è il numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1000 abitanti.

Tab. II. Dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei pazienti con più di 75 anni dagli Ospedali della regione Emilia Romagna.

Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.
Fratture del collo del femore – età > 75
Dimessi per azienda ed età – Anno 2006

	Età			
Azienda	75-79	80-84	85+	Tot
Piacenza	97	136	233	466
Parma	42	51	76	169
AOsp Parma	80	121	196	397
Parma	122	172	272	566
Reggio Emilia	86	137	174	397
AOsp Reggio E.	56	85	120	261
Reggio Emilia	142	222	294	658
Modena	179	221	333	733
AOsp Modena	24	37	59	120
Modena	203	258	392	853
Bologna	95	159	268	522
AOsp Bologna	65	105	160	330
II.OO.R.	80	156	242	478
Bologna	240	420	670	1.330
Imola	43	49	80	172
Ferrara	73	127	164	364
AOsp Ferrara	53	95	131	279
Ferrara	126	222	295	643
Ravenna	101	184	293	578
Forlì	46	88	147	281
Cesena	62	66	94	222
Rimini	82	144	199	425
Totale complessivo	1.264	1.961	2.969	6.194
%	20%	32%	48%	

L'Ortogeriatria a Modena. La nostra esperienza ortogeriatrica, quella cioè dell'ospedale N.O.C.S.A.E. di Baggiovara di Modena, è iniziata ormai da 18 mesi ed inizialmente ha voluto considerare se il modello applicato fosse appropriato ed efficace; pertanto abbiamo condotto uno studio retrospettivo su 100 casi consecutivi prima della implementazione dell'ortogeriatria e su 100 casi consecutivi dopo l'implementazione della ortogeriatria (Gruppo 1 e Gruppo 2, rispettivamente). La procedura da noi applicata ha potuto evidenziare il problema della qualità della documentazione della casistica che in molti casi risulta incompleta o insufficiente, impedendo di fatto una buona raccolta dei dati; la cartella clinica deve essere più precisa ed esauriente sui molti punti fondamentali [12], anche per consentire la sua possibile utilizzazione nella ricerca applicata. Sono ben note le carenze della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) che non precisa per esempio la provenienza del paziente e la sua disabilità. Il percorso ospedaliero del paziente con FF si può schematizzare come illustrato in Figura 5. La fase ospedaliera è ben descrivibile ed i problemi riguardano soprattutto il periodo postoperatorio e la dimissione quando il paziente dovrebbe usufruire della riabilitazione: il deficit cognitivo di modesta entità non esclude l'anziano da questo tipo di trattamento.

Lo schema in Figura 5 indica dove e quando interviene il Geriatra; conoscendo i tempi di attesa si possono introdurre correttivi; è fondamentale che l'intervento chirurgico sia fatto entro le 24 ore. Particolare attenzione richiede il tempo di permanenza al pronto soccorso che sarà più breve se il paziente avrà un Triage adeguato (non sarà certamente un codice verde, come a volte si verifica). Le condizioni funzionali e mentali prima dell'evento consentono di prevedere la qualità e la quantità del recupero a distanza così come la mortalità intraospedaliera. Pratica corrente ortogeriatrica è il calcolo del tempo di "verticalizzazione" e di "deambulazione", queste valutazioni sono effettuate durante il ricovero ospedaliero e non sono risultate statisticamente diverse tra i due gruppi considerati, in

quanto la mobilizzazione degli anziani operati per FF era già effettuata prima dell'inizio dell'Ortogeriatria.

Il nostro protocollo prevede l'applicazione della valutazione multidimensionale geriatrica; in più, è stata posta particolare attenzione allo stato clinico pre-frattura, all'anamnesi farmacologia (con particolare riferimento ai farmaci antiosteoporotici), alla diagnosi e alla terapia secondo Linee Guida condivise del delirium pre- e post-chirurgico, all'autosufficienza e alla capacità di camminare prima dell'evento (Tab. III) e alla ricerca e alla cura delle complicanze post-chirurgiche. Inoltre, per ogni paziente è stato effettuato un follow-up a 1, 3 e 6 mesi per la valutazione della mortalità.

Prima dell'ortogeriatria (Gruppo 1) l'anziano con FF era etichettato dal pronto soccorso come "codice giallo" nel 60% dei casi; la percentuale è aumentata al 71,3% dopo l'implementazione dell'Ortogeriatria: si è ridotto perciò il numero dei fratturati di femore ai quali è assegnato il codice verde al triage del pronto soccorso.

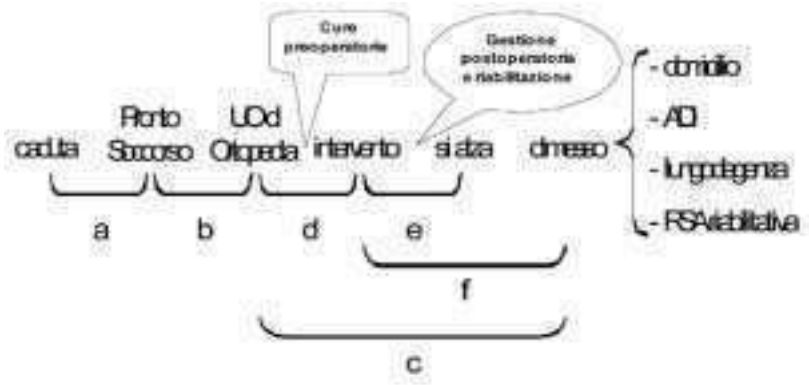


Fig. 5. Percorso di cura con relativa tempistica, di un paziente anziano con frattura di femore.
a. tempo fra caduta ed ospedale (verifica di sede e modalità della caduta); b. permanenza al Pronto Soccorso (triade con assegnazione del codice); c. durata complessiva del ricovero in ortopedia; d. *waiting time* per l'intervento; e. tempo per riassumere la posizione eretta; f. tempo fra intervento e dimissione.
È indicata anche la destinazione alla dimissione quando è previsto l'intervento del geriatra ospedaliero.

Grazie alla consulenza geriatrica prima dell'intervento chirurgico in tutti i pazienti che devono essere operati vengono valutati la presenza o il rischio di delirium, e successivamente viene impostata la terapia antipsicotica secondo precise Linee Guida ed in base alle caratteristiche cliniche di ciascun paziente. Nel gruppo 1 non è stata valutata la presenza di delirium in ben il 92,0% dei casi ed a tutti i pazienti con delirium (100%) sono stati prescritti antipsicotici non conformi alle Linee Guida (ad es. promazina); nel gruppo 2 al 75,7% dei soggetti con delirium è stato prescritto aloperidolo, mentre per il 24,3% di questi pazienti sono state scelte altre molecole. Si sottolinea che in nessuna cartella del gruppo 1 era presente la diagnosi specifica di delirium, la cui presenza è stata evinta dalla prescrizione estemporanea dei farmaci antipsicotici sopraccitati.

Prima del ricovero solo il 9% dei pazienti dei due gruppi assumeva farmaci antiosteoporotici. Nel Gruppo 1 a nessun paziente è stata prescritta terapia specifica alla dimissione, mentre 35 soggetti del Gruppo 2 (35%, $p < 0,001$) hanno ricevuto consigli dal Geriatra per la prevenzione e la cura dell'osteoporosi una volta dimessi.

La richiesta di consulenze specialistiche per problemi acuti e/o complicanze post-chirurgiche è significativamente inferiore nel gruppo 2 (39% *vs.* 52%, $p = 0,010$). Ciò comporta un risparmio di risorse e dimostra l'efficacia delle prestazioni del Geriatra nella gestione dei pazienti anziani ricoverati.

Tab. III. SAHFE form (Standardized audit of hip fractures in Europe).

1. cammino autonomo, senza aiuto, fuori casa
2. cammina anche fuori casa ma con ausilio
3. cammina in casa ma con ausili
4. cammina in casa, ma con deambulatore
5. non riesce a camminare, usa la carrozzella

Per quanto riguarda le complicanze post-chirurgiche, l'intervento del Geriatra ha consentito una significativa riduzione dello scompenso cardiaco (gruppo 1: 8,0%, gruppo 2: 1,0%, $p = 0,017$) e dell'ipokaliemia (gruppo 1: 47,0%, gruppo 2: 23,0%, $p < 0,001$), due condizioni particolarmente pericolose per l'anziano vulnerabile.

Non esistono differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni e a 3 mesi. La mortalità dopo 6 mesi è significativamente maggiore nel Gruppo 1 (29% *vs.* 11%, $p = 0,001$) (Fig. 6).

I dati del follow-up, che ora riguardano solo la mortalità, saranno completati con l'analisi di dati riguardanti l'autosufficienza, il ripristino del cammino dopo la frattura e l'eventuale istituzionalizzazione, grazie all'attivazione di un ambulatorio specifico di Ortogeriatria con accessi dopo 45 giorni e 6 mesi dalla dimissione.

I dati sono raccolti con metodologia informatica utilizzando il sistema informatizzato dell'ospedale (SIO) nel quale sono state inserite apposite schede per l'ortogeriatria.

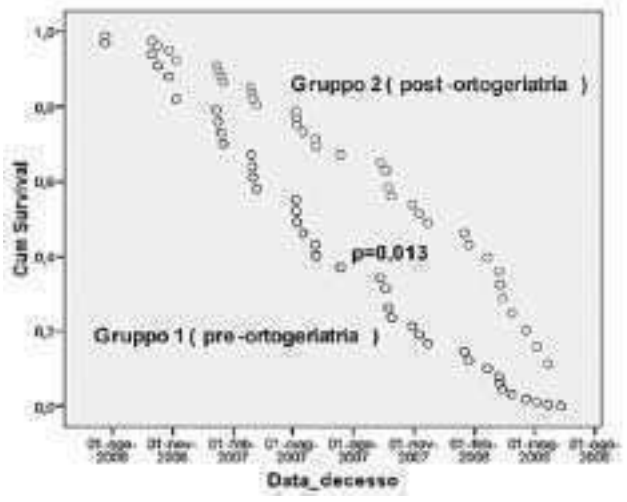


Fig. 6. Mortalità a 6 mesi.

Conclusioni. Anche dove esiste da anni un database che raccoglie le procedure chirurgiche e mediche nei pazienti con FF [13], gli *audit* fatti nel tempo evidenziano l'estrema variabilità dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico, dell'incidenza di complicanze, dell'utilizzazione delle risorse riabilitative e della destinazione del paziente alla dimissione nelle varie sedi che forniscono dati al data base nazionale. I dati ottenuti dal nostro studio sono confortanti e fanno ritenere che il loro proseguimento possa portare ulteriori miglioramenti degli outcome menzionati.

L'argomento ortogeriatria deve essere oggetto anche di attività didattica. Si dovrebbe definire un preciso curriculum formativo che preveda la modalità di rilevare la caduta-sincope, la valutazione del rischio di osteoporosi e di frattura, l'importanza della corretta codifica del paziente al pronto soccorso, la classificazione sul campo del tipo di frattura, la comorbilità presente, il deficit funzionale e mentale pre-operatorio e postoperatorio ed il precoce intervento riabilitativo. L'argomento, oltre che di Master tematici, deve essere oggetto di ricerca continua: recente è l'osservazione che i pazienti con scompenso cardiaco che si presentano al pronto soccorso hanno un rischio aumentato di 4 volte di fratture, in particolare del femore, nell'anno successivo [14].

Bibliografia

1 Chevalley T, Guilley E, Herrmann FR, Hoffmeyer P, Rapin CH, Rizzoli R. *Incidence of hip fracture over a 10-year period (1991-2000): reversal of a secular trend.* Bone 2007;40:1284-9.

2 Cooper C, Campion G, Melton LJ 3rd. *Hip fractures in the elderly: a world-wide projection*. Osteoporos Int 1992;2:285-9.

3 Cummings SR, Melton LJ. *Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures*. Lancet 2002;359:1761-7.

4 Rossini M, Piscitelli P, Fitto F, Camboa P, Angeli A, Guida G, Adami S. *Incidenza e costi delle fratture di femore in Italia.* Reumatismo 2005;57:97-102.

5 Etziony MB. *Orthogeriatrics.* J Am Geriatr Soc 1969;17:1002-4.

6 Bottle A, Aylin P. *Mortality associated with delay in operation after hip fracture: observational study.* BMJ 2006;332:947-51.

7 Friedman SM, Mendelson DA, Kates SL, McCann RM. *Geriatric co-management of proximal femur fractures: total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population.* J Am Geriatr Soc 2008;56:1349-56.

8 Pioli G, Giusti A, Barone A. *Orthogeriatric care for the elderly with hip fractures: where are we?* Aging Clin Exp Res 2008;20:113-22.

9 Berry SD, Samelson EJ, Ngo L, Bordes M, Broe KE, Kiel DP. *Subsequent Fracture in Nursing Home Residents with a Hip Fracture: A Competing Risks Approach.* J Am Geriatr Soc. 2008; DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.01918.x.

10 Laforgia R, Maggi S, Marzari C, Bianchi D, Crepaldi G. *Epidemiology of femoral neck fracture in old people in Italy.* J Bone Joint Surg Br 2006;88B(suppl I):42.

11 Iolascon G, Gimigliano F, Piscitelli P, Guida G. *Hip fracture in Italy: analysis of DRG data.* Aging Clin Exp Res 2007;19(3 Suppl):2-4.

12 Crawford JR, Hay D, Coleman N. *Hip fracture documentation-the impact of shift systems.* Iniury 2006;37:134-7.

13 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. A national clinical guideline.* Edinburgh, UK: SIGN Publication No. 56; 2002 – Update 2008.

14 Van Diepen S, Majumdar SR, Bakal JA, McAlister FA, Ezekowitz JA Heart failure is a risk factor for orthopedic fracture. A *population-based analysis of 16 264 patients.* Circulation 2008; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.7840009

Ortogeriatria: modelli per la gestione clinica integrata e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura del femore

M.L. Lunardelli, C. Frondini, A. Ferrari[1], G. Pioli[1] per il Gruppo di Ricerca

U.O. Geriatria, Policlinico "S. Orsola-Malpighi", Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna; [1] U.O. Geriatria, Arcispedale "S. Maria Nuova", Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Background. La frattura del femore negli anziani rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazione, mortalità, disabilità ed istituzionalizzazione con un forte impatto economico ed organizzativo sui servizi sanitari. Le ricerche epidemiologiche supportano l'idea che per migliorare gli outcomes sia necessario un approccio, radicalmente diverso da quello tradizionale, basato sulla gestione integrata di competenze ortopediche, geriatriche e riabilitative. In ambito ospedaliero, i percorsi assistenziali si caratterizzano per un coinvolgimento diverso del geriatra: dalla consulenza programmata a modelli di gestione coordinata all'interno del reparto di ortopedia fino alla creazione di una struttura ortogeriatrica dedicata. Indipendentemente dalle modalità organizzative, secondo il National Service Framework for Older People inglese ogni ospedale per acuti dovrebbe dotarsi di almeno un centro di eccellenza di ortogeriatria. Recenti review della Cochrane non consentono di individuare un modello gestionale di riferimento per quanto riguarda l'efficacia e sono ritenuti necessari studi di confronto fra esperienze differenti con una omogeneità di raccolta dati che ne consenta un valido confronto.

Nel 2006 le dimissioni ospedaliere per fratture del femore in soggetti di età > 75 anni in Emilia Romagna sono state oltre 6000 (Banca dati SDO). Le linee strategiche del governo clinico della frattura del femore nell'anziano del Sistema Sanitario Regionale sono: elevati standard di qualità, contenimento dei costi (Delib. Reg. n. 24321/2006) e facilitazione dei percorsi di continuità tra ospedale e territorio (Piano sanitario e sociale 2007-2009). In questo contesto, alcune realtà geriatriche della Regione, che già si occupavano della gestione dell'anziano fratturato in collaborazione con gli ortopedici, hanno promosso un progetto di ricerca per confrontare diversi modelli ortogeriatrici al fine di ottenere informazioni sugli aspetti in grado di incidere maggiormente sugli outcomes. Tale progetto è stato approvato e finanziato come Ricerca Regione-Università Area 2 Governo clinico 2007-2009 ed ha preso avvio nei primi mesi del 2008.

Nuove conoscenze attese dal progetto: dal punto di vista clinico il progetto consentirà di individuare gli elementi in grado di influire sugli outcomes maggiori (mortalità, disabilità ed istituzionalizzazione) dei pazienti anziani con frattura di femore prossimale. Il confronto tra diversi modelli organizzativi colma una lacuna dell'attuale livello di conoscenza del problema segnalata da più parti. Inoltre dall'insieme dei dati potranno essere ricavati profili e sottogruppi di soggetti con diverso grado di rischio di outcome negativo; tali profili potranno essere utili per una distribuzione appropriata e differenziata delle risorse che porti alla maggiore efficienza in termini di costo/beneficio.

Dal punto di vista organizzativo il progetto pone le basi per un processo di "best practice benchmarking". I modelli o gli elementi

dei modelli che risulteranno più efficaci potranno essere implementati in altre aziende, seppure con gli adeguati adattamenti che ogni realtà locale impone. Inoltre dall'insieme dei dati potranno derivare informazioni sull'importanza dei tempi del percorso. Allo stato attuale in effetti i tempi della valutazione, dell'intervento, della mobilizzazione e della continuità assistenziale-riabilitativa, che secondo alcune ricerche influiscono pesantemente sui risultati, dipendono in gran parte dagli aspetti organizzativi e sono solo in piccola parte giustificati da motivazioni cliniche inerenti il singolo paziente.

Obiettivi. *Obiettivo primario:* individuare il modello clinico-assistenziale che, per outcomes clinici e di efficienza, consenta di definire i criteri essenziali per la generalizzazione di un percorso ortogeriatrico ottimale per i pazienti anziani con frattura di femore. I risultati verranno valutati sugli outcomes clinici maggiori vale a dire mortalità precoce (intraospedaliera e a 3 mesi), incidenza di complicanze durante il ricovero, mortalità tardiva (a 1 anno), recupero del precedente livello funzionale (disabilità a 3 e 6 mesi) e possibilità di vita indipendente al domicilio (istituzionalizzazione definitiva a 1 anno). Come parametri relativi all'efficienza del percorso saranno considerati: durata della degenza, incidenza di nuovi ricoveri nei primi 6 mesi, utilizzo dei servizi di riabilitazione o di ricovero temporaneo per post-acuzie o in generale dei servizi territoriali. *Obiettivi secondari:* 1. Applicazione delle Linee Guida specifiche (SIGN 2002, aggiornamento 2008); 2. Implementazione di un sistema omogeneo di valutazione geriatrica multidimensionale; 3. Elaborazione di un protocollo orientato per fasi ed attività di cura sulla base dei Clinical Pathways; 4. Elaborazione di protocolli specifici sui principali problemi e complicanze del paziente anziano fratturato (in particolare trattamento del dolore, delirium, stato nutrizionale); 5. Validazione della metodologia di collaborazione interdisciplinare e multiprofessionale; 6. Individuazione di sottogruppi di pazienti a diverso grado di rischio sulla base dei profili delle caratteristiche basali.

Metodologia. *Soggetti:* vengono inclusi nello studio tutti i pazienti ricoverati per frattura prossimale di femore di età ≥ 75 ad esclusione dei soggetti con frattura patologica o nuova frattura omolaterale. Per la raccolta dati sono presi in considerazione tutti i ricoveri consecutivi nel periodo di 12 mesi. Si stima un numero di soggetti eligibili pari a circa 1100.

Setting: U.O. Ortopedia Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Parma, U.O. Ortopedia AO di Reggio Emilia, Unità di Ortogeriatria AOU di Bologna, Unità di Ortogeriatria AOU di Ferrara.

Disegno dello studio: studio multicentrico prospettico di intervento comparativo in aperto. In particolare vengono confrontati 4 modelli di collaborazione ortogeriatrica con diverso grado di integrazione tra le diverse figure professionali e tra l'ospedale ed il territorio. Per tutti pazienti è previsto un follow-up a 3, 6 e 12 mesi.

Tipo di intervento: tutti gli interventi realizzano un modello di collaborazione e integrazione tra diverse competenze, in base alle necessità e alle risorse disponibili nell'area di appartenenza. In tutti i centri le U.O. coinvolte sono Pronto Soccorso, Anestesia, Ortopedia, Geriatria, Riabilitazione e dove disponibile Centro nutrizionale, Centro osteometabolico. I diversi modelli si differenziano tuttavia per le figure coinvolte, le risorse impegnate, i tempi dell'intervento ed in parte per il livello di integrazione. I parametri inerenti il modello vengono raccolti e saranno utilizzati per l'analisi dei dati. In tutti gli interventi il percorso assistenziale è organizzato per assicurare riduzione dell'attesa pre-operatoria, mobilizzazione postoperatoria precoce, pianificazione della dimissione, continuità terapeutica. Con riferimento ai modelli esistenti in letteratura ed in particolare al tipo di integrazione tra il geriatra e l'ortopedico vengono studiati i seguenti 4 modelli di intervento: Modello A. Intervento di consulenza geriatrica programmata 5 volte la settimana nel reparto di Ortopedia (Parma); Modello B. Gestione geriatrica all'interno del reparto di Ortopedia sia in fase pre-operatoria che postoperatoria con separazione delle competenze geriatriche e ortopediche (Reggio Emilia); Modello C. Struttura ortogeriatrica dedicata all'accoglienza di anziani fratturati, gestita da un team medico-infermieristico geriatrico con la consulenza ortopedica e fisiatrica. (Bologna); Modello D. Struttura ortogeriatrica simile al modello C ma con integrazione funzionale con la rete dei servizi e verifica degli outcomes al di fuori dell'ospedale attraverso la telemedicina (Ferrara).

Parametri valutati e modalità di raccolta dati: in tutti i centri viene effettuata la valutazione di un "core set" di dati, raccolto con software costruito ad hoc. I parametri sono suddivisibili in 4 gruppi: 1. caratteristiche basali dei pazienti: età, sesso, provenienza e convivenza, supporto in atto e uso dei servizi; tipo di frattura, tipo di caduta, abilità funzionale pre-frattura per ADL, IADL, deambulazione; Charlson Index, terapia farmacologica a domicilio, Scala di Conley, SPMSQ, GDS, severità dello stato clinico APACHE score, Hand-grip, parametri biochimici all'ingresso (albuminemia, paratormone, vit D 25-OH, proteina C-reattiva, emoglobina); 2. complicanze intraospedaliere (cardiovascolari maggiori e sistemiche, ortopediche, incidenza di delirium, lesioni da pressione, infezioni); 3. parametri relativi al modello organizzativo generale (tempo di attesa pre-intervento, tipo di intervento, tempo complessivo di allettamento, tempo di verticalizzazione, durata della degenza per *setting* di cura); 4. parametri relativi al follow-up: luogo di dimissione, sede e durata della fase riabilitativa, abilità funzionali per ADL, deambulazione, salire e scendere le scale; utilizzo di servizi territoriali; eventuale istituzionalizzazione; data dell'eventuale decesso. Il follow-up è previsto a 3, 6 e 12 mesi mediante intervista telefonica utilizzando un'apposita scheda di rilevazione.

Trasferibilità dei risultati al contesto sanitario regionale: come indicato da statements di società scientifiche internazionali (ad es. British Geriatric Society e Australian Geriatric Society) e dal dipartimento della salute inglese citato nella introduzione, in ogni ospedale per acuti con funzione di ricovero per traumatologia ortopedica dovrebbe essere realizzato un reparto di eccellenza per il trattamento del paziente anziano con frattura di femore, fondato sui principi dell'ortogeriatria. La presente ricerca ha lo scopo di fornire le basi per l'organizzazione di tali reparti, individuando gli elementi fondamentali di un modello che sia da un lato efficace e dall'altro fattibile e implementabile su ampia scala. Il coinvolgimento delle aziende ospedaliere e territoriali di ben quattro province garantisce la trasferibilità dei risultati ottenuti quanto meno al contesto sanitario regionale. Laddove i modelli ortogeriatrici sono già attuati da tempo, la ricerca servirà ad ottimizzare le risorse in direzione di una maggior efficacia ed efficienza. L'intervento non comporta rilevanti

investimenti, ma anzi mira al contenimento dei costi attraverso la riduzione della durata della degenza e delle complicanze e anche, a più a lungo termine, la riduzione della disabilità, dei nuovi ricoveri ed in generale delle richieste assistenziali. Si tratta in effetti principalmente di un intervento sui processi e sulla qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione dell'uso di risorse che comunque vengono impegnate anche nei percorsi tradizionali. Infine la ricerca prevede tra gli obiettivi secondari la messa a punto di strumenti che possono essere utilizzati indipendentemente dal modello organizzativo o essere adattati facilmente anche ad altri contesti clinici, ad esempio i protocolli per la gestione del delirium potrebbero essere impiegati anche in altri reparti per acuti.

Bibliografia

Antonelli Incalzi R, Gemma A, Capparella O. *Orthogeriatric Unit: a thinking process and a working model.* Aging Clin Exp Res 2008;20:109-12.

Cameron ID, Handoll HH, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. *Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures.* Cochrane Database Syst Rev 2001.

Cornwall R, Gilbert MS, Koval KJ, Strauss E, Siu AL. *Functional outcomes and mortality vary among different types of hip fractures: a function of patient characteristics.* Clin Orthop Relat Res 2004;425:64-71.

National Service Framework for Older People: Department of Health 2001. London http://www.doh.gov.uk/nsf/older people. index.htm.

Parker M, Johansen A. *Hip fracture.* BMJ 2006;333:27-30.

Pioli G, Giusti A, Barone A. *Orthogeriatric care for the elderly with hip fractures: where are we?* Aging Clin Exp Res 2008;20:113-22.

Piscitelli P, Iolascon G, Gimigliano F, et al. *Incidence and costs of hip fractures compared to acute myocardial infarction in the Italian population: a 4-year survey.* Osteoporosis Int 2007;18:211-9.

Prevention and Management of Hip Fracture in Older People - SIGN Publication No. 56, January 2002.

Prevention and Management of Hip Fracture in Older People (update) - SIGN Publication Draft 1.16 / July 2008

Shiga T, Zen'ichiro W, Ohe Y. *Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression.* Can J Anesth 2008;55:146-54.

Il modello Ortogeriatria della Clinica Geriatrica dell'A.O. San Gerardo di Monza

G. Annoni, F. De Filippi, G. Castoldi[1], P. Mazzola, G. Mauri, G. Zatti[1]

S.C. Clinicizzata di Geriatria, A.O. "San Gerardo" di Monza, Università di Milano-Bicocca; [1] S.C. di Ortopedia e Traumatologia, A.O. "San Gerardo" di Monza

Per affrontare le problematiche dell'anziano fragile con frattura dell'estremo prossimale del femore sono stati proposti percorsi atti a garantire la migliore assistenza globale al paziente, con l'obiettivo di ridurre le complicanze generali e locali precoci, migliorare la qualità complessiva della gestione clinica, favorire la ripresa precoce dell'autonomia funzionale quotidiana. Rilevante nel contesto attuale è altresì la necessità di razionalizzare la durata della degenza in reparti ad alta intensività assistenziale, identificando i percorsi più appropriati nella fase post-acuta utilizzando in modo corretto la rete dei servizi. Denominatore comune è ottenere un approccio coordinato e multidisciplinare che sembra produrre migliori outcomes (minore mortalità, riduzione della degenza, miglior gestione del deterioramento delle funzioni cognitive e fisiche) ed un minor tasso di istituzionalizzazione.

Muovendo da tali considerazioni, presso l'Ospedale S. Gerardo di Monza, è stato attivato dal marzo 2007 un percorso clinico che ha coinvolto la S.C. Clinicizzata di Geriatria, la Clinica Ortopedica, la S.C. di Fisiatria, il Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, la Direzione Sanitaria e il DITRA.

Il modello prevede un ruolo centrale del geriatra in stretta collaborazione con l'ortopedico referente, finalizzato alla soddisfazione dei bisogni specifici di ogni singolo caso. Il ricovero del paziente elegibile avviene in una sezione dedicata (sei posti letto) della Geriatria ed in tale sede viene garantita l'attività dei diversi professionisti delle altre Strutture e Dipartimenti (Anestesista, Fisiatra, Nutrizionista-Dietista, Cardiologo, Neurologo, Assistente Sociale) che si rendono, nel tempo, indispensabili.

Dopo una fase di informazione e di formazione rivolta al personale che interviene nella gestione del processo, sono state definite e diffuse le responsabilità ed i percorsi da adottare. L'attivazione, come detto, è avvenuta nel marzo 2007.

All'arrivo in Pronto Soccorso l'anziano con sospetta frattura di femore viene valutato dall'infermiere addetto al triade (codice giallo), che allerta lo Specialista Ortopedico. Posta la diagnosi, effettuato il trattamento di emergenza, verificata l'elegibilità in base ai criteri concordati (Tab. I) ed informato il Geriatra, si dispone il ricovero in Ortogeriatria entro 2 ore dalla valutazione.

Dopo l'accettazione il percorso si svolge nell'ambito della S.C. di Geriatria, e prevede la stabilizzazione clinica pre-intervento, l'atto operatorio (preferibilmente entro 48 ore dall'evento), il trattamento post-operatorio da parte del team assistenziale multidisciplinare coordinato dal Geriatra (gestione del dolore, medicazioni, rimozione drenaggio, concessione del carico, trattamento della comorbilità) e la mobilizzazione (2^ giornata post-intervento), compatibilmente con le condizioni cliniche e in base al programma stilato dal Fi-

Tab. I. Criteri di elegibilità Ortogeriatria.

Criterio	Sì	No
1. Età ≥ 70 anni		
2. Tipo di frattura: terzo prossimale femore (collo, per- e sottotrocanterica)		
3. Polifrattura		
4. Comorbilità (almeno due patologie)		
5. Polifarmacoterapia (assunzione cronica di almeno tre principi attivi o solo TAO)		
6. Deficit cognitivo o neuromotorio antecedente (es.: Demenza, Alzheimer, M. di Parkinson)		
7. Scompenso emodinamico (classe NYHA > II)		
8. Nutrizione e idratazione inadeguate		
9. Anemia (Hb < 8 g/dl)		
10. Ipotensione (PAS < 100 mm/Hg)		
11. Ipossiemia (Sat.02 in aria ambiente < 90%)		
12. Diabete Mellito scompensato		
13. Insufficienza Renale Cronica		
14. Mancanza di supporto sociale (vive solo)		

siatra. La dimissione avviene, generalmente, in 8^-10^ giornata, prevalentemente come trasferimento in strutture di riabilitazione o presso le RSA di residenza, e in alcuni casi ricorrendo alla procedura ADI. Dal colloquio con i famigliari/*caregivers*, in cui viene coinvolta la Coordinatrice Infermieristica delle Dimissioni protette, si individuano in particolare la modalità di dimissione ed il tipo di supporto da fornire alla famiglia per la gestione del paziente in previsione del rientro al domicilio.

Sono previsti inoltre dei controlli post-dimissione sia presso l'Ambulatorio della Clinica Ortopedica (5° settimana dall'intervento) che della Clinica Geriatrica, a 6 e 12 mesi dalla dimissione ospedaliera + intervista telefonica a 18-24 mesi.

Risultati. Nei primi 15 mesi di attività di questo *setting* assistenziale sono stati trattati 154 pazienti di cui il 78% erano femmine. Solo due casi sono stati definiti impropri in base ai criteri di elegibilità (età inferiore ai 70 anni – 1,2%). L'età media dei pazienti è risultata 83.4 anni (range 64-101) e la fascia maggiormente rappresentata quella fra gli 80 e i 90 anni (57,8%). 86 pazienti (55,8%) hanno svolto l'intero percorso in Ortogeriatria (gruppo A1), mentre 68 vi sono stati trasferiti nel post-intervento (44,2%) provenienti dalla Clinica Ortopedica, per non disponibilità immediata di posto letto (gruppo A2).

La maggioranza dei pazienti (40,3%) presenta un elevato livello di dipendenza funzionale pre-frattura, mentre quelli autonomi erano il 37,7%.

Il numero medio di patologie per ciascuno caso era 5,0 (1-12) ed i pazienti con deterioramento cognitivo erano il 48,9% (lieve: 17,6%, moderato: 4%, severo: 27,2%).

Il consumo medio di farmaci era 4.4 per paziente (range 0-19) e i pazienti che assumevano psicofarmaci erano il 61%.

I tipi di frattura riscontrati sono così suddivisi: pertrocanterica 32%, sottotrocanterica 8,4%, per-sottotrocanterica 9,7%, sottocapitata 29,2%, medio-transcervicale 9,7%, basicervicale 4,5%;

L'evento traumatico si era prevalentemente verificato al domicilio (71,4%), nel 13% in strutture sanitarie (1,9% in ambiente ospedaliero, 11% in RSA e 1,3% durante una degenza riabilitativa), mentre nel 14,3% in ambiente esterno all'abitazione.

Gli outcomes rilevati mostrano che i pazienti vengono ricoverati mediamente dopo 99 minuti dall'accettazione in Pronto Soccorso.

Complicanze cardio-respiratorie ed infettive sono state osservate nel 20,7% dei casi ed in particolare nel 17,6% per il gruppo A1 e nel 25% per il gruppo A2. Il delirium pre-intervento è stato documentato nel 9,5% dei casi e nel post-intervento nel 27,6%. La presenza di anemizzazione secondaria, con conseguente necessità di supporto emotrasfusionale, si è verificata nel 78,8% dei casi.

Una differenza significativa si è osservata nella durata della degenza (gruppo A1 12,6 gg *vs.* A2 13,3).

Per quanto riguarda la destinazione dopo la dimissione, escludendo i soggetti che sono andati incontro ad exitus (due in fase pre-intervento e tre nel post-intervento), la dimissione avviene prevalentemente come trasferimento in degenza riabilitativa extraospedaliera (83,0%), seguita dal rientro presso la RSA di residenza (8,5%); solamente nel 2,6% è stata attivata direttamente la procedura delle dimissioni protette.

Il confronto degli outcomes è stato effettuato in base ad analisi retrospettiva di una sequenza di 128 cartelle cliniche di soggetti confrontabili (Gruppo B) con DRG 209-210-211 ricoverati nell'anno 2006 presso la Clinica Ortopedica e Traumatologica del nostro Ospedale; tali soggetti sono stati sottoposti ad un percorso diagnostico-terapeutico di tipo tradizionale, monospecialistico, che non prevedeva interazione con il Geriatra.

L'analisi ha dimostrato una sostanziale sovrapposizione per quanto riguarda età media, stratificazione per fasce di età e luogo dell'evento traumatico; la popolazione che afferisce al nostro Ospedale non è infatti sostanzialmente cambiata nell'arco di due anni.

Differenze significative si sono invece evidenziate nel numero medio di patologie di base (5,0 gruppo A *vs.* 3,3 gruppo B), nel timing chirurgico (più favorevole per i soggetti del gruppo A, con il gruppo A1 che mostra un timing ancora migliore rispetto a coloro che hanno svolto parte del loro percorso in Ortopedia, gruppo A2). I soggetti del gruppo B, pur essendo meno compromessi dal punto di vista funzionale e cognitivo, hanno presentato comunque un numero di complicanze maggiori più elevato (25,8% *vs.* 20,7%, $p < 0,01$).

Per quanto riguarda il follow-up, su un campione di 97 pazienti, 19 non sono risultati reperibili telefonicamente e dei 78 valutati, il 19,2% è deceduto dopo 6 mesi (Tab. II).

Conclusioni. Il ricovero del paziente elegibile nella sezione di Ortogeriatria garantisce continuità assistenziale fin dall'ingresso in ospedale, elimina la frammentazione delle cure e gli inutili trasferimenti da un reparto di degenza all'altro in caso di particolari complessità e criticità. La visione "globale" del paziente e del suo *caregiver* permettono di progettare un piano di trattamento personalizzato che tenga anche conto della fase seguente alla degenza ospedaliera, di continuità e di integrazione con le risorse disponibili sul territorio. Da ultimo questa area di degenza rappresenta un ambito peculiare sia per la didattica che per la ricerca geriatrica.

Bibliografia

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. A national clinical guideline 2008.*

www.sign.ac.uk

Svesson O, Stromberg L, Ohlè NG, Lindgren U. *Prediction of the outcome after hip fracture in elderly patients.* J Bone Joint Surg Br 1996;78B:115-8.

Braithwaite RS, Col NF, Wong JB. *Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs.* JAGS 2003:878-82.

Center JR, Nguyen TV, Schneider D, Sambrook PN, Eisman JA. *Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study.* Lancet 1999;353:878-82.

Tab. II. Risultati.

Titolo Indicatore	Valore atteso	Gruppo A1	Gruppo A2	Gruppo B
Door to bed	120′	99′	99′	98′
Timing Intervento	< 48 h	2,2 gg	2,8 gg	2,7 gg
Mobilizzazione	2° g	3,3 gg	3,3 gg	gg
Complicanze	< 20%	17,6%	25,0%	25,8%
N° patologie di base		5,0		3,3
N° medio farmaci		4,4		4,0
Utilizzo di psicofarmaci		70,0%		46,5%
Degenza media dall'ingresso in Ortogeriatria (degenza media in Ortop.)	< 15 gg	12,6 gg	9,02 gg	13,8 gg
Deg. tot. dei trasferiti in OG	< 10 gg	-	13,3 gg	-
Ric. direttamente/trasferiti da ortop.	50%	55,8%	44,2%	-
Follow-up				
Mortalità a 6 mesi		19,2%		
Mortalità a 12 mesi		21,8%		
Autonomia paragonabile alla precedente a 6 mesi		46%		
Parzialmente dipendenti a 6 mesi		36,5%		
Dipendenti a 6 mesi		17,5%		
RSA		12,7%		
Vive con badante		11,1%		
Autonomia conservata a 12 mesi		44,4%		
Parzialmente autonomi a 12 mesi		38,1%		
Dipendenti a 12 mesi		17,5%		

Protocollo per il follow-up dell'anziano operato per frattura del femore

F. Anzivino, F. Foglietta[1]

Responsabile Programma Anziani e ADI AUSL, Ferrara; [1] Direttore Generale AUSL, Ferrara

Premessa. Ogni anno si verificano più di 2.3 milioni di fratture da osteoporosi in Europa e USA. Da 1,6 milioni a 6,3 milioni rappresenta l'aumento atteso del numero di fratture di femore in tutto il mondo dal 1990 al 2050 [1].

Oggi, 1 su 2 fratture di femore si verifica in Europa, Nord America e Oceania, e 1 su 4 in Asia e America Latina.

Le fratture del collo del femore sono una delle maggiori complicanze dell'osteoporosi nel paziente geriatrico.

Sono stati condotti diversi studi per cercare di stimare le reali proporzioni del fenomeno e stabilire quali potessero essere le proiezioni per il futuro. Approssimativamente, 3 fratture su 4 nelle donne, e 2 su 3 negli uomini avvenivano dopo l'età di 75 anni. In questo caso specifico è stato notato un incremento annuo (aggiustato per l'età) di 7,1 casi su 100.000 per le donne e 2,7 su 100.000 per gli uomini [2].

Attualmente i costi per le fratture da osteoporosi si aggirano intorno ai 10 miliardi di dollari all'anno negli USA, e intorno ai 500 milioni di euro in Italia, calcolando le sole spese ospedaliere. 27 miliardi di dollari è il costo annuale per trattare 2,3 milioni di fratture da osteoporosi in Europa e negli Stati Uniti (esclusi i costi indiretti, come quelli per l'assistenza alle persone non più autosufficienti). 3,5 miliardi di euro è il costo annuale delle sole cure ospedaliere per il trattamento delle fratture da osteoporosi nell'Unione Europea. Senza prezzo: il costo umano, sociale e psicologico dell'osteoporosi [3].

Obiettivi. Visti l'aumento dell'incidenza di patologia traumatologica nell'anziano affetto da osteoporosi, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, il numero crescente di fratture soprattutto al femore, ma anche in altre sedi, anche correlate alla presenza di patologie concomitanti che ne aggravano il quadro e che possono portare all'instaurarsi di diverse complicanze, e il proporzionale aumento dei costi correlati al gran numero di giorni di degenza dei pazienti e a spese farmaceutiche improprie, e il non efficiente utilizzo dei nodi della rete di servizi e di strutture per l'anziano, soprattutto dopo la dimissione, si è resa necessaria la definizione di un progetto che portasse con la sua attivazione a:

- dare più assistenza al paziente anziano ultrasettantenne e spesso con patologie internistiche;
- razionalizzare la durata delle degenze ospedaliere e ridurre la degenza in reparti per acuti;
- ridurre le spese farmaceutiche improprie;
- favorire una ripresa precoce dell'autonomia e delle attività quotidiane;
- ridurre le complicanze locali e generali;
- identificare soluzioni assistenziali appropriate post-dimissione, particolarmente per l'anziano fragile;
- migliorare la qualità complessiva della gestione clinica di anziani ricoverati in reparti non internistici;
- corretto utilizzo dei nodi della rete dei servizi per l'anziano.

Modello organizzativo. L'Unità Operativa di Ortogeriatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara-Arcispedale "S. Anna", è nata nel 2001 grazie all'attività coordinata dell'U.O. Ortopedia e dell'U.O. Geriatria.

La parte più originale del modello ferrarese consiste nel fatto che si è creata una nuova Unità Operativa, separata fisicamente sia dalla geriatria (27 posti letto) che dall'ortopedia (30 posti letto) e che, quindi, non sottrae risorse assistenziali alle due U.O. principali ma le aggiunge all'intero sistema ospedaliero. Questa nuova U.O., l'Ortogeriatria appunto, dispone di 7 posti letto e dipende gerarchicamente dall'U.O. di Geriatria ma con un'ampia partecipazione professionale delle due U. O. principali.

In sintesi i ruoli dell'ortopedico e del geriatra, in questo nuovo modello di organizzazione, risultano essere:

– operare una prima valutazione multidimensionale del paziente;
– mantenere i rapporti con il medico di base in modo da svolgere un'attività coordinata e assicurare continuità di cura nel caso di dimissione precoce del paziente;
– mettere in atto un trattamento precoce, sia esso conservativo o chirurgico;
– controllare la fase acuta post-operatoria.

In sostanza si tratta di formulare un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), secondo la metodica della VMD, ormai ampiamente validata nell'efficacia clinica e assistenziale.

Descrizione sintetica del progetto. La telemedicina, metodologicamente e tecnologicamente, offre nuove opportunità di collegamento sia per le interconnessioni tra punti di cura diversi sul territorio sia dal punto di vista organizzativo. La Telemedicina offre quindi un valido ed efficace strumento di collegamento tra i diversi livelli di cura (ospedali, centri di riabilitazione, cure domiciliari, ecc.), al punto che l'intersezione virtuale di queste due connessioni può rappresentare la base del moderno concetto di "continuità della cura".

È così possibile, attraverso il supporto delle tecnologie di comunicazione e grazie alle potenzialità offerte dalla rete (telefonia, rete ISDN e Information Technology), trasmettere in tempo reale le informazioni a carattere scientifico tra medico e cittadino o tra addetti ai lavori, attraverso sistemi di comunicazione di tipo telematico/informatico.

L'applicazione di queste tecnologie all'ortogeriatria permette di realizzare un "ricovero virtuale" migliorando in tal modo la qualità della vita dei pazienti consentendo loro di rimanere il più vicino possibile al proprio ambiente domestico. A ciò si aggiunte l'impegno a limitarne la permanenza presso la struttura ospedaliera, potenziando l'assistenza domiciliare attraverso un costante monitoraggio e seguendo, via telefono, la terapia supportando la *compliance* dell'utente rispetto le prescrizioni mediche. Al tempo stesso, attraverso il sistema eCare, l'anziano sarà costantemente supportato tramite teleassistenza, telecompagnia, telesicurezza e telesoccorso al fine di mantenerlo sempre connesso con tutta la rete dei servizi, sia di emergenza che di continuità.

Il progetto vuole offrire una risposta sempre più efficace ai problemi legati alle dimissioni ospedaliere di degenti anziani operati per frattura al femore, che tornano al proprio domicilio.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita dell'anziano dimesso, consentendo una migliore permanenza a domicilio ed una più efficace adesione alle prescrizioni sanitarie, fornire una più efficace e tempestiva assistenza diagnostica e terapeutica. Tutto ciò al fine di ridurre i tempi di ricovero dei pazienti, il pendolarismo casa-medico-ospedale, velocizzando altresì i tempi di recupero del soggetto, limitandone le ricadute e conseguentemente nuovi ricoveri.

I vantaggi attesi sono quelli di una migliore compliance e soddisfazione dell'utente nonché un miglioramento nell'assistenza a domicilio ed un minore costo sociale ed economico

È un progetto sperimentale, primo in Italia, i cui risultati saranno rilevanti per fornire indicazioni sull'efficacia ed economicità dell'approccio tecnologico per le dimissioni protette.

Sulla base dei risultati ottenuti sarà possibile trarre delle conclusioni circa la validità del modello proposto e la sua eventuale modellizzazione e diffusione ad altre realtà.

Metodi. Nel periodo ottobre 2006-aprile 2007 sono stati reclutati pazienti > 70 anni con frattura prossimale del femore e suddivisi, secondo un criterio di randomizzazione numerica, in due gruppi: gruppo A (73 pazienti) e gruppo B (84 pazienti). Il gruppo A è il gruppo che viene monitorato telefonicamente settimanalmente da operatori del call-center e-care Cup2000 per un anno e dal medico ortopedico a 1, 3, 6, 12 mesi che sottopone loro, o ad un familiare, una scheda ortogeriatrica (ADL, IADL, valutazione funzionale). Il gruppo B è quello di controllo, non viene monitorato settimanalmente ma contattato solo dallo specialista a 6 e 12 mesi con la scheda ortogeriatrica.

Risultati. Sono stati presi in considerazione vari parametri per il confronto a 6 mesi e 12 mesi come la mortalità: gruppo A 16 (11,68%), gruppo B 23 (19,09%); ricovero in struttura: gruppo A 7 (5,11%), gruppo B 1 (0,83%); IADL: il punteggio migliore 4/17 nel gruppo A è presente nel 28.21% dei pazienti, nel gruppo B nel 9,76%; ADL: 6/6 nel gruppo A 41,03%, gruppo B 34,15%; la mobilità (Figg. 1 e 2): presente nel 92% del gruppo A, 86% del gruppo B; metri percorsi ≥ 10: gruppo A il 74,36%, gruppo B il 43%; cambiamenti nell'abitazione: i risultati sono sovrapponibili per quanto riguarda nessun cambiamento, gruppo A 74,36% e gruppo B 73,17%; Cambiamento familiare: nessuno il 64, 16% per il gruppo A, 56,10% per il gruppo B, tra i cambiamenti invece, la maggioranza ha dovuto ricorrere all'aiuto di una badante (25,64% gruppo A, 29,27% gruppo B).

Conclusioni. Confrontando i due gruppi si può rilevare che il gruppo A monitorato ha raggiunto, in complesso, una qualità della vita migliore rispetto il gruppo B di controllo, ha una ripresa migliore e più rapida. Per quanto riguarda la mortalità i risultati dei due gruppi sono sovrapponibili, in linea con la letteratura e l'esperienza raccolta nel nostro reparto. Pensiamo che la differenza di risultati evidenziata possa essere legata al monitoraggio costante da parte degli operatori e dello specialista che ha determinato una maggiore soddisfazione e sicurezza nei pazienti.

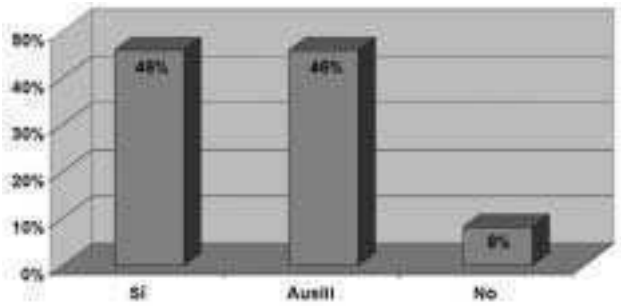


Fig. 1. Mobilità nel gruppo attivo.

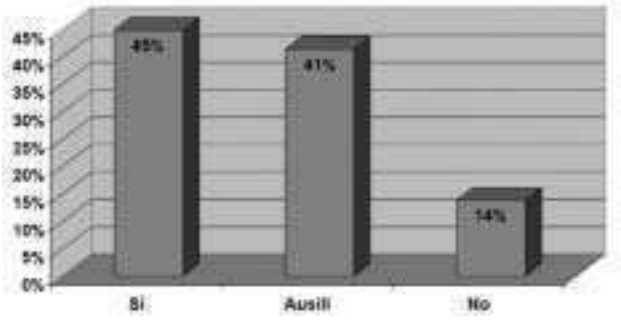


Fig. 2. Mobilità nel gruppo di controllo.

Bibliografia

1 Lega Italiana Osteoporosi. Dati e Notizie. 2002.

2 Pedrazzoni M, Alfano FS, Gatti C, Nigro E, Mazzola M, Ulietti V, et al. *Studio epidemiologico sulle fratture del collo del femore nella provincia di Parma (1980-1992).* Minerva Medica 1994;85:379-86.

3 Parker MJ, Myles JW, Anand JK, Drewett R. *Cost-benefit analysis of hip fracture treatment*. J Bone Joint Surg 1992;74B:261-4.

LETTURA

Caloric restriction as an anti-aging intervention: benefits, potential pitfalls and mimetics

E. Marzetti[1 2], S.E. Wohlgemuth[1], J. Xu[1], A.Y. Seo[1], S. Giovannini[1 2], S. Anton[1], C. Carter[1], T. Manini[1], G. Bianchi[3], L. Fontana[4 5], A.M.S. Lezza[6], C. Leeuwenburgh[1]

[1] Department of Aging and Geriatric Research, Institute on Aging, Division of Biology of Aging, University of Florida, Gainesville, USA; [2] Department of Gerontology, Geriatrics and Physiatrics, Catholic University of the Sacred Heart, Roma, Italy; [3] Scharper Milan, Italy; [4] Division of Nutrition and Aging, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italy; [5] Division of Geriatrics and Nutritional Science, Washington University in St. Louis, USA; [6] Department of Biochemistry and Molecular Biology "E. Quagliariello" University of Bari, Bari, Italy

Declining physical activity and performance in the context of loss of skeletal muscle mass with age is virtually a wide-spread feature that has been documented in several species, including worms, fruit flies, rodents, non-human primates and humans. This age-related loss of muscle mass and strength (sarcopenia) represents an important risk factor for disability and mortality in older subjects and has been linked with cellular energy deficit and increased apoptosis. Several key theories on aging describing the mechanisms underlying sarcopenia have recently focused on the viability of mitochondria given their central role in controlling energy production and death processes within cells. Indeed, mitochondria have a critical role in ATP production, oxidant release and regulation of cell death (apoptosis). Primarily, unknown factors leading to a decrease in aerobic energy efficiency are linked with mitochondrial mutations which may result in apoptosis. Moreover, deregulation of autophagy (degradation of long-lived proteins and organelles, such as the mitochondria, and subsequent recycling of macromolecular constituents) in post-mitotic tissue might also be responsible for the age-associated cellular energy failure. Additionally, alterations in specific signaling pathways, such as metabolic byproducts that affect AMP-activated protein kinase (AMPK), may play a role in both the cell survival response and apoptotic response depending on energy depletion. There is supporting evidence that apoptosis in aging skeletal muscle may be due, at least in part, to the progressive decline in mitochondrial function and the resulting energy depletion within the cell. Finally, mitochondrial dysfunction is also modulated by oxidative damage to macromolecules, including mtDNA, RNA and proteins, essential components for optimal mitochondrial function. Therefore, understanding the confluence of these age-related changes in mitochondrial functioning may lead to the development of interventions to prevent functional decline. For example, life-long caloric restriction (CR) has been found to improve health and slow the aging process in numerous species. The attenuation of oxidative stress may be one key mechanism through which CR delays the onset of morbidity, increases lifespan, and reduces the risk of developing a number of pathological conditions. Therefore, the health benefits of CR may be due, at least in part, to a reduction in the amount of mitochondrial oxidant production. Interestingly, CR and, more recently, exercise training have been found to beneficially affect both mitochondrial function and apoptotic signaling in skeletal muscle of both young and old animals. In addition, data available so far suggest that chronic exercise may serve to enhance antioxidant enzyme activities, and augment certain cellular repair/removal pathways, thereby reducing the amount of oxidative tissue damage. Additionally, autophagy and protein degradative mechanisms may be critical for maintaining cellular health and tissue function. CR studies in animals have typically utilized a 30-40% restriction regimen, but we have recently shown that 8% CR provides a number of beneficial health effects and may have the advantage of being more applicable to human subjects. We have now animal data which indicate that even a small reduction in food intake can provide protective effects against sarcopenia, oxidative stress and cellular remodeling in aging skeletal muscle. Moreover, in a recent human study we compared the effects of 20% caloric restriction or 20% exercise alone over a one year period on oxidative damage to DNA and RNA, as assessed through white blood cells and urine analyses. This study provided evidence that negative energy balances induced through either CR or exercise resulted in substantial and similar improvements in markers of DNA and RNA damage in white blood cells, potentially indicative of reduced systemic oxidative stress. More recently, *calorie restriction mimetics* (CRM) *have been*

developed mimic the substantial anti-aging effects that *CR* has on many animal models. Examples of CRM are resveratrol or other nutritional mixtures, which presumably affect similar biochemical pathways as CR. In this presentation we will discuss the most recent evidence regarding the relevance of skeletal muscle apoptosis in sarcopenia, as well as its modulation by calorie restriction, exercise and other nutritional interventions.

This research was supported by grants from the National Institute of Health to CL (AG17994 and AG21042) and a University of Florida Claude D. Pepper Older Americans Independence Center NIH grant (1 P30 AG028740) [1-12].

References

1 Barger JL, Kayo T, Vann JM, Arias EB, Wang J, Hacker TA, et al. *A low dose of dietary resveratrol partially mimics caloric restriction and retards aging parameters in mice.* PLoS ONE 2008;3:e2264.

2 Dirks Naylor AJ, Leeuwenburgh C. *Sarcopenia: the role of apoptosis and modulation by caloric restriction.* Exerc Sport Sci Rev 2008;36:19-24.

3 Giovannini S, Marzetti E, Borst SE, Leeuwenburgh C. *Modulation of GH/IGF-1 axis: Potential strategies to counteract sarcopenia in older adults.* Mech Ageing Dev 2008.

4 Hofer T, Marzetti E, Xu J, Seo AY, Gulec S, Knutson MD, et al. *Increased iron content and RNA oxidative damage in skeletal muscle with aging and disuse atrophy.* Exp Gerontol 2008;43:563-70.

5 Hofer T, Fontana L, Anton SD, Weiss EP, Villareal D, Malayappan B, et al. *Long-term effects of caloric restriction or exercise on DNA and RNA oxidation levels in white blood cells and urine in humans*. Rejuvenation Res 2008;11:793-9.

6 Kim JH, Kwak HB, Leeuwenburgh C, Lawler JM. *Lifelong exercise and mild (8%) caloric restriction attenuate age-induced alterations in plantaris muscle morphology, oxidative stress and IGF-1 in the Fischer-344 rat.* Exp Gerontol 2008;43:317-29.

7 Marzetti E, Lawler JM, Hiona A, Manini T, Seo AY, Leeuwenburgh C. *Modulation of age-induced apoptotic signaling and cellular remodeling by exercise and calorie restriction in skeletal muscle.* Free Radic Biol Med 2008;44:160-8.

8 Marzetti E, Groban L, Wohlgemuth SE, Lees HA, Lin M, Jobe H, et al. *Effects of short-term GH supplementation and treadmill exercise training on physical performance and skeletal muscle apoptosis in old rats.* Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2008;294:R558-67.

9 Marzetti E, Wohlgemuth SE, Lees HA, Chung HY, Giovannini S, Leeuwenburgh C. *Age-related activation of mitochondrial caspase-independent apoptotic signaling in rat gastrocnemius muscle.* Mech Ageing Dev 2008.

10 Seo YA, Xu J, Servais S, Hofer T, Wohlgemuth S, Marzetti E, et al. *Mitochondrial iron accumulation with age; consequences for mitochondrial function.* Aging Cell 2008.

11 Strong R, Miller RA, Astle CM, Floyd RA, Flurkey K, Hensley KL, et al. *Nordihydroguaiaretic acid and aspirin increase lifespan of genetically heterogeneous male mice.* Aging Cell 2008.

12 Xu J, Knutson MD, Carter CS, Leeuwenburgh C. *Iron accumulation with age, oxidative stress and functional decline.* PLoS ONE 2008;3:e2865.

9° Corso Multiprofessionale di Nursing

L'assistenza all'anziano: nuovi problemi, nuove risposte

Giovedì, 27 novembre 2008

Simposio

EDUCARE E SOSTENERE LA FAMIGLIA: UNA SFIDA

Moderatori: I. Orlando (Borgonovo V.T.), E. Zanetti (Brescia)

Assistere l'anziano a domicilio: l'infermiere di comunità

O. Altomare

Azienda per i Servizi Sanitari n. 1, Distretto n. 3, Trieste

Nonostante i risultati positivi ottenuti in relazione alla durata della vita, la questione degli anziani spesso è presentata come un *problema* in termini economici e di consumo di risorse. In realtà il problema è una visione settoriale che non consente di leggere e affrontare in modo globale i bisogni di una comunità. È necessario invece un approccio che di una comunità sappia valorizzare le risorse piuttosto che evidenziare i limiti, che sappia tessere relazioni piuttosto che isolare patologie.

È necessaria una visione della comunità che ci deve far considerare non singole patologie e singoli settori, ma la struttura della popolazione nel suo insieme. I dati sulle caratteristiche della popolazione trasmettono informazioni-bisogni ai quali devono seguire progetti e idee che sappiano interpretare e anticipare il futuro. Poiché il presente lo abbiamo in prestito dalle future generazioni, dobbiamo immedesimarci in quel futuro con la consapevolezza che il tempo delle riforme è lungo. Non iniziare vuole dire accettare per noi ciò che oggi superficialmente o pigramente ci sembra giusto per altri.

La Provincia di Trieste, al 31 dicembre 2006, conta 239.717 abitanti. La piramide dell'età della popolazione provinciale è del tipo a *mitria* o a *bulbo*: rappresenta la situazione dei Paesi demograficamente senili. La sostituzione di una generazione con la seguente non è più assicurata (fase di regresso demografico). La componente anziana (over65enne) è pari al 27% della popolazione; il 13,5% è costituito da ultrasettantacinquenni.

Il giornale locale così scrive "… con la bellezza di 101 centenari il Comune di Trieste si aggiudica il primato nazionale per il più alto numero di persone che hanno superato il secolo di vita. Ben 3.84 ogni 10.000 abitanti …" [1].

Ma la peculiarità triestina, oltre ai centenari, è data dal fatto che la metà di circa 119.000 famiglie è costituita da persone che vivono sole, di queste il 37% con più di settanta anni, per la quasi totalità donne. Per queste persone ad esempio: un conto è vivere soli in un paese dove i giovani emigrano, altro è vivere in un paese dove i giovani rimangono. Un conto è avere servizi sotto casa, altro è averli a distanza di chilometri e così via.

Ragionare per categorie e senza leggere il contesto, porta a una parcellizzazione degli interventi, e induce risposte che, per sostenere una parte, danneggiano l'altra; un esempio calzante è quanto accaduto a Trieste negli anni Ottanta e Novanta quando gli istituti per anziani sono divenuti il nuovo settore sul quale investire e creare posti di lavoro dopo il crollo degli scambi con i paesi dell'Est e la perdita di tessuto economico.

In quegli anni sono sorte case di riposo private che davano senso di normalità ed erano ricavate dall'unificazione di appartamenti in condomini. Nello stesso periodo si de-istituzionalizzava il malato mentale e si istituzionalizzava l'anziano in assenza di progettualità sul tema dell'invecchiamento.

Oggi la provincia di Trieste conta più di 3.000 anziani istituzionalizzati. È fondamentale invertire questa tendenza andando incontro alla domanda, senza aspettarla nella manifestazione finale, quando, agli ingressi esuberanti nel pronto soccorso, alle richieste multiple di farmaci, medici, ricoveri, applichiamo l'etichetta domanda impropria ed istituzionalizziamo.

I manicomi, le case di riposo e le comunità per bambini, altro non sono che il fallimento dei saperi professionali, l'assenza di intelligenze di sistema, che si nascondono dietro all'alibi: è stato fatto tutto il possibile, però ...

È in risposta a queste emergenze che nella nostra azienda si sviluppa l'infermiere di comunità: ciò che contraddistingue questo professionista non è l'assegnazione a un determinato territorio o una competenza che riguarda una parte del personale infermieristico, ma lo stile di lavoro, il modello concettuale che permea tutta l'organizzazione. Essere infermiere di comunità significa interagire con una gamma infinita di storie. Nulla di ciò che accade in una comunità è neutrale rispetto ad essa e al singolo. Ogni modo di stare in un luogo, nasce da una particolare serie di intrecci e incroci in un determinato territorio; così come ogni individuo è unico, unica è anche la comunità ed altrettanto unico sarà il rapporto tra i due. Per comprendere questo universo sono rilevanti l'empatia, le capacità relazionali e le attitudini creative.

L'infermiere di comunità nella nostra azienda è l'evoluzione dell'infermiere di famiglia, sperimentazione avviata nel 1999, in un'area del Distretto n. 3, nel contesto del progetto "Habitat e salute delle comunità" [2]. Con il progredire delle attività si acquisisce la consapevolezza che l'intervento nel contesto famiglia non è sufficiente, che la rete necessaria affinché l'individuo venga garantito rispetto al diritto alla salute deve necessariamente estendersi oltre alle mura domestiche. Emerge altresì che ciò che l'OMS predica sin dai tempi della sua costituzione è requisito imprescindibile per promuovere la salute: la sanità da sola non basta, i determinanti di salute comprendono il lavoro, la scuola, la casa, il reddito, l'ambiente. Certo, ci sono anche i fattori individuali ma incidono solo in parte.

La dimensione in cui si situa l'infermiere di comunità è il nursing in rete: la rete condivide i saperi, e dal tecnicismo arriva alla comunità di pratiche. La pluralità di attori supera il centralismo dei ruoli e persegue il lavoro in squadra.

Il "nursing in rete" deve necessariamente accompagnarsi ad uno stile organizzativo capace di valorizzare competenze e professioni coerenti con le mutate esigenze di salute; capace di dialogare con gli attori del sistema e con i portatori di interessi per promuovere l'inte-

[1] Quotidiano di Trieste Il Piccolo del 14 settembre 2008.

grazione, lo sviluppo della comunità e governare la turbolenza che caratterizza contesti aperti, complessi e costantemente in divenire.
Determinante è il ruolo della leadership: abbandona lo stile gerarchico e il controllo per divenire guida e sostegno. Valorizza il protagonismo e le capacità dei singoli, sapendo cogliere di ciascuno talento ed attitudini, e sa stare dietro le quinte: la funzione è la regia. I grandi obiettivi si conquistano attraverso alleanze e gioco di squadra. Il valore non nasce dalla omologazione e dall'appiattimento, ma dalla pluralità degli stili e dall'autonomia. La funzione principale della direzione del servizio infermieristico distrettuale è responsabilizzare il personale. Attraverso la responsabilizzazione si governa l'autonomia, si assicurano l'efficacia del servizio e l'abbreviazione dei processi decisionali. Per prendere una decisione non è richiesto di attraversare i livelli gerarchici. In altre parole, una volta definiti gli obiettivi, tutto ciò che riguarda l'area di competenza è gestito dall'infermiere che in autonomia risponde del progetto assistenziale, dell'attivazione della rete.
Operare in un sistema a rete aiuta i professionisti ad abbandonare il modello prestazionale che ci vuole esecutori di segmenti di percorso, per assumere la funzione di gestori di processi e flussi. La pro-attività – anima dell'infermiere di comunità – richiede la presenza sul campo di operatori attivisti in grado di: leggere i problemi e costruire relazioni; mettere in atto approcci innovativi; dismettere pratiche e logiche organizzative obsolete.
Lavorare in rete implica riconoscere al cittadino, e/o a chi lo rappresenta, di essere il protagonista principale al quale con trasparenza va anche detta la verità sulle risorse disponibili ancorché inadeguate. La qualità deve uscire dalle logiche burocratiche e proceduralizzanti e divenire un processo condiviso al quale il cittadino partecipa ed ha le competenze per valutare aspetti che vanno oltre alla qualità percepita. Dobbiamo metterlo in grado di capire che la contenzione, l'ausilio per l'assorbenza al posto dell'andare in bagno, la lesione da decubito, non sono conseguenze inevitabili, ma errori che devono essere evitati. Ed è attraverso la comprensione degli errori che i professionisti acquisiscono e diffondono saperi. Misurano la bontà delle risposte assumendo il punto di vista del cittadino e imparano a non dare false traduzioni delle risposte improprie.
La condivisione della buone pratiche necessita di linguaggi comuni. Ogni attore della rete ha un codice comunicativo che crea senso di appartenenza ad un gruppo di potere; la semplificazione del linguaggio è il primo passaggio per garantire al cittadino di essere partner e non paziente; per rimuovere le barriere comunicative non meno invalicabili di quelle architettoniche.
Lo sviluppo del nursing di comunità parte dai presupposti teorici e si sostanzia nella pratica: il primo passaggio fondamentale è la presenza di servizi a copertura totale, cioè sulle ventiquattro ore. Se il cittadino non trova servizi di prossimità immediatamente disponibili, è inevitabile che non riconosca il sistema di cure primarie e si rivolga al sistema 118, al Pronto Soccorso, alla degenza ospedaliera. Il servizio infermieristico dei distretti, compatibilmente con le risorse assegnate, già dal 1996 ha iniziato ad ampliare gli orari di servizio, a partire dall'assistenza domiciliare che dal 2005 garantisce anche la notte in pronta disponibilità. È in fase di consolidamento l'apertura sulle dodici ore dei Centri Sanitari Distrettuali in tutti e quattro i distretti, per arrivare, passo dopo passo, al circuito sanitario distrettuale h 24, in grado di operare in sinergia e continuità con il sistema 118, la guardia medica, il medico di famiglia e l'ospedale.
Altro aspetto imprescindibile è la continuità assistenziale. Senza comunicazioni tra i servizi e la definizione di percorsi, nessuna risposta può dirsi di qualità. Lasciare il cittadino solo a districarsi nel labirinto dei nostri servizi, significa innanzitutto perdere la sua fiducia e avere:
– cadute di efficacia ed efficienza per l'allungamento dei tempi;
– duplicazione di risposte;
– inappropriatezza degli interventi;
– spreco di risorse.

Si pensi al tempo necessario alla ricostruzione della storia clinica degli anziani quando a monte non avviene la consegna da chi ha risposto a una parte del percorso terapeutico.
Per concludere, il sistema descritto si evidenzia in primis come un'organizzazione di persone, una comunità pedagogica diffusa. Il concetto chiave è la riflessività organizzativa che avviene attraverso momenti di confronto, per analizzare risultati, dati, ma soprattutto per riflettere sulle pratiche con la narrazione delle storie. Quest'ultima diviene strumento di formazione, i singoli operatori fanno testimonianza della loro pratica per diffondere saperi ed errori: un insieme di professionalità si trasforma così in comunità di pratiche.

Bibliografia

Altomare O, Reali M, (a cura di). Convegno Internazionale "Sistema di Salute di Comunità. (Trieste, 29 e 30 settembre 2003), Trieste: Confini Impresa Sociale-Stella Arte Grafica 2005.

Bicego L, Mislej M. *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche.* Roma: Carocci Faber 2007.

Buiatti E, Geddes M, Maciocco G. I Ed. *Maunale di sanità pubblica.* Roma: NIS Nuova Italia Scientifica 1981.

Bulmer M. *Le basi del community care – Sociologia delle relazioni informali di cura.* Trento: Centro Studi Erickson 2006.

Maccacaro GA. *Per una medicina da rinnovare.* Milano: Feltrinelli Editore 1979.

Mislej M. *Nursing abilitante-l'arte del compromettersi con la presa in carico*. Roma: Carocci Faber 2006.

Mislej M, Paoletti F. *L'infermiere di famiglia e di comunità e il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile.* San Marino: Maggioli Editore 2008.

Monteleone R, (a cura di). *La Contrattualizzazione nelle politiche sociali – forme ed effetti.* Roma: Officina Edizioni 2007.

Ongaro Basaglia F, (a cura di). *Franco Basaglia – L'utopia della realtà*. Torino: Einaudi 2005.

Rossi B., Mario Tommasini - *Eretico per amore,* Reggio Emilia, Diabasis, 2006.

Rotelli F. *Per la normalità – Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma.* Trieste: Edizioni Asterios 1990.

[2] Il progetto nasce nel 1998 su iniziativa della nostra Azienda ed è condiviso dall'ente che gestisce gli alloggi popolari (ATER) e dal Comune di Trieste. Esso seleziona, come aree d'azione integrata, quattro zone con edifici di edilizia residenziale pubblica, dove è già intensivo l'intervento dell'ente locale. Per ogni famiglia con una persona di età superiore ai sessantacinque anni viene individuato un a figura infermieristica di riferimento. Il progetto prevede l'implementazione di azioni indicate dal documento Health21 della regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: interventi sinergici tra enti, associazioni, rappresentanze dei cittadini per promuovere la salute.

Infermieristica in una Geriatria Territoriale: competenze per rispondere ai bisogni dell'anziano e del caregiver

M. Marini, F. Benninati, M. Romani, M. Romoli, R. Bernazzi, P. Guglielmi, A. Niccolai, D. Mati, R. Raffaelli[1]

Infermiere U.O. Geriatria, ASL 3 Pistoia; [1] Direttore U.O. Professioni infermieristiche e ostetriche, ASL 3 Pistoia

Le "competenze" sembrano, ad oggi, essere il linguaggio con il quale i mondi della formazione, dell'istruzione e del lavoro potranno trovare un codice comune di dialogo e interscambio.

La definizione precisa di competenza è molto difficile da stabilire poiché il termine presenta molte sfaccettature, e racchiude molti significati; quindi secondo il contesto e la cultura in cui viene utilizzato non è possibile essere esaustivi. Nella maggior parte dei casi è attribuita grande importanza alla contestualizzazione, ovvero al fatto che la competenza è tale se attivata in un contesto specifico.

Molti Autori si sono occupati di definire e analizzare questo concetto e concludendo possiamo affermare che una persona è in possesso di una competenza quando dimostra di avere capacità, abilità e conoscenze che le permettono di svolgere un lavoro, in una determinata situazione, attivando e mobilizzando le proprie risorse. È ovvio che le risorse dell'individuo non sono solo tecnico-specialistiche ma anche personali, sociali.

Il gruppo infermieristico dell'Unità Operativa di Geriatria e la Dirigenza Infermieristica di Pistoia hanno cercato, partendo dalle attività, di riconoscere le competenze tecnico-professionali degli Infermieri che operano nel *setting* geriatrico della propria Azienda Sanitaria.

Descrivere e analizzare le attività quotidiane significative e caratterizzanti del proprio profilo per riconoscere le competenze specifiche non è semplice, ma necessario, per poterle sviluppare a vantaggio delle persone assistite.

Le attività dell'infermiere in Geriatria della ASL 3 Pistoia. L'esperienza dell'Infermiere con questa specifica competenza, nasce a Pistoia nel 2001 e nel tempo è divenuta sempre più visibile. Attualmente trova espressione nelle seguenti attività:

*Ambulatoriale***.** L'Unità Operativa di Geriatria è "Centro Diagnosi e cura di disturbi cognitivi": in un anno vengono effettuate ~ 3000 visite.

Gli anziani sono sottoposti ad un monitoraggio clinico-funzionale ambulatoriale, mentre, dal punto di vista assistenziale, il controllo deve essere effettuato in base al bisogno e, per conseguire i massimi benefici, proseguire a domicilio.

L'ambulatorio è, nella gran parte dei casi, il luogo dove avviene il primo contatto con il malato e la famiglia ed in cui l'area di autonomia professionale trova spazio ed espressione attraverso specifiche modalità di risposta al bisogno.

In ambulatorio l'infermiere effettua la valutazione neuropsicologica estesa, rileva e valuta la presenza dei disturbi del comportamento al fine di correggerne le possibili cause; educa (conoscenza/consapevolezza di malattia) e, in caso di bisogno, indirizza il caregiver alla rete dei servizi.

Inoltre, in questo luogo, vengono individuati soggetti per i quali è necessario effettuare un monitoraggio ambientale prevedendo, in casi selezionati, la visita domiciliare.

Domiciliare. In questi anni, attraverso la rete territoriale dei servizi, si è cercato di personalizzare le risposte assistenziali al fine di garantire il massimo beneficio per l'anziano e la famiglia effettuando interventi domiciliari rivolti ad una casistica selezionata di soggetti già seguiti in ambulatorio:

– affetti da demenza che vivono soli;
– inadeguata gestione dell'assistenza per scarse conoscenze;
– caregiver con elevato stress;
– altre condizioni di bisogno.

Il caregiver, continua a svolgere un ruolo di primo piano nell'assistenza all'anziano disabile e nella maggior parte dei casi, quelli che manifestano un elevato disagio, sono impegnati nella cura di anziani con patologie invalidanti (es. la Demenza), oppure reduci da recente ricovero o con elevato grado di disabilità derivante da perdita improvvisa dell'autonomia.

Le suddette condizioni rappresentano il principale motivo di ricorso Servizio ed è per questo che l'intervento domiciliare costituisce la risposta indispensabile per garantire l'effettiva presa in carico del soggetto.

Unità Valutativa Multidimensionale (UVM). L'équipe multiprofessionale identifica le necessità dell'anziano, predispone, attua e verifica il progetto personalizzato di assistenza.

L'infermiere della Geriatria è uno dei componenti dell'UVM e si occupa della valutazione e del monitoraggio dei bisogni sanitari-assistenziali di tutti i casi che vi afferiscono.

L'infermiere della Geriatria effettua la valutazione, Il monitoraggio e la verifica a domicilio e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.

L'intervento è rivolto ad anziani con bisogno di presa in carico dalla rete dei servizi in quanto ricoverati o/e in presenza di bisogno socio-sanitario complesso.

Al contempo, nell'ottica della qualità della risposta resa dalla rete dei servizi, l'infermiere è componente della "Commissione di Vigilanza e controllo sulle strutture di ospitalità residenziali e semi-residenziali", la quale effettua regolarmente il sopralluogo in tutte le strutture, come stabilito da normativa vigente.

"Percorso frattura di Femore". L'Infermiere della Geriatria è componente dell'équipe del "Percorso frattura di femore" e garantisce la continuità delle cure ospedale/territorio nella seguente casistica:

– soggetto molto anziano (> 85 anni) o anziano con patologie cliniche che lo rendono ad elevato rischio di non autosufficienza e/o con perdita dell'autonomia precedente la frattura;
– soggetto con più di 65 anni con problematiche sociali (solo o con convivente anziano e senza figli).

Mappatura delle Competenze dell'Infermiere dell'U.O. Geriatria

Competenze:. Assistenza all'anziano che presenta

– fragilità (anziano a domicilio ad elevato rischio di disabilità),
– disturbi cognitivi/comportamentali,
– bisogno di presa in carico nella rete dei servizi: anziano con frattura di femore/ictus in ospedale o/e anziano con bisogno socio-sanitario complesso ed afferente all'Unita di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Educazione e prevenzione.
Obiettivi:
– individua i bisogni assistenziali;
– gestisce l'assistenza infermieristica;
– valuta il percorso assistenziale;
– educa l'anziano e/o la famiglia/caregiver.
Attività:
– effettua la diagnosi assistenziale;
– individua le risorse della famiglia e della rete dei servizi;
– identifica nella persona assistita e nei suoi familiari il tipo ed il livello di reazioni alle modifiche clinico-funzionali ed al loro trattamento;
– utilizza strumenti per l'accertamento mirato dello stato funzionale, cognitivo-comportamentale, fisico, sociale e dei bisogni assistenziali, come previsto dalla recente normativa della Regione Toscana;
– è componente dell'UVM e partecipa alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
– redige il piano assistenziale di competenza infermieristica;
– utilizza strumenti (Linee Guida, procedure, protocolli) progettati con l'équipe o da altri servizi per uniformare le modalità operative;
– monitora il PAI nei diversi *setting* della rete dei servizi (residenziale, ospedaliero, domiciliare);
– pianifica interventi assistenziali al personale di supporto (assistenti di base, assistenti familiari);
– assume decisioni assistenziali in coerenza della dimensione legale ed etica dei casi affrontati (consenso all'assistenza nel soggetto con demenza, necessità dell'amministratore di sostegno);
– gestisce l'incontro della persona assistita con associazioni e volontari che offrono attività di supporto;
– verifica l'efficacia del PAI e la sua evoluzione nel tempo al fine di ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione e/o ricoveri impropri;
– verifica l'efficacia del Piano Assistenziale di competenza infermieristica;
– tara l'intervento educativo in base alle caratteristiche del soggetto e della famiglia;
– definisce e attua una tecnica di counseling focalizzato sul problema potenziale o reale: prevenire/ridurre i fattori di rischio di disabilità, promuovere l'autogestione della malattia da parte del soggetto e della famiglia (ad es. educazione del caregiver dell'anziano affetto da demenza);
– verifica il grado di apprendimento rispetto ad informazioni date e/o comportamenti appresi.

Attualmente il personale è in possesso di formazione specifica (Corsi di Perfezionamento e/o Master di primo livello) oppure ha effettuato un training formativo di almeno 6-8 mesi.
Per il futuro sarebbe auspicabile che il personale assegnato fosse in possesso di formazione universitaria post-base, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e di favorire lo sviluppo di competenze infermieristiche avanzate.
Le attività previste per realizzare lo sviluppo di competenze sono:
– audit periodici;
– auto-formazione ed aggiornamento continuo per lo sviluppo di conoscenze e competenze professionali;
– attività di consulenza;
– programmi educativi e informativi indirizzati all'anziano ed al caregiver;
– interventi educativi rivolti al personale nell'area di competenza;
– attività di tutorato clinico nei confronti di studenti del CdL in Infermieristica e Corsi di perfezionamento e/o Master in "Gestione dell'assistenza Infermieristica in Geriatria".

Possibili sviluppi di applicazione delle competenze. La specificità delle competenze sarebbe spendibile anche in quei luoghi non specificamente geriatrici, ma che ugualmente curano un numero elevato di anziani; e dove troviamo ancora oggi un'insoddisfacente cura dell'anziano, si pensi per esempio, all'inadeguata prevenzione del delirium, all'improprio ricorso alla contenzione, al mancato riconoscimento di segni precoci di malnutrizione o dei disturbi della deglutizione, ecc.
Anche nell'assistenza territoriale si dovrebbe prevedere l'applicazione delle competenze dell'Infermiere Geriatrico nel riconoscimento della fragilità; il dato valutativo, confrontato nel tempo, potrebbe identificare con tempestività tale condizione [1].
Ancora, nell'organizzazione dell'assistenza residenziale per moduli (cognitivo, motorio, stato vegetativo) questo tipo di competenza è in grado di fornire consulenza specifica per la realizzazione di un servizio che sia una vera risposta all'anziano ed alla sua famiglia.
Esistono delle prove di efficacia che documentano l'efficacia di tale approccio:
– riduzione dell'istituzionalizzazione: l'infermiere geriatrico utilizza la Valutazione Multidimensionale come metodo di accertamento e risposta ai bisogni dell'anziano e, se all'interno dell'équipe, assume il ruolo di case-manager [2]. L'infermiere esperto nella gestione del soggetto affetto da demenza e che riveste il ruolo di case-manager, offre un sistematico e comprensivo supporto per i malati ed i familiari e al contempo migliora la qualità di vita dell'anziano e del caregiver [3];
– riduzione della gravità/frequenza dei disturbi comportamentali e stress del caregiver: l'infermiere geriatrico assume la funzione di case-manager di un gruppo multiprofessionale nel contesto delle cure primarie [4].

Inoltre, le attuali competenze ben rispondono al profilo dell'infermiere specialista in Geriatria il quale è in possesso di competenze avanzate per gestire l'assistenza all'anziano, ed in linea con i dati di letteratura, svolge funzioni di assistenza diretta rivolta a pazienti in situazioni particolarmente complesse sul piano clinico e relazionale [5], ma riveste un ruolo fondamentale anche nell'educazione del paziente e del caregiver, fungendo da "guida esperta" per sviluppare capacità di autocura e di autogestione della malattia. A differenza di un infermiere con un livello di formazione di base inoltre assume funzioni di supervisione, di sostegno e consulenza ai colleghi, facendosi promotore di processi di cambiamento [6 7].
Nella nostra azienda Direzione delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche ha promosso da tempo un modello assistenziale basato sul Nursing Avanzato e le attuali competenze dell'infermiere dell'U.O. di Geriatria risultano essere totalmente coerenti con tale approccio.

Bibliografia

1 Cooper RA. *New directions for nurse practitioner and physician assistants in the era of physician shortages.* Acad Med 2007;82:827-8.

2 Onder G, Liperoti R, Bernabei R, Landi F. *Case management, preventive strategies, and caregiver attitudes among older adults in home care: results of the ADHOC study.* J Am Med Dir Assoc 2008;9:337-41.

3 Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. *Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial.* JAMA 2006;295:2148-57.

4 Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivelä SL, Sivenius J, Sulkava R. *Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers:a randomized trial. J* Am Geriatr Soc 2001;49:1282-7.

5 Gillis C. *Education for Advanced Practice Nursing.* In: Hickey JV, Oumette RM, Venegoni SL, eds. *Advanced Practice Nursing. Changing roles and clinical applications.* Second Ed. Lippincottt 2000.

6 Pearson A, Peels S. *Advanced practice in nursing: international perspective.* Intern J Nurs Practice 2002;8:S1-S4.

7 Bourbonniere M, Evans LK. *Advanced practice nursing in the care of frail older adults.* J Am Geriatr Soc 2002;50:2062-76.

Assistere l'anziano a domicilio: il ruolo del "badante"

C. Melchiori, M. Mencucci[1]

ASF Nuovo "San Giovanni di Dio", Reparto di Medicina, Firenze; [1]"San Giovanni di Dio", Direzione Infermieristica, Firenze

All'interno del fenomeno immigratorio italiano, una corrente con caratteristiche peculiari è quella delle lavoratrici provenienti, per la maggior parte, dall'est europeo che trovano facilmente lavoro in Italia come "badanti".

Con questo termine, nel gergo dei servizi socio-sanitari, vengono definite quelle persone che si occupano di fornire cure e spesso assistenza al domicilio degli anziani.

Il "badantato" è un fenomeno in crescita ed ha assunto, nel nostro paese, un peso specifico significativo infatti molti esperti sull'argomento sostengono che un improvviso estinguersi di questa risorsa determinerebbe il collasso delle strutture sanitarie ed assistenziali che si occupano degli anziani.

I motivi che hanno portato alla rapida diffusione di questo fenomeno sono essenzialmente tre:

– l'invecchiamento della popolazione;
– il cambiamento degli stili di vita della famiglia;
– l'insufficienza delle strutture e dei servizi socio-assistenziali.

Per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione, a cui è legato l'aumento numerico degli anziani non autosufficienti, le statistiche dell'ONU pongono l'Italia al primo posto nel mondo con la più alta percentuale di anziani oversessantacinque e ciò è principalmente dovuto all'allungamento della aspettativa di vita da una parte e alla forte contrazione delle nascite dall'altra.

Nel 2007, la percentuale degli ultrasessantacinquenni nel nostro paese è del 19,9%; nel 2030 costituirà il 26,5%, pari a 14,4 milioni di persone, e nel 2045 è previsto un aumento superiore al 30% dell'intera popolazione. Aumenteranno soprattutto i grandi anziani (overottanta) che attualmente costituiscono il 5,3% della popolazione e le proiezioni al 2045 indicano un aumento percentuale fino al 12%. All'invecchiamento si accompagna una maggiore incidenza della disabilità che coinvolge il 12% degli ultrasessantacinquenni (2,5 milioni); se si considerano però i grandi anziani, 1 su 3 è affetto da disabilità. La considerazione importante che ne scaturisce è che l'allungamento della vita media farà aumentare la condizione di disabilità.

I cambiamenti della società avvenuti negli ultimi decenni hanno determinato mutamenti del nucleo familiare con la donna sempre più inserita nel mondo del lavoro non domestico, da cui scaturisce la sempre crescente complessità e difficoltà a conciliare tempi di lavoro e tempi di cura in ambito familiare. Tuttavia non solo gli impegni lavorativi ma anche l'esigenza di garantire un'assistenza continuativa fa scegliere a molte donne che lavorano un sostegno a tempo pieno per il familiare anziano. Da una ricerca effettuata in Lombardia intervistando 35 donne, è emerso che, con l'apporto della badante, esse non solo si sentono più tranquille sapendo che c'è una persona "fissa" a casa con la persona in difficoltà ma anche che la badante alleggerisce sensibilmente il loro carico psicologico e di lavoro.

I servizi territoriali sia sociali che sanitari pur offrendo una sempre crescente quantità e qualità di prestazioni domiciliari, non riescono a tenere il passo con la domanda di assistenza che presenta un aumento costante ed incontrollato. A tale domanda di assistenza non è possibile rispondere nemmeno con l'aumento numerico delle case di cura e delle residenza sanitarie assistite (RSA) per un particolare fenomeno culturale insito nel nostro paese: gli italiani non vogliono finire in ospizio al contrario dei nord europei e degli americani. La famiglia italiana tradizionalmente si è sempre presa cura dei propri anziani identificando l'istituzionalizzazione come emarginazione sociale e allontanamento affettivo del soggetto non più autosufficiente tant'è vero che dati dell'ISTAT (2001) segnalano un paradosso: di fronte a 273.000 posti disponibili ne sono rimasti vuoti 50.000.

Il fenomeno del badantato è dunque "tutto" italiano dato che risponde adeguatamente alle esigenze socio-culturali della famiglia e dell'anziano. Ad alimentare il fenomeno gioca un ruolo importante anche il fattore economico: il costo per un ricovero in RSA è spesso più del doppio di quello di un assistente a domicilio.

Lo status corrente della badante è indefinito e difficilmente catalogabile dato che sono varie e molteplici le attività che vengono loro richieste: dalla pulizia e gestione dell'ambiente domestico, all'igiene, alla mobilizzazione e all'alimentazione della persona assistita, dal tenere compagnia al provvedere totalmente ai bisogni di grandi anziani che vivono soli e affetti da gravi patologie cronico degenerative.

Tale status può essere considerato un ruolo, se per ruolo s'intende un comportamento che ci si deve aspettare da parte di un singolo che occupa una determinata posizione in un contesto specifico? Non possiamo che rispondere negativamente, dato che ogni ruolo si esplica attraverso l'attribuzione di particolari funzioni, l'assunzione di specifiche responsabilità e l'orientamento del lavoro da svolgere verso obiettivi stabiliti.

Occorre quindi definire il ruolo delle badanti in base alle loro attitudini, conoscenze, esperienze, competenze.

A questo proposito in molte regioni italiane esistono già corsi di formazione dedicati che sono partiti da un'analisi del bisogno formativo dei potenziali partecipanti e quindi appositamente progettati, in cui vengono affrontate tematiche relative alle difficoltà di tipo linguistico, relazionale, igienico-sanitario, di movimentazione e di prevenzione delle complicanze relative alle più comuni patologie dell'anziano.
Dall'analisi, effettuata tramite interviste approfondite alle badanti, affiorano numerose problematiche ma per la maggior parte centrate sul senso di inadeguatezza nell'assistere persone legato a mancanza di conoscenze: sulla malattia di cui l'assistito è affetto, sulla psicologia dell'anziano, sulla gestione dell'aggressività in soggetti affetti da demenza. Emerge pertanto, in questi operatori, la voglia e la necessità di svolgere il proprio ruolo con competenza e al meglio delle proprie possibilità.
Su questo tipo di substrato e con il contributo dei servizi territoriali domiciliari, è possibile individuare delle reali funzioni attribuibili alla badante ed esplicabili in varie tipologie di prestazioni per lo più ad alto contenuto assistenziale e sanitario: igiene personale, alimentazione, controllo nell'assunzione di farmaci, piccole medicazioni, controlli pressori, iniezioni, sorveglianza di flebloclisi.
In un contesto come quello descritto è pensabile quindi l'assunzione di responsabilità da parte della badante nello svolgimento delle proprie funzioni nei confronti della persona assistita e dei suoi familiari; e, proprio in risposta alla necessità della famiglia di sapere il proprio anziano assistito in modo adeguato, è importante sottolineare quanto la persona di riferimento, il caregiver, debba interagire efficacemente con la badante in modo da colmare le eventuali carenze e/o mancanza di conoscenze.
Nella realtà ospedaliera ed in particolare nei reparti di medicina generale, si trovano spesso ricoverati anziani che a domicilio erano gestiti in modo efficiente da una badante.
L'evento acuto stravolge equilibri faticosamente raggiunti: si pensi alla necessità domiciliare di una terapia endovenosa oppure ad una nutrizione enterale, al passaggio da una terapia antidiabetica orale ad una insulinica, al posizionamento di un catetere vescicale a permanenza o, ancora, alla prevenzione delle lesioni da pressione.
Nel nostro reparto di medicina abbiamo rilevato con relativa frequenza il reingresso di pazienti a breve distanza dalla dimissione causato solamente dalla inadeguata gestione dei sopravvenuti bisogni assistenziali.
Tutto questo ci ha fatto riflettere sull'importanza di preparare e formare la badante durante il ricovero o in prossimità della dimissione in modo da poter affrontare con serenità, competenza e responsabilità il cambiamento.
In condivisione con il familiare di riferimento stiamo attuando percorsi di apprendimento rapido all'interno del reparto con il supporto di operatori esperti su ciò che di nuovo la badante si troverà ad affrontare quando l'assistito tornerà a domicilio.
Pensiamo, fra l'altro, che la sinergia dei suddetti interventi possa contribuire sia alla riduzione dei ricoveri impropri sia, soprattutto, al mantenimento in "sicurezza" dell'anziano disabile al proprio domicilio.

La presenza e il ruolo di badanti competenti e collaboranti all'interno delle famiglie italiane, diventa dunque non solo necessaria ed alternativa ai fenomeni di istituzionalizzazione, ma anche parte integrante di un tessuto affettivo relazionale che il "prendersi cura" porta inevitabilmente con sé.

Bibliografia

1 Colombo G, Cocever E, Bianchi L. *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*. Roma: Ed. Carocci Faber 2004.
2 Tartaglini D. *L'infermiere e la comunità.* Roma: Ed. Carocci Faber, 2006.
3 Casazza S. *Assistenza domiciliare.* Franco Angeli 2002.
4 De Carlo C. *L'epopea delle "badanti" che vengono dall'est.* 2002.
5 Caritas Diocesana Vicentina. *Progetto integrazione immigrati.* 2007.
6 Ministero del Servizio della Salute e delle Politiche sociali. La vita buona nella società attiva – Libro verde sul futuro del modello sociale 2008.

Siti web consultati

http:/regione toscana.it (ultimo accesso 14/09/2008)
http:/corrieredellasera.it (ultimo accesso 10/09/2008)
http:/ipasvi.it (ultimo accesso 14/09/2008)

La formazione del caregiver

V. Giantin, E. Manzato, G. Sergi, O. Terranova

Dipartimento Interaziendale ad attività integrata dell'anziano, Azienda Ospedaliera e Azienda ULSS 16 di Padova, Università di Padova

L'interesse per una corretta formazione al caregiver parte dagli anni '50 del secolo scorso. Il periodo post-bellico infatti generò molte trasformazioni della società civile tra cui l'ingresso di un maggior numero di donne nel mondo del lavoro, fuori dalle tradizionali mura domestiche. Ciò costituì un grande cambiamento nei vincoli familiari ed emerse il problema di come prendersi cura degli anziani che vivevano in famiglia.
Non è un caso se i primi studi sul carico assistenziale del caregiver, di natura allora strettamente qualitativa, furono focalizzati nella descrizione di cambiamenti fisici, mentali e finanziari risultati dalla cura di un membro familiare anziano [1].
La fatica e la tensione fisica, di concerto con molte sindromi psicodepressive, sono infatti frequenti nei caregivers di pazienti anziani e, se non trattate, sono spesso la causa di una grave compromissione della salute fisica e psichica [2].
L'infermiere, che spende molto del suo tempo con pazienti e familiari, si trova, rispetto ad altri professionisti, in una posizione unica per cogliere la fatica e lo stress del caregiver e per provvedere ad interventi appropriati.
Nel tempo si è sviluppato nella letteratura dedicata all'assistenza all'anziano fragile il concetto di stress del caregiver o caregiver burden. Da più di 20 anni [3] con tale termine si indicano i problemi di ordine fisico, psicologico, sociale e finanziario di cui fa esperienza chi si trova a curare un paziente anziano fragile e/o invalido.
Vari strumenti sono stati sviluppati per misurare questo stress del caregiver come ad esempio il Burden Interview [4], the Caregiver Strain Index [5], the Caregiver Burden Inventory [6], and the Subjective and Objective Burden Scale [7].

Con la comparsa di tali indicatori dapprima l'attenzione della ricerca si è rivolta ad esplorare i possibili fattori di rischio associati e i possibili predittori, ma poi l'interesse si è decisamente spostato verso studi di tipo sperimentale e di intervento che portassero a risolvere o a mitigare il problema.
Si sono così individuati due tipi fondamentali di intervento: individuale e di gruppo.
Studi anche recenti e diverse metanalisi sembrano confermare che interventi di tipo individuale sono più efficaci nell'alleviare lo stress del caregiver [8 9]. Ciò non sorprende se si pensa che un intervento individualizzato è normalmente disegnato per raggiungere diversi e specifici bisogni di ogni caregiver. Programmi di counseling e supporti educazionali disegnati individualmente, flessibili e specifici dovrebbero essere perciò teoricamente più utili.
Ma a differenza di quanto si crede, in letteratura sono molto più frequenti interventi di gruppo rispetto a quelli individuali. Gli interventi di gruppo sono sicuramente più popolari sia per il loro rapporto costo-efficacia, ma anche per l'opportunità, offerta dal lavoro in gruppo, di condivisione, di supporto, che porta ad una netta riduzione dell'isolamento e della solitudine.
Tra i possibili tipi di intervento possibili ricordiamo brevemente:
di tipo psico-educazionale, di supporto, di psicoterapia e terapia comportamentale/cognitiva, con massaggi o di contatto fisico, di respiro alla cura, multidimensionale, e con interventi tesi a migliorare la competenza del paziente. Gli interventi di tipo psico-educazionale e di psico-terapia hanno dimostrato gli effetti a breve termine più consistenti su tutte le misure di risultato effettuate nel ridurre la fatica, la depressione e lo stress del caregiver [10 11]. Una differenza non trascurabile tra i due tipi di intervento è che mentre il primo può essere (e spesso lo è) una operazione svolta in gruppo, il secondo per sua natura è quasi esclusivamente individuale.
L'intervento psico-educazionale in particolare utilizza un programma strutturato che produce informazioni sul progredire della malattia del paziente, le risorse ed i servizi disponibili e sui percorsi di formazione per i caregivers, in modo che essi possano rispondere efficacemente alle problematiche connesse alle malattie in gruppo o individualmente.
Nelle soluzioni di gruppo, un leader dà inizio ad una conferenza, incoraggia discussioni di gruppo, e fornisce materiale didattico scritto. Il supporto può essere parte di un gruppo psico-educazionale, ma è secondario al contenuto educativo.
Educare e sostenere chi presta cura all'anziano è tutt'altro che facile oggi per le innumerevoli sfide che si trova ad affrontare chi prova a realizzare dei percorsi formativi e di sostegno che raggiungano effettivamente i caregivers.
Sono sfide di tipo diverso: economiche, burocratiche, di lingua e nazionalità, di cultura, di tipo psicologico, ecc. e, non ultimo, di tempo libero dall'impegno assistenziale.
Poche e non sempre efficaci sono finora le esperienze realizzate in tal senso.
Nelle poche righe che seguono si cercherà pertanto, di trasmettere il "know-how" emerso da una esperienza positiva di intervento psico-educazionale avviata a Padova negli ultimi anni, nel tentativo di tracciare un possibile binario di sviluppo anche per altre realtà locali.
Nell'obiettivo di offrire un sostegno alle famiglie che intendono o devono far fronte alla cura in casa di un anziano non autosufficiente, il Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata dell'Anziano (Az. Ospedaliera di Padova, Az. ULSS 16 e Università di Padova) ed il Comune di Padova (Assessorato ai Servizi Sociali), in collaborazione con molte altre associazioni di volontariato patavine (URP – Azienda Ospedaliera, Fondazione Lanza, Fondazione Zancan, Ass. Volontari Ospedalieri, Ass. Malati di Alzheimer, Ass. "Progetto Senes", Ass. "Anziani a casa propria", Croce Verde di Padova, ecc.), ha voluto raccogliere queste sfide ed ha organizzato negli ultimi anni, un corso di formazione per familiari, badanti, assistenti domestici e volontari che prestano assistenza, in diverso modo, all'anziano in condizioni di fragilità.
Si tratta di un'iniziativa, tra le prime in Italia nel campo della preparazione della figura assistenziale del caregiver dell'anziano, che ha costituito uno dei prototipi a cui si stanno ispirando altri enti pubblici e privati italiani, nonché associazioni di volontariato nelle varie Regioni.
Il corso "l'arte di assistere a domicilio gli anziani" è stato rivolto a chi già operava nel campo della non autosufficienza, a chi voleva impegnarsi a titolo di volontariato o di lavoro, o a chi, come familiare, voleva acquisire competenze specifiche, per essere in grado di affiancare, interloquire efficacemente e collaborare con medici, infermieri, terapisti nel curare e sostenere la salute della persona affidata e per sviluppare vigilanza e attenzione verso i suoi bisogni e situazioni.
Il corso è stato rivolto a tutte le persone interessate, italiane e straniere, comunitarie ed extracomunitarie. Per l'iscrizione al corso non erano richieste particolari documentazioni.
Si trattava di un vero e proprio corso interattivo ed intensivo – con l'opportunità di essere formati da personale ospedaliero ed universitario specializzato nell'assistenza all'anziano – che insegnava l'arte di essere accanto alla persona anziana non autosufficiente, per garantire quella qualità di vita, comprensiva non solo della dimensione fisica, ma anche di quella relazionale, spirituale, culturale, ludica.
Sono stati forniti semplici principi teorici ed evidenze pratiche di Medicina ed Infermieristica come evidenziato sinteticamente nella Tabella I.
Circa la metà dei partecipanti era di origine straniera (un terzo proveniente dalla Romania), la maggioranza dei quali residenti in Italia da almeno 5 anni. Il livello scolastico degli iscritti era medio-alto (28 con diploma superiore e 11 addirittura con la laurea) con una media di età sui 40 anni. Ogni edizione ha visto circa 70 assistenti e familiari partecipare assiduamente alle 10 giornate di formazione previste con, al questionario di gradimento, un ottimo commento finale da parte di tutti partecipanti.
A fine corso è stato rilasciato copia del materiale didattico a tutti i partecipanti ed un attestato che garantisce l'acquisizione di un elevato standard formativo e motivazionale. Il Comune di Padova ha predisposto un elenco dei partecipanti liberamente consultabile, che è stato ampiamente sfruttato da centinaia di soggetti e famiglie in difficoltà.

Tab. I. Temi trattati nel corso di formazione gratuito per badanti, familiari, assistenti domestici e volontari. "L'arte di assistere a domicilio gli anziani" – Padova.

Fisiologia e Medicina dell'invecchiamento Il declino funzionale e motorio dell'anziano La demenza: gestione nel quotidiano
Assistenza geriatrica: nozioni sul trattamento del paziente con: prevenzione delle cadute e frattura di femore, scompenso cardiaco, cardiopatie, aritmie ictus e altre gravi patologie, ricoveri ospedalieri ricorrenti, ecc.
Psicologia dell'invecchiamento – Il malato anziano e la sua psicologia Psicologia del caregiver – Gestire la comunicazione e la relazione
L'anziano nella cultura e nella società italiana e veneta Gestire le emergenze sanitarie
Alimentazione e diete per l'anziano Le scelte culinarie italiane e venete
Nursing geriatrico: bisogni e risposte Prevenzione delle ulcere da decubito Le medicazioni nel paziente geriatrico
Le esigenze spirituali dell'anziano Accanto all'anziano morente Il Centro Diurno e gli altri servizi sociali per gli anziani
Problematiche legate all'incontinenza urinaria e fecale – Gestione delle Stomie Terapia occupazionale ed anziano Ausili e metodiche riabilitative
Uso dei farmaci più frequenti nell'anziano L'organizzazione locale dei servizi per l'anziano: tra ospedale e territorio La conduzione di una abitazione per l'anziano Gestione delle emergenze domestiche I numeri di pubblica utilità ed il loro utilizzo
Il regolamento per l'assistenza ospedaliera La responsabilità civile e penale di chi assiste

Bibliografia

1 Townsend P. *The family life of old people: An inquiry in East London*. London, England: Eoutledge and Kegan Paul 1957.

2 Goode KT, Haley WE, Roth DL, Ford GR. *Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model.* Health Psychol 1998;17:190-8.

3 George LK, Gwyther L. *Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults.* Gerontologist 1986;26:253-9.

4 Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden.* Gerontologist 1980;20:649-55.

5 Robinson BC. *Validation of a caregiver strain index.* J Gerontol 1983;38:344-8.

6 Novak M, Guest C. *Application of a multidimensional caregiver burden inventory.* Gerontologist 1989;29:798-803.

7 Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. *Caregiving and the experience of subjective and objective burden.* Family Relations 1985;34:19-26.

8 Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F. *A metaanalytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research*. Gerontologist 1993;33:240-8.

9 Yin T, Zhou Q, Bashford C. *Burden on family members: Caring for frail elderly. A meta-analysis of interventions.* Nursing Res 2002;51:199-208.

10 Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. Gerontologist 2002;42:356-72.

11 Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, et al. Putting Evidence into Practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. Clin J Oncol Nurs 2008;12:507-16.

Lo stress del caregiver

S. Falchero

Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

Introduzione. Con il termine caregiver si intende la persona che si prende cura di un individuo malato e/o non totalmente autosufficiente. Nello specifico occorre distinguere i caregivers professionali (o formali) dai familiari caregivers (o informali). La differenza fra queste due figure non va individuata solo a livello di preparazione teorica e pratica, ma anche e soprattutto a livello motivazionale. Il caregiver professionale svolge la propria attività assistenziale come scelta lavorativa e retribuita, mentre il familiare caregiver nella maggior parte dei casi si trova a ricoprire questo ruolo in modo improvviso, senza possibilità di scelta, a causa della malattia di una persona cara, tentando di conciliare la gestione degli altri ruoli abituali. Possiamo ancora distinguere tra primary caregivers, nel caso in cui il familiare caregiver non è completamente solo nell'accudire il malato ma funge da riferimento principale per il personale sanitario e gli enti, e caregiver unico, nel caso in cui non ci siano altre figure di riferimento e l'intero carico dell'assistenza informale gravi su un solo individuo.

Poiché sono i familiari caregivers a fornire il maggiore supporto ai care recipient, indipendentemente dalla presenza o meno di un sostegno esterno, è su di essi che va concentrata l'attenzione, anche perché il benessere complessivo del malato è fortemente dipendente dalle condizioni psicofisiche in cui si trova chi lo assiste. Pertanto nell'assessment dei bisogni assistenziali è fondamentale considerare anche le esigenze dei caregivers informali e quanto può concorrere a sostenerli, sia dal punto di vista materiale che da quello morale, in questo delicato compito di community care.

Il familiare caregiver. L'assistenza a un parente malato richiede un impegno molto intenso e soggetto a variazioni nel corso del tempo. Poiché si tratta di un ruolo che di solito non si è preparati ad assumere, il suo impatto può avere delle importanti ripercussioni sul benessere fisico e psicologico del caregiver.

In genere le mansioni richieste al familiare caregiver sono prevalentemente legate all'assistenza fisica e sanitaria, fornire sostegno nella mobilità, gestire le attività domestiche, offrire ascolto al malato, mantenerlo sotto controllo nei casi in cui possano verificarsi problemi improvvisi.

Poiché nella maggior parte dei casi i caregivers sono parenti stretti il lavoro di assistenza subentra spesso all'interno di ruoli già definiti (quello coniugale o genitoriale, per esempio), ma alla comparsa di una malattia può occupare l'intera relazione, trasformandola in modo radicale (Lawrence, Tennstedt, Assmann, 1998). Ancora oggi le donne (mogli, madri, figlie, nuore e sorelle) continuano a rappresentare la maggioranza dei primary caregivers, soprattutto

per quanto riguarda il vero e proprio lavoro di care. L'impegno dei caregivers uomini sembra più orientato verso attività di tipo pratico, come il trasporto del malato per visite e terapie, la gestione finanziaria (Bookwala, Schulz, 2000). Nel caso delle donne sembra evidente il ruolo giocato da fenomeni culturali e sociali che possono spingerle ad assumere un ruolo (anche controvoglia) sulla base di aspettative da parte di familiari e amici.

Impatto del caring sul benessere del familiare caregiver. In letteratura con burden si intende l'impatto complessivo delle responsabilità assistenziali sul caregiver, che può vivere sentimenti di sconforto, isolamento e sentirsi imprigionato nel ruolo. Di norma, si tende a distinguere l'impatto soggettivo (percepito e psicologico) da quello oggettivo, legato alla pluralità di mansioni da svolgere e alle difficoltà pratiche da affrontare (Pearlin et al., 1990).

La continua assistenza a un familiare malato comporta un concreto pericolo di esaurimento fisico e mentale. Alcuni caregivers sono costretti ad abbandonare del tutto o parzialmente il lavoro, con gravi ripercussioni anche economiche; altri, invece, non potendo fare diversamente, continuano a svolgere il proprio lavoro a tempo pieno, nonostante il quotidiano impegno assistenziale che, nei casi più gravi, si protrae anche la notte. Oltre a ciò non vanno dimenticate le molteplici mansioni che il caregiver, soprattutto se donna, svolge all'interno del nucleo familiare. Solo di recente la letteratura scientifica si è interessata alla pluralità di ruoli della donna caregiver, analizzandone gli effetti sulla qualità di vita percepita. In particolare, sembra che il benessere psicologico percepito dalle donne caregivers sia correlato non solo al carico oggettivo, ma anche alle situazioni sperimentate negli altri ruoli (Stephens, Townsend, 1997). In generale, comunque, la pluralità di ruoli sembra costituire un fattore di rischio aggiuntivo per la depressione.

Accudire un familiare malato può avere ripercussioni negative sull'intera famiglia, sia in termini di minor tempo da dedicare agli altri membri (soprattutto se ci sono dei bambini), sia a livello di incomprensioni sulla gestione del malato. Questi problemi possono amplificarsi nei casi in cui il care recipient è costretto a trasferirsi nell'abitazione del caregiver. La presenza del malato in casa provoca un notevole impatto per tutti i membri della famiglia, sia dal punto di vista "territoriale" (ridistribuzione degli spazi, delle routine e della privacy), sia dal punto di vista psicologico, soprattutto se i rapporti pregressi non erano positivi (Williamson et al., 2001). Nel corso di una serie di indagini condotte su gruppi differenti di primary caregivers (Falchero, Farris, 2008) è emersa in maniera costante la variabile "impatto ambientale": quasi tutti gli intervistati sono stati costretti a modificare l'assetto della propria abitazione e in alcuni casi l'intero nucleo familiare ha dovuto cercare una nuova abitazione – interventi di questo genere (oltre all'impatto economico) costituiscono ulteriore fonte di disagio percepito.

L'impegno del caregiving può produrre effetti negativi sulla salute del caregiver. Le principali variabili individuate in letteratura sono: la gravità della malattia del care recipient (anche in termini di speranze di vita), la presenza di disturbi comportamentali legati alla patologia, l'intensità dell'assistenza fornita e la tensione emotiva sperimentata; inoltre, con l'aggravarsi delle condizioni dell'assistito aumenta lo sforzo (emotivo e di tempo) richiesto al familiare caregiver. Queste situazioni sono correlate con maggiori comportamenti a rischio per la salute del caregiver, sintomi di ansia e depressione, peggiore percezione di salute – in particolare disturbi del sonno, dell'alimentazione, problemi muscolo-scheletrici, esaurimento psicofisico. Alcuni autori obiettano che le condizioni precarie di salute dei caregivers potrebbero dipendere in parte dalla loro età, mediamente "non giovanissima"; la letteratura, però, conferma che i familiari caregivers corrono un elevato rischio di ammalarsi a causa dei comportamenti non salutari che adottano (Beach et al., 2000).

Infine va detto che alcuni familiari caregivers non riescono a sottrarsi al loro ruolo, né a sospenderlo temporaneamente, anche quando sarebbe possibile: molti non vogliono chiedere aiuto, spesso a causa di un eccessivo senso del dovere, del bisogno di tenere sotto controllo la situazione, di sentirsi necessari e dall'autostima che ne possono ricavare.

Come abbiamo già accennato, un numero consistente di familiari caregivers è costretto ad abbandonare l'impiego o a ridurlo drasticamente privandosi di soddisfazioni materiali e morali (possibilità di carriera, contatti con i colleghi …). Rinunce di questo genere spesso sfociano in malumore, scontento e irritabilità, e, nei casi in cui il ruolo di caregiver non sia gratificante, anche in malcelati sentimenti di rancore verso il care recipient (Thompson et al., 2002).

Sotto il profilo sociale la maggior parte dei familiari caregivers lamenta una costante sensazione di isolamento, sia perché non hanno più tempo libero da dedicare alla vita sociale, sia perché per loro risulta difficile potersi confidare con qualcuno che abbia voglia di ascoltarli. Purtroppo questa sensazione è ancora maggiore nei casi in cui la stessa famiglia preferisca evitare l'argomento (per difficoltà di comunicazione o perché si sottovaluta l'impegno richiesto dal caregiving) e nei casi in cui il care recipient era proprio la persona privilegiata con cui, un tempo, ci si confidava. La mancanza di qualcuno con cui potersi esprimere liberamente è un importante fattore che può spingere a interiorizzare sentimenti e stati d'animo – esponendo a un rischio maggiore di depressione o angoscia.

Dal punto di vista emotivo le sensazioni prevalenti sono: sentirsi "in trappola", senza speranza di cambiamento, con la dolorosa consapevolezza che l'unica via d'uscita è l'interruzione del caregiving; senso di disperazione, di impotenza e perdita di fiducia nei propri mezzi (può nascondere una mancanza di autostima che emergerà al termine della care, quando non ci sarà più motivo di sottrarsi alla vita quotidiana). A ciò vanno aggiunte le sensazioni di perdita connesse alla malattia del care recipient, sia dal punto di vista affettivo-emotivo che nei riguardi della "vita precedente" – che molti caregivers non riescono mai ad accettare. La paura di non fare abbastanza, non essere all'altezza della situazione, è elevata, ma nonostante ciò molti caregivers pretendono di fare tutto da soli e si rifiutano di prendersi qualche giorno di riposo, sostenendo che il care recipient non può "concedersi una vacanza" dalla propria malattia. Nel caso di rapporti molto stretti con il malato i sensi di colpa possono anche originare nella rabbia che si prova verso di lui e la sua malattia, oppure ci si può sentire colpevoli per il semplice fatto di essere sani. Anche se questi sentimenti possono apparire irrazionali e ingiustificati, va ricordato che l'autobiasimo sperimentato dal caregiver è reale.

Dal punto di vista temporale, si tende a suddividere in tre fasi il lavoro di caregiving. Nella fase iniziale, in cui si manifesta per la prima volta l'esigenza di fornire assistenza, sono frequenti reazioni emotive analoghe a quelle sperimentate dal malato, con rischio di crolli emotivi improvvisi. In questa fase sembra maggiormente a rischio la salute psichica di quei caregiver che si sono trovati ad assumere il ruolo in modo improvviso e inatteso e che pensano che "non ce la faranno" (Lawton et al., 2000). Nella fase intermedia (che può durare anche molti anni) il familiare caregiver tendenzialmente trova un adattamento al ruolo e agli impegni connessi; i sintomi emotivi possono alleviarsi, soprattutto se l'individuo ha saputo ricostruirsi una nuova identità – ma in caso di aggravamento del care recipient la situazione emotiva può precipitare bruscamente. La fase finale può avere un impatto emotivo altrettanto pesante di quella iniziale (ricordiamo che in molti casi il caregiving si interrompe per la morte del care recipient, o a causa di malattia dello stesso caregiver): se cessare l'assistenza al malato può generare un senso di sollievo dalle responsabilità e dal carico, è indubbio che nel contempo può produrre ulteriori sentimenti di biasimo, colpa, inadeguatezza, solitudine e paura. Inoltre, il lutto non completamente elaborato dopo una lunga assistenza rappresenta un ulteriore fattore di rischio per la salute del familiare caregiver.

Caregivers: che fare?. Per sostenere i caregivers e tutelarne la salute psicofisica è fondamentale offrire loro dei momenti di "tregua" attraverso servizi di respite-care che, consentendo di sospendere temporaneamente l'impegno (per alcune ore, una notte, o qualche giorno), favoriscono il recupero di energie fisiche e mentali, contribuendo a diminuire la sensazione di isolamento sociale (Given, Sherwood, 2006). Un'altra risorsa per sostenere chi accudisce il malato a casa è l'assistenza domiciliare: i primary caregiver di pazienti terminali che hanno usufruito di programmi di assistenza domiciliare mostrano indici migliori di qualità della vita. Interventi di tipo psicologico possono offrire ai familiari caregiver uno spazio neutro in cui parlare dei propri sentimenti, e promuovere un migliore adattamento alla realtà. Infine all'interno di gruppi di mutuo auto-aiuto, i familiari caregiver possono confrontarsi con persone che stanno vivendo una situazione identica alla loro, trovare solidarietà, sentirsi meno isolati, imparare ad ascoltare gli altri e se stessi senza giudicare e senza concentrare esclusivamente l'attenzione sul malato, sotto la guida di esperti qualificati.

Bibliografia

1 Beach S, Schulz R, Yee J, Jackson S. *Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the Caregiver Health Effects Study.* Psychol Aging 2000;15:259-71.

2 Bookwala J, Schulz R. *A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives: The Caregivers Health Effects Study.* Psychol Aging 2000;15:607-16.

3 Falchero S, Farris V. *The work of caregiving. A research on primary-caregiver of oncological patients.* Comunicazione al convegno Fattori individuali, sociali e culturali nella salute del bambino e della famiglia, Università di Padova 2008.

4 Given B, Sherwood PR. *Family care for the older person with cancer.* Seminars in Oncology Nursing 2006;22:43-50.

5 Lawrence RH, Tennstedt SL, Assmann SF. *Quality of the caregiver-care recipient relationship: Does it offset negative consequences of caregiving for family caregivers?* Psychol Aging 1998,13;150-8.

6 Lawton MP, Moss M, Hoffman C, Perkinson M. *Two transitions in the daughter's caregiving careers.* The Gerontologist 2000;40:437-48.

7 Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. *Caregiving and the stress process. An overview of concepts and their measures.* Gerontologist 1990;30:583-94.

8 Stephens MA, Townsend AL. *Stress of parent care: Positive and negative effects of women's other roles.* Psychol Aging 1997;12:376-86.

9 Thompson SC, Galbraith M, Thomas C, Swan J, Vrungos S. *Caregivers of stroke patient family members: Behavioral and attitudinal indicators of overprotective care.* Psychol Health 2002;17:297-312.

10 Williamson GM, Shaffer DR. *The Family Relationship in Late Life Project. Relationships quality and potentially harmful behaviours by spousal caregivers: How we were then, how we are now.* Psychol Aging 2001;16:217-26.

Venerdì, 28 novembre 2008

Simposio (1° parte)

LE RISPOSTE ALLE QUESTIONI ETICHE E LEGALI NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO

Moderatori: P. Fabris (Chioggia), M. Marini (Pistoia)

Consenso alle prestazioni sanitarie: la valutazione della capacità decisionale dell'anziano

F. Cembrani, V. Cembrani[1]

Unità Operativa Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; [1] Scuola di Dottorato in Scienze Psicologiche e della Formazione, Dipartimento di Scienze della Cognizione e della Formazione, Facoltà di Scienze Cognitive, Università di Trento

Premessa. Il nostro è un tempo segnato, purtroppo, dalla confusione e dalla conseguente deriva del rigore terminologico e concettuale che si attribuisce alle parole ed ai veicoli di senso che a queste vengono assegnati nel loro utilizzo corrente; e ciò, pur essendo trasversale ai vari ambiti dell'agire umano, si avverte, in particolare, all'interno del rapporto di cura dove si assiste ad una continua espansione del lessico professionale (con progressivi "innesti" di parole mutuate dalla lingua anglosassone – si pensi, ad es., alla parola privacy – e dal linguaggio giuridico – si pensi, ad es., al consenso informato e alla capacità di intendere e di volere) e ad un utilizzo spesso stereotipato delle parole che maschera o il fatto che i veicoli di senso che esse intendono significare non sono sufficientemente condivisi dalla comunità scientifica o che essi sono accettati solo in parte o che si è persa la consapevolezza riguardo al processo culturale ed alla parabola storica che hanno portato, talvolta faticosamente, alla scelta terminologica.

Per ovviare a ciò ci si trova pertanto costretti ad operazioni di "pulizia linguistica" orientata a registrare gli usi correnti delle parole, ad analizzare la polisemia di senso ed a chiarire, dove possibile, il senso originario per poi smascherarne gli abusi ed il peso della retorica che confondono i problemi con la forza dell'ambiguità.

La capacità decisionale della persona: una questione giuridica o una scelta morale?. Tradizionalmente, nell'ambito del rapporto

di cura, la capacità decisionale della persona viene ricondotta ad un parametro di chiara matrice giuridica: la capacità di intendere e di volere.

Questa è una capacità che la persona non acquisisce al momento della nascita ma, convenzionalmente, al raggiungimento della maggiore età e che è all'origine dell'imputabilità (art. 85 c.p.) intesa come la condizione che necessita dimostrare per attribuire ad una persona il fatto dalla stessa commesso attribuendole le conseguenze giuridiche della sua condotta e della capacità di agire (art. 2 c.c.) intesa, a sua volta, come l'idoneità della persona di essere autrice di qualsiasi atto giuridico (non solo negoziale) produttivo di effetti: come tale, la capacità di intendere e di volere esprime la capacità della persona di discernere il significato ed il valore dei propri atti e di quelli altrui con la consapevolezza delle conseguenze giuridiche e sociali che da essi possono derivare nonché la capacità, contestuale, di auto-determinarsi in vista di uno specifico scopo senza peraltro considerare la capacità della persona di valutare le proprie azioni tenuto conto dello stile di vita, delle preferenze, delle aspettative, della immagine che ciascuno di noi ha il diritto di lasciare di sé, dei personali convincimenti morali, filosofici e politici e di quanto, in una parola, definisce la personale dignità di qualsiasi persona umana.

Le persone che non hanno la piena capacità di intendere e di volere (o per ragioni di età anagrafica o per situazioni patologiche permanenti e/o transitorie) non sono pertanto imputabili e possono essere sottoposte a misure di protezione diversificate che si concretano nella interdizione (art. 414 c.c.), nella inabilitazione (art. 415 c.c.) e nella amministrazione di sostegno (legge n. 6/2004): questi istituti giuridici si riferiscono, peraltro, a persone che, rispettivamente, "… si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, ai maggiori di età infermi di mente ma non in modo così grave da procedere all'interdizione ed alle "… persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana".

C'è, dunque, da chiedersi se la volontà decisionale della persona possa essere identificata, nell'ambito del rapporto e delle scelte di cura, con la capacità di intendere e di volere o se essa, al contrario, richieda una più ampia valutazione multi-assiale, esplorando la capacità della persona di:

- esprimere una scelta (è, questo, un criterio-soglia perché la persona non in grado di esprimere la sua scelta non è certo in grado di partecipare costruttivamente al processo che fonda la scelta decisionale);
- comprendere le informazioni fornite;
- dare un giusto peso alla situazione ed alle sue possibili conseguenze;
- utilizzare razionalmente le informazioni, ponderando le alternative terapeutiche in relazione al loro impatto concreto sulla qualità della vita.

Tali valutazioni competono, a mio personale giudizio, al medico che ha in carico la persona con gli strumenti di lavoro normalmente utilizzati nel rapporto di cura; il ricorso indiscriminato, in tali casi, alla consulenza psichiatrica non sembra, infatti, né pertinente né appropriato (a meno che non si adoperi tale consulenza in chiave di "medicina difensivista") dovendo essere la medesima circoscritta a rarissime situazioni (esplicitamente previste dalla legge n. 180/1978) ed indipendentemente dall'adesione o dal dissenso espresso dalla persona al trattamento sanitario perché accade spesso che la competenza decisionale sia considerata direttamente proporzionale al grado di adesione che la medesima esprime al trattamento stesso (in altre parole, se il paziente esprime il consenso alle cure, sia pur in una situazione di dubbia capacità, il problema di approfondirla non si pone, mentre, al contrario, il rifiuto alle cure costituisce, sempre e comunque, un valido motivo per ricorrere alla consulenza psichiatrica finalizzata a misurarne la capacità decisionale se non, addirittura, a fornire la prova dell'esistenza di un'(in)capacità di intendere e di volere).

Ed anche il ricorso, indiscriminato, a test di valutazione neuro-psicologica, quale il MMSE, per valutare specificatamente la capacità decisionale della persona appare inopportuno come inappropriato sembra essere la definizione di un cut-off al di sotto del quale tale capacità risulterebbe sempre e comunque compromessa; l'utilizzo dei test e delle interviste semi-strutturate che esplorano i domini precedentemente descritti è certamente utile ma non deve e non può sostituire un giudizio che deve scaturire dall'osservazione della persona, dal colloquio ripetuto con la stessa e dall'ascolto che, più di tutti, è in grado di offrire straordinarie informazioni nella ricostruzione dei "pesi" decisionali di ciascun individuo.

Conclusioni. Il nostro lessico dovrebbe essere sottoposto ad una densa operazione di pulizia linguistica abbandonando alcuni termini, quali quello di incapacità di intendere e di volere e di consenso informato, che, sotto la spinta di una perdurante inclinazione alla giuridizzazione della cura, sono all'origine di abnormi stereotipi professionali poco inclini a recuperare il significato più autentico della nostra professione: la tutela della salute e la promozione, responsabile e solidaristica, dell'autonomia decisionale della persona.

Bibliografia

1. Cembrani F. *Ancora in tema di informazione e di consenso all'atto medico: da autorizzazione formale a cultura della condivisione.* Ragiusan 2004;245-246:216 ss.
2. Cembrani F. *Consenso informato, in Lavorare con la cronicità.* Roma: Carocci-Faber Edizioni 2004.
3. Cembrani F, Baldantoni E, Cembrani V. *Il consenso in geriatria: un'utopia?* In: *Atti del 50° Congresso della Società italiana di Gerontologia e Geriatria*, Firenze 9-13 novembre 2005, Pacini Editore, Ospedaletto (Pisa) 2005.
4. Cembrani F, Cembrani V. *L'informazione e la comunicazione in ambito medico: il paradigma (lo stereotipo) del "consenso informato".* In: Del Vecchio S, Martelloni M, Martini M, eds. *Nuove esigenze e criticità della vita e della morte.* Torino: Edizioni Medico Scientifiche 2006.
5. Cembrani F, Cembrani V, Rodriguez D. *L'etica della autonomia della persona.* Professione, cultura e pratica del medico d'oggi 2006;2:27 ss.
6. Cembrani F, Petrangolini T, Cembrani V, Roffien C, Fabbri P. *La Carta europea dei diritti del malato ed il Codice di deontologia della professione medica.* Professione, cultura e pratica del medico d'oggi, 2007, 1: p. 34 ss.
7. Comitato Nazionale per la Bioetica, Informazione e consenso all'atto medico, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'editoria. 1992.
8. Petrini C, (a cura di). *Il consenso informato al trattamento dei soggetti affetti da demenza: aspetti etici, deontologici e giuridici.* Istituto Superiore di Sanità 2008.

Amministratore di sostegno e tutore per la persona anziana

S.S.G. Colombo
A.O. Ospedale Civile di Legnano, Presidio Cuggiono, Milano

L'Amministrazione di sostegno è una forma di tutela che nasce dalla Legge n. 6 del 9 Gennaio 2004 che recita testualmente "…*ha finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente*" (Capo I - Finalità della legge - Art. 1).
Essa prevede una revisione di quella parte del Codice Civile (Libro I, titolo XII) che tratta la materia dell'interdizione e dell'inabilitazione, nonché le relative norme di attuazione, di coordinamento e finali e si presenta inoltre con diverse modifiche agli articoli presenti.
La parola chiave di questa nuova riforma, rivoluzionaria rispetto agli uffici di tutela sin ora esistenti ed utilizzati quali l'interdizione e l'inabilitazione, è proprio *"sostegno":* sostegno, supporto, affiancamento, aiuto e non sostituzione totale.
Viene sostanzialmente riconosciuta la possibilità, per altro realistica, che una persona fondamentalmente capace, si trovi in uno stato di difficoltà, magari anche solo temporaneo, a causa di problematiche e limitazioni psichiche ma anche fisiche.
Cosi' come impostata la legge prevede inoltre che questo sostegno possa essere richiesto dall'interessato stesso, addirittura in previsione di una condizione di necessità che, quando risolta, gli consentirà di richiedere la chiusura del procedimento.
La grande elasticità possibile nell'applicazione dell'amministrazione di sostegno rende oggigiorno l'interdizione e l'inabilitazione istituti di tutela marginali ai quali ricorrere, laddove ve ne sia una reale necessità. Anche perché, riflettendo, *"tutelare"* (da latino "tutus": difendere, proteggere, curare) una persona, negandole ogni possibilità di esprimersi su scelte che la riguardano, è un po' paradossale.
Eppure sino all'approvazione della legge del 2004, la protezione delle persone inferme di mente, in senso ampio, si realizzava nel nostro ordinamento solamente attraverso gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione che intaccavano più o meno totalmente la capacità di agire del soggetto.

Che cos'è la capacità di agire? Quali sono le capacità di un soggetto?
Tutte le persone fisiche, al momento della nascita (anche se è meglio far risalire il momento dell'inizio della titolarità dei diritti al concepimento con la condizione che esso nasca vivo) acquistano dei diritti.
La possibilità di essere titolari di diritti e doveri prende il nome di capacità giuridica ,mentre la possibilità di far valere i suddetti, rientra nella capacità di agire.
Capacità giuridica: si acquista al momento della nascita, come sancito dall'articolo 1 del Codice civile e accompagna l'individuo durante tutto l'arco della sua esistenza, potendosi estinguere solo con il decesso dello stesso. *Capacità di agire*: in base alla presunzione normativa dell'Articolo 2 del Codice civile, essa si acquisisce con la maggiore età (fissata al compimento del diciottesimo anno) e coincide normalmente con la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita una età diversa. Si sostanzia quindi nella capacità di compiere atti ritenuti giuridicamente validi e meritevoli di tutela dall'ordinamento: è in altri termini, l'attitudine a creare, modificare, estinguere validamente rapporti giuridici. In via generale, le cause di esclusione e/o limitazione della capacità di agire sono rappresentate dalla minore età, dall'interdizione o inabilitazione. *Capacità di intendere e di volere*: normalmente la capacità di agire coincide con quella di intendere e di volere che ne è il presupposto e si identifica con quel minimo di attitudine psichica a rendersi conto della portata delle proprie azioni e delle conseguenze, anche dannose, delle stesse. Tuttavia esistono delle eccezioni, quella che a noi interessa riguarda un soggetto maggiorenne, che normalmente sarebbe in grado di agire, venga privato della stessa per motivi sociali o di salute qualora venga accertato che non è in grado di intendere e di volere .
Quando un soggetto non è capace di agire, vengono individuate altre persone che possono agire al suo posto e che prendono, genericamente , il nome di rappresentanti.
La rappresentanza è un istituto giuridico per cui una persona (il rappresentante) agisce in nome e per conto di un'altra persona (il rappresentato) sulla quale ricadono gli effetti degli atti compiuti.
Come detto, la protezione delle persone inferme di mente, in ampio senso, sino all'introduzione della Legge n. 6/2004, si realizzava nel nostro ordinamento solamente attraverso gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione.
INTERDIZIONE (art 414 C.C. "*Persone che possono essere interdette*")
Si dicono interdetti quei soggetti che pur maggiorenni vengono privati della capacità di agire e affidati alla rappresentanza di un tutore.
L'interdizione prevede il vaglio del giudice sulla totale inadeguatezza del soggetto ad orientarsi nello spazio e nel tempo e la conseguente incapacità nella gestione della propria vita e del proprio patrimonio.
Il soggetto viene quindi completamente estromesso dal traffico giuridico.
Lo stato di interdetto è giuridicamente reversibile.
È però difficile capire come il procedimento di nomina di un tutore, nel caso dell'interdizione, possa essere considerato revocabile nel caso cessi la necessità di esistere, laddove perché esso possa essere attuato è necessario che il maggiore di età o il minore emancipato, siano in condizioni di *abituale infermità di mente* che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, necessitando quindi di adeguata protezione.
Ci sarebbe quindi da riflettere su quanto il termine abituale significhi. Può dar spazio a un miglioramento clinico? Se è una condizione abituale è difficile che migliori o che addirittura si risolva completamente ed è quindi anche difficile che si risolva la necessità di adeguata protezione.
Va inoltre fatto notare che sino alle modifiche apportate dalla legge n°6/2004 l'articolo n °414 del C.C. che regolamenta l'interdizione non prevedeva il ricorso al procedimento come una possibilità, ma lo rendeva doveroso comportando quindi, per legge, la perdita totale della capacità di agire cosi' come fossero minorenni. (Prima: "*Persone che devono essere interdette*", dopo la modifica "… *che possono essere interdette*").

INABILITAZIONE (art 415 C.C. "*Persone che possono essere inabilitate*")
La suddetta capacità di agire viene invece solo parzialmente intaccata dal procedimento di inabilitazione da richiedersi per coloro il quale stato non è *talmente grave* da far luogo all'interdizione e che sono quindi giuridicamente parificati ai minori emancipati.
Sono invece inabilitati coloro ai quali la capacità di agire viene limitata per effetto di una sentenza giudiziale.
Il *concetto di gravità* sopra citato, oltre a essere piuttosto interpretabile e discrezionale, tendeva a scindere la popolazione in tre grandi categorie sociali: i matti (da interdire), i matti meno gravi (da inabilitare) e le persone sane e capaci di intendere e di volere (a chiedere per gli altri interdizione o inabilitazione).
Era giusto che anche il codice civile riconoscesse, come la vita insegna, che spesso esiste anche una via di mezzo, non sempre perfetta, non perennemente sbagliata, ma a tratti difficile e impegnativa.
Probabilmente è nata da questo l'esigenza di una riforma; le conoscenze nell'ambito della psichiatria hanno portato a censire nel Manuale Diagnostico-Statistico dei disturbi mentali – DMS 4700 disturbi diversi che colpiscono noialtri, rendendoci non troppo sani ma nemmeno troppo malati, non totalmente capaci di farcela da soli a fare delle cose ma nemmeno totalmente incapaci di gestirci, scegliere, desiderare…
Conclusioni. Come si evidenzia, potremmo tutti necessitare dell'amministratore di sostegno anche se,schematicamente, si possono indicare le categorie di persone potenzialmente più bisognose di tutela: portatori di handicap psichici o fisici, tossicodipendenti, alcolisti, anziani, lungodegenti, portatori di patologie croniche invalidanti, portatori di gravi malattie.
L'amministratore di sostegno può tutelare *(anche solo) gli interessi di salute della persona* che, si trovi nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere a tali interessi e svolge la sua funzione anche quando l'incapace esprima il proprio *dissenso al trattamento*, intervenendo per prendere una decisione, valutando in particolare se il dissenso, in quanto e per quanto proveniente da persona attualmente inconsapevole, sia da ritenere valido in funzione della conoscenza – diretta o ricostruita – che l'amministratore di sostegno – si tratta in genere di una figura parentale – ha delle idee, dei convincimenti e dei valori della persona che amministra e che ora rifiuta il trattamento.
In particolare, secondo i dettato dell'art. 410 del c.c., "*nello svolgimento dei suoi compiti l'ADS deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario*".
L'ADS ha quindi una funzione di conoscitore ed eventualmente di interprete della autentica volontà della persona, non già di acritico garante della sua incolumità e della sua vita.
È prevedibile che talora l'ADS – specie quando proveniente dall'*entourage* del paziente – possa trovarsi ad essere testimone delle manifestazioni di volontà anticipate e a decidere nel senso di assecondare il rifiuto della persona, proprio in base ad esse, ritenendone persistente la validità.
L'amministrazione di sostegno può essere una forma di testamento biologico, può consentire di morire come si vuole e di rifiutare le cure. Non è più azzardato pensarlo, dal Maggio 2008 quando vi è stata il primo caso di applicazione in questo senso. Una rivoluzionaria sentenza del Tribunale di Modena, presieduto dal giudice tutelare G. Stanzani ha permesso ad una donna affetta da sclerosi laterale amiotrofica di morire secondo le proprie volontà, La signora consapevole del rischio di trovarsi nell'impossibilità di esprimersi, aveva nominato il proprio marito come amministratore di sostegno segnalando che per sua volontà egli avrebbe dovuto impedire, appunto in quanto suo rappresentante, ogni trattamento sanitario invasivo.Grazie all'approvazione del giudice coinvolto in questo procedimento, il marito ha ottenuto la possibilità di rifiutare una tracheotomia in nome e per conto della propria congiunta alla quale sono poi stati garantiti interventi palliativi per diminuire le sofferenze nella fase del trapasso. (Tribunale di Modena, 13 Maggio 2008, g.t. Guido Stanzani).

Ma vediamo ora schematicamente le differenze sostanziali tra questi i tre istituti di protezione prima discussi.

	INTERDIZIONE Art.414 Persone che possono essere interdette	INABILITAZIONE Art 415 Persone che possono essere inabilitate	AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO (ADS) Art 404
STATO PSICO-FISICO	…abituale infermità di mente	…infermo di mente non talmente grave da essere interdetto	…persona che per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità anche parziale o temporanea…. …di provvedere ai propri interessi…
I RICORRENTI Appunto relativo a persona stabilmente convivente.	Ricorso promosso da persone indicate negli art 414 e 415, coniuge persona stabilmente convivente, parenti entro il quarto grado, affini entro il secondo grado, tutore o curatore o pubblico ministero		(art. 406) **Il ricorso può essere promosso dallo stesso beneficiario, anche se minore interdetto o inabilitato**, ovvero da uno dei soggetti indicati nell'art 417. **Vedi operatori sanitari**
TEMPI E BUROCRAZIA	Tempi lunghi e impegno burocratico		**Entro 60 giorni**, a meno che non sia necessario un provvedimento di urgenza

SCELTA E COMUNICAZIONE			Art.408-Scelta dell'ADS **Lo stesso beneficiario può proporre un amministratore di sostegno o rifiutare quello che si è proposto per l'incarico.** Art 409-Effetti dell'ADS **L' ADS deve informare il beneficiario circa gli atti da compiere (e attuarli solo se condivisi) nonché il giudice tutelare in caso di dissenso con il beneficiario stesso**
PRESENTE E FUTURO	Situazione attuale di infermità, sulla carta revocabile. Marchiatura sociale		**Scelta di un ADS in previsione della propria eventuale futura incapacità e può inoltre essere anche a tempo determinato.** Il decreto di apertura va registrato in fianco all'atto di nascita in appositi registri e al momento della chiusura avviene la cancellazione
ASPETTI ECONOMICI	Gestione prevalentemente patrimoniale Gratuità della tutela ma spesso, in base all'entità del patrimonio, equa indennità		Gestione prevalentemente personale e poi anche patrimoniale Gratuità della tutela
OPERATORI SANITARI			Art 406 -Soggetti **I responsabili dei servizi sanitari direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare ricorso di cui all'art 407 o a fornirne notizia al pubblico ministero** Art 408-Scelta dell'ADS **Non possono ricoprire funzioni di amministratore di sostegno gli operatori dei servizi pubblici e privati che hanno in cura o in carica il beneficiario**.
NORME APPLICABILI DISPENSA DALLA TUTELA ART 351-352-353 ART374-388 (AUTORIZZAZIONE PER ATTI DEL TUTORE, SOSPENSIONE DEL TUTORE, CONTO FINALE) ART 596-599 799 (DISPOSIZIONI TASTAMENTARIE)			
CONTINUO AGGIORNAMENTO SULLA SITUAZIONE			L'ADS deve presentare resoconto periodico al giudice tutelare indicante condizione del beneficiario ed eventuali variazioni della stato fisico,mentale, di famiglia…
VARIE			Il decreto che riguarda un minore non emancipato può essere emesso solo nell'ultimo anno della sua minore età e diventa esecutivo a decorrere dal momento in cui la maggiore età è raggiunta. Se il ricorso concerne persone interdette o inabilitate, esso va presentato congiuntamente all'istanza di revoca

Bibliografia

Aprile A, Rodriguez D, Benciolini P, *Il dissenso consapevole al trattamento sanitario,* Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, 2005:8(4):230-252.
Calò E. Amministrazione di sostegno - Legge 9 gennaio 2004, n. 6, Giuffrè Editore, Milano, 2004.
www.personaedanno.it , 10 Ottobre 2008

Riferimenti legislativi

Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"

Legge 22 maggio 1978, n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza"

Legge 9 gennaio 2004, n. 6 "Introduzione nel libro primo,Tititolo Xii, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali."

Scelte di fine vita

R. Pegoraro
Fondazione Lanza, Padova

Affrontare la fase terminale della vita, nella condizione anziana, comporta aspetti particolari di carattere fisico, psichico e assistenziale, che implicano scelte e processi decisionali di impegnativa rilevanza etica.
L'approccio etico chiede che anzitutto sia riconosciuta la dignità della persona anziana, garantendo il rispetto di essa e la promozione di un reale coinvolgimento dell'anziano e dei suoi familiari nelle risposte terapeutiche e assistenziali da realizzare. Così sarà possibile attivare un adeguato ed efficace accompagnamento, valutando attentamente le terapie da fare, secondo criteri di appropriatezza e di riferimento ai valori e ai desideri della persona anziana, con scelte proporzionate alla condizione del soggetto.
Le istanze etiche per un accompagnamento implicano: un costante sforzo per coltivare la relazione e la comunicazione; una adeguata informazione per un reale coinvolgimento della decisione con relativo consenso, significato e utilizzo delle dichiarazioni anticipate; definire le procedure in caso di incapacità di consenso da parte del paziente anziano; risposta ai bisogni fisici, psichici, relazionali e spirituali; supporto per alleviare dolore e sofferenza; evitare forme di accanimento terapeutico e di eutanasia. Responsabilità etica per un lavoro d'èquipe integrato e con deliberazione etica condivisa.

Bibliografia

Pegoraro R. *Aiutare a vivere, accompagnare e morire*, (con G. Bon). Anziani Oggi 1999;3-4:166-73.

Pegoraro R. *Accompagnare e prendersi cura. L'esperienza di un corso sperimentale di formazione promosso dalla Regione Veneto per il personale operante negli Hospice*. In: Giornale Italiano di Psico-oncologia 2001;1:17-20.

Pegoraro R. *Verità al malato*. In: Leone S, Privitera S (a cura di). *Nuovo Dizionario di Bioetica*. ed. Città Nuova, Roma, ISB Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale (CT), 2004, pp. 1235-1239

Pegoraro R. *L'approccio etico alle malattie croniche inguaribili*. In: Dei Tos GA, Del Bavero AL (a cura di). *Etica, qualità e umanizzazione in sanità*. Milano: Franco Angeli 2006, pp. 120-130.

Simposio (2°parte)

LE RISPOSTE ALLE QUESTIONI ETICHE E LEGALI NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO

Moderatori: A. Castaldo (Milano), M. Pozzebon (Treviso)

Il percorso metodologico per l'analisi e la risoluzione delle questioni etiche

P. Gobbi
Consigliere Collegio IPASVI di Milano-Lodi, Referente Commissione Geriatria

Introduzione. In questi ultimi anni un profondo cambiamento si è verificato nel contesto socio-culturale in cui operano i professionisti sanitari: importanti e rapide innovazioni tecnologiche hanno spinto gli operatori a riesaminare i propri comportamenti, allo scopo di basarli maggiormente sulle prove di efficacia (Evidence-based Medicine/Nursing); la sanità è sempre più costosa e genera problemi spesso irrisolti circa la capacità di garantire a tutti le prestazioni sanitarie necessarie (equità nell'allocazione delle risorse); il contesto sanitario è apertamente 'laico e pluralista' e i soggetti coinvolti (persone assistite, familiari, medici, infermieri) possono sostenere differenti visioni morali, tutte meritevoli di rispetto; i pazienti esigono sempre maggior tutela nella difesa dei loro diritti fondamentali: diritto all'informazione, alla presa di decisioni sul proprio stato di salute, alla riservatezza, alla tutela dei dati personali, alla continuità assistenziale tra ospedale e cure domiciliari.
Se, fino a poco tempo fa, fare una 'buona medicina' (ma anche una 'buona assistenza infermieristica') significava portare il maggior beneficio al paziente, oggi l'intervento sanitario non può più essere deciso unilateralmente dal medico e dal sapere delle professioni, ma deve essere concordato insieme all'ammalato, che è persona autonoma e capace di determinare le proprie scelte.
L'etica – ma più propriamente la disciplina della bioetica, intesa come "lo studio sistematico del comportamento umano nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto tale comportamento è esaminato alla luce dei valori e dei principi morali" (Van Potter, 1971) – fornisce un metodo per trovare risposte ai nuovi problemi che scaturiscono dalla relazione tra operatore e paziente in un contesto sanitario diventato troppo complesso per poter continuare a essere governato dall'autoreferenzialità professionale. Esso si fonda invece sulla difesa e sulla promozione dei diritti umani di tutti i soggetti coinvolti, in primis degli assistiti.
La pratica quotidiana delle cure sanitarie e dell'assistenza ai malati è carica di perplessità e obbliga infermieri e medici a scelte e decisioni in cui entrano in gioco importanti valori morali. Un'ulteriore criticità è rappresentata dai tempi entro i quali tali decisioni devono essere prese: spesso non c'è il tempo di consultare il collega esperto o il comitato etico aziendale o, ancora, l'Ordine o il Collegio professionale, quando un dilemma etico si presenta all'infermiere. L'etica clinica non fornisce soluzioni preconfezionate, ma propone al professionista sanitario un metodo per imparare a elaborare le proprie analisi e giungere, di fronte a una situazione problematica, a conclusioni argomentate.

Nel corso degli ultimi anni sono stati elaborati per i professionisti sanitari diversi metodi per l'analisi etica e la presa di decisioni nella pratica clinico-assistenziale. Il 'Modello per l'analisi e la presa di decisioni etiche' elaborato da Fry e Johnstone (2004) utilizza un approccio imperniato sui valori per la soluzione dei conflitti etici che originano dall'assistenza alle persone. Questo metodo parte dal presupposto che decidere, in etica, è un atto che può essere migliorato attraverso l'allenamento a un processo che tenga conto dei valori coinvolti e degli interessi in gioco, del contesto entro il quale sarà presa la decisione, delle strategie che è necessario adottare per dare una soluzione ai problemi etici identificati, alla natura delle responsabilità dell'infermiere in quella determinata situazione. Nello specifico, tale modello utilizza quattro domande fondamentali per aiutare l'infermiere in questo ambito:

– quali sono i retroscena dei conflitti di valori? Ponendosi questa domanda l'infermiere inizia a comprendere le diverse prospettive a partire dalle quali viene definito e percepito il problema da parte dei diversi soggetti coinvolti;
– quale significato hanno i valori implicati? Nell'esplorare il significato dei valori sostenuti dalle parti coinvolte, l'infermiere si rende conto se i valori morali sono realmente tali o se sono convinzioni personali legate alle proprie origini culturali, religiose, professionali;
– qual è il significato di questi conflitti per le parti implicate? L'infermiere, nella risposta a questa domanda, impara come le parti coinvolte mettono in relazione i propri valori alla situazione contingente;
– che cosa si dovrebbe fare? L'infermiere esplora tutte le possibilità mediante le quali i conflitti di valori potrebbero essere risolti. Nella maggior parte dei casi, le decisioni etiche vengono prese basandosi sulla quantità di informazioni rilevanti possedute in un determinato momento, sul significato (peso morale) delle dimensioni dei valori in campo e sul giudizio 'migliore' di chi prende la decisione o sulla presa di posizione etica collettiva del gruppo.

Secondo il bioeticista Sandro Spinsanti (2001), fondatore e direttore dell'Istituto Giano, il metodo più efficace resta quello del confronto con i casi clinici, in quanto i professionisti della sanità preferiscono partire dalla prassi piuttosto che da considerazioni di tipo teorico, filosofico-storico o in ogni caso di natura accademica. Anche l'interrogativo etico è sempre visto in relazione alla prassi e quindi la preferenza dovrebbe orientarsi verso una formazione bioetica che dia un forte accento alla dimensione di ragionamento e di analisi dei casi clinici che pongono quesiti di natura etica. Inoltre, la formazione dovrebbe essere condotta collegialmente con tutti i professionisti e comprendere, oltre ai momenti d'aula e ai convegni, anche le riunioni nei reparti, all'interno delle équipe di lavoro, laddove si è verificata una situazione a valenza etica che necessita di una riflessione a posteriori e una condivisione delle scelte fatte.

L'insegnamento-apprendimento dell'etica infermieristica. Per quanto riguarda i contenuti di insegnamento dell'etica, in Italia l'attenzione si è rivolta inizialmente ai temi 'di frontiera', come la procreazione medica assistita, l'eutanasia, l'accanimento terapeutico. Successivamente, il focus si è spostato sulla componente relazionale tra professionisti e pazienti: la comunicazione, l'informazione, il coinvolgimento della persona malata nelle decisioni, la privacy. Gli infermieri, in particolare, esprimono come bisogni formativi in ambito etico i limiti delle terapie di fine vita: dove fermarsi, in quale modo, come accompagnare il paziente alla morte, come rilevare e controllare la sintomatologia dolorosa, come gestire i rapporti con i familiari, come fronteggiare il problema dell'accanimento terapeutico nelle rianimazioni neonatali, che spesso genera conflitto tra i diversi professionisti coinvolti. Vi è poi un'ulteriore criticità: sono pochi attualmente in Italia gli infermieri esperti in bioetica e questo comporta una scarsità di docenti/cultori della materia e di infermieri competenti che partecipino ai Comitati etici aziendali.

La griglia di analisi proposta da Spinsanti non offre soluzioni preconfezionate ai dilemmi etici, ma è finalizzata all'apprendimento di un metodo di elaborazione delle proprie osservazioni al fine di valutare e prendere decisioni. La griglia assicura inoltre che non vengano trascurate delle dimensioni essenziali nell'analisi del caso clinico. A differenza di altri metodi proposti in ambito formativo, la griglia ha come specificità la preoccupazione di inserire organicamente la giustificazione etica del comportamento in ambito sanitario in un contesto più ampio, che includa i vincoli legali e deontologici ("il comportamento obbligato", con riferimento sia alla normativa che regolamenta l'esercizio professionale, sia agli specifici codici deontologici dei professionisti sanitari). Inoltre, promuove la ricerca di un modello di intervento sanitario che sia accettabile non solo in astratto ("il comportamento eticamente giustificabile": difesa del minimo morale – cioè rispetto dei princìpi di non maleficità e giustizia – e promozione del massimo morale – cioè rispetto dei princìpi di beneficità e autonomia), ma in concreto e agli occhi dell'assistito ("il comportamento eccellente", cioè la qualità percepita dall'utente delle prestazioni ricevute).

L'esperienza del Master in Management Infermieristico dell'Università "Vita-Salute San Raffaele". Nel corso di etica infermieristica che ho condotto per il Master di 1° livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento presso l'Università "Vita-Salute San Raffaele" di Milano, negli anni accademici 2003/2004, 2004/2005 e 2006/2007, e presso la sede di Cefalù (Palermo) nell'a.a. 2006/2007, la valutazione finale è stata condotta attraverso la descrizione, da parte degli studenti, di un caso clinico a valenza etica, tratto dalla propria esperienza professionale e la successiva analisi mediante l'applicazione della "Griglia per l'analisi delle situazioni cliniche" di Spinsanti, sopra descritta sinteticamente.

Nelle quattro esperienze di docenza sono stati raccolti complessivamente 140 casi (35 al primo master; 36 al secondo; 39 al terzo; 30 al quarto): di questi, 113 studenti hanno autorizzato la sottoscritta alla loro diffusione, sia per uso didattico, sia per eventuali pubblicazioni (le principali fattispecie dei casi descritti sono classificate nella Tabella I).

La rilevanza etica e professionale dei casi esemplificati dagli studenti durante il corso è tale da imporre una profonda riflessione. Per tale ragione, sembra cosa utile mettere a disposizione della professione un tale patrimonio di esperienze personali e professionali, che hanno spesso dato luogo a dilemmi etici e che – attraverso la discussione guidata dalla griglia di analisi – sono serviti a comprendere meglio le situazioni assistenziali che si incontrano nella prassi quotidiana,

a ricercare soluzioni adeguate, a trovare le motivazioni di decisioni prese all'epoca dello svolgimento dei fatti.

Bibliografia

[1] Fry SF, Johnstone M-J. *Etica per la pratica infermieristica. Una guida per prendere decisioni etiche*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana 2004.

[2] Spinsanti S. *Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire.* Milano: McGraw-Hill 2001.

[3] Van Rensselaer P. Bioetica. *Ponte verso il futuro*. ed. orig. New Jersey, 1971. Tr. it. di R. Ricciardi, Sicania, Messina 2000.

Tab. I. Le principali fattispecie risultanti dai casi descritti e analizzati dagli studenti del Master in management infermieristico.

a) Informazione e consenso
1. Inappropriata informazione prima di prestazione invasiva; coinvolgimento degli infermieri nella richiesta di consenso all'atto medico;
2. mancato consenso alla trasfusione di sangue;
3. carente informazione pre-intervento e scarsa sensibilità del personale infermieristico;
4. consenso informato in persona anziana;
5. inappropriata comunicazione di diagnosi e/o prognosi; rifiuto delle cure da parte della paziente e conseguente abbandono;
6. consenso informato chiesto ai parenti in persona giovane;
7. occultamento diagnosi di neoplasia;
8. consenso informato all'intervento chirurgico in situazioni di urgenza/coinvolgimento dei familiari;
9. omessa/ritardata informazione su paraplegia in persona giovane; disagio degli infermieri;
10. omessa informazione a persona anziana; intervento infermieristico per far rispettare la sua volontà;
11. mancato consenso alla prestazione "assicurare l'igiene", non rispetto della volontà della paziente.

b) Anziani e persone fragili; fase terminale della vita
1. Mancato coinvolgimento dei familiari nelle cure di persona incapace;
2. accanimento terapeutico in paziente terminale con volontà formalmente espresse;
3. persona con neoplasia e decisioni sul trattamento di fine vita;
4. discriminazione delle cure (anche infermieristiche) erogate in ospedale perché la paziente è anziana;
5. ospite di RSA con Alzheimer: omessa informazione, contenzione fisica;
6. mancata continuità assistenziale ospedale/territorio;
7. anziana cardiopatica: cure non adeguate sia in RSA sia in ospedale, mancata informazione circa la gravità della patologia.

c) Gli "altri"
1. Persona extracomunitaria: difficoltà nell'ottenimento del consenso;
2. persona extracomunitaria, errata diagnosi e conseguente morte;
3. omessa informazione dell'amputazione eseguita in urgenza in persona senzatetto;
4. persona extracomunitaria: rifiuto delle cure.

d) La malpractice
1. Tardiva prestazione in Pronto Soccorso con falso in cartella clinica;
2. morte del paziente per possibile negligenza e conseguente conflitto nell'équipe;
3. errata diagnosi di tumore;
4. 'dimenticanza' di strumenti chirurgici nel torace del paziente e mancata informazione a paziente e familiari.

e) Vecchi e nuovi problemi
1. Caso di sieropositività HIV in un dipendente;
2. sospetta diagnosi di AIDS in persona giovane;
3. inappropriata informazione alla moglie di paziente con AIDS;
4. TSO in persona giovane anoressica e correlato problema di contenzione fisica;
5. paziente SLA con crisi respiratoria: rispettata la sua volontà di sospendere le cure, con dilemma nell'équipe sanitaria;
6. paziente SLA e decisioni sul trattamento di fine vita;
7. rianimazione in giovane con sindrome di Down; conflitto nell'équipe;
8. sperimentazione di nuova tecnica chirurgica in paziente terminale;
9. sperimentazione di nuova tecnica chirurgica: non spiegati al paziente i rischi connessi;
10. fecondazione assistita in donna talassemica; problemi nell'applicazione della nuova normativa;
11. aborto terapeutico; dilemma della donna;
12. allattamento al seno: pro e contro; conflitto nell'équipe infermieristica.

Discussione di casi assistenziali con implicazioni etiche ed analisi dei casi attraverso il metodo Spinsanti

P. Gobbi, A. Castaldo[1], N. Nicoletti[2]

Consigliere Collegio IPASVI di Milano-Lodi; [1] Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione, Piccolo Cottolengo, Milano; [2] Dipartimento Salute Anziani ASL TO2, Torino

Griglia per l'analisi dei casi clinici

I. Il comportamento obbligato
A che cosa siamo tenuti:
– per legge?
– per deontologia professionale?
– per regolamenti e normative aziendali?

Verifica: quali conseguenze medico-legali (penali/civilistiche) o deontologiche possono derivare dal comportamento in questione?

II. Il comportamento eticamente giustificabile
La difesa del minimo morale

1. Evitare ciò che nuoce o danneggia il paziente (principio di non maleficità):
   – il paziente potrebbe ricevere un danno per la salute o per la sua integrità dal trattamento previsto?
   – si sta omettendo un intervento che potrebbe impedire un abbreviamento della vita del paziente o un danno permanente?
2. Opporsi a discriminazioni e ingiustizie (principio di giustizia):
   – in una società giusta tutte le persone meritano uguale considerazione e rispetto. In questo caso il paziente è discriminato per motivi di ordine ideologico, sociale, razziale o economico?
   – esistono considerazioni di ordine sociale (aziendale) che inclinano a offrire al paziente un livello di assistenza medica/infermieristica inferiore a quanto clinicamente appropriato?

La promozione del massimo morale

3. L'orientamento al bene del paziente (principio di beneficità):
   – sulla base della diagnosi e della prognosi (o degli esiti), quali trattamenti medici/infermieristici/sanitari/socio-assistenziali scientificamente corretti si possono proporre?
   – tali trattamenti influenzano positivamente la prognosi nel caso specifico?
   – come vengono valutati rispettivamente i benefici ed i danni?
   – esistono alternative terapeutiche? Ognuna di queste alternative quali aspetti potrebbe comportare (abbreviazione della vita, sofferenze fisiche e morali, peggioramento dello stato di benessere)?

   Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni che lo riguardano (principio di autonomia):
   – chi prende la decisione diagnostico-terapeutica (il medico, la famiglia del malato, il malato stesso)?
   – se decide il malato, attraverso quale processo informativo è stato messo in grado di decidere (semplice presentazione delle alternative, modulo scritto da firmare, calde raccomandazioni di aderire al progetto terapeutico)?
   – che cosa si conosce del sistema di valori del paziente e del suo atteggiamento nei confronti dei trattamenti medici (intensivi, di rianimazione, palliativi, conservativi)?
   – il paziente è stato informato circa i trattamenti proposti, i rischi ed i benefici potenziali e le possibili alternative?
   – è stata offerta al paziente la possibilità di avere un secondo parere?
   – se il paziente non può essere coinvolto nella valutazione e nella scelta, chi può fare le veci del paziente nel prendere le decisioni?

III. Il comportamento eccellente

Riferendoci al "quadrilatero della soddisfazione", possiamo ottenere che le persone coinvolte nel trattamento del caso (professionisti, pazienti, familiari, autorità sanitarie) raggiungano la posizione della "giusta soddisfazione" (o almeno della "giusta insoddisfazione")?

giustamente soddisfatto	giustamente insoddisfatto
ingiustamente soddisfatto	ingiustamente insoddisfatto

Quale svolgimento dovrebbe avere il caso clinico per poter essere raccontato come una storia di "buona sanità"?
tratto da: Spinsanti S, Bioetica e nursing, McGraw-Hill, 2001

L'ultimo desiderio. Assunta è una suora di 76 anni, lievemente obesa, vive in un comunità religiosa con altre consorelle. Nel marzo del 2002 viene accompagnata in ospedale dal nipote e ricoverata nel reparto di medicina a causa di astenia ingravescente e un rialzo termico che si manifesta nelle ore serali. Durante la degenza, ogni giorno, nel pomeriggio, riceve la visita di una delle consorelle che le tiene compagnia per un paio d'ore e più raramente di uno dei tre nipoti.

All'arrivo Assunta cammina sostenendosi al braccio del nipote, è visibilmente affaticata per cui l'infermiera e la studente infermiera che l'accolgono l'aiutano a svestirsi e a mettersi a letto. In stanza riesce a muoversi da sola e raggiungere il bagno appoggiandosi al letto e alla parete. Si alimenta da sola ma con poco appetito.

Nei giorni successivi al ricovero le condizioni della paziente peggiorano, per andare in bagno chiede l'aiuto degli infermieri.

Un giorno, Assunta, per arrivare al bagno e soddisfare il bisogno di eliminazione, suona il campanello. L'infermiera è impegnata a rassettare il cassetto dei medicinali per cui la studente infermiera, alla sua prima esperienza di tirocinio, si offre di andare al suo posto. L'infermiera acconsente: "Vai! Ma non fare nulla se prima non me lo riferisci".

La studente ascolta la richiesta della paziente e per soddisfare il suo desiderio, come d'altronde aveva fatto anche il giorno prima, chiede l'aiuto dell'infermiera. Quest'ultima entra nella stanza e dice alla paziente: "Ma dove vuole andare? Se cade chi se la prende questa responsabilità? Stia a letto che le metto la padella!"

Alle insistenze della degente e al suo tentativo di alzarsi da sola l'infermiera alza le spondine del letto per impedirle di cadere e continuare le proprie attività. Inoltre, poiché la paziente rifiutava insistentemente l'ausilio della padella le mise un pannolone.

Nel pomeriggio Assunta entra in uno stato di apatia come se nulla le importasse, comincia a rispondere a monosillabo e a cena rifiuta di alimentarsi.

Il giorno dopo la studente, all'arrivo in reparto, entra nella stanza di Assunta. Le sue condizioni cliniche sono ulteriormente peggiorate, si trova in uno stato comatoso, e si aggravano sempre di più nei giorni seguenti.

Dopo una settimana di attività teoriche in Università la studente torna in reparto e, preoccupata dello stato di salute di Assunta non trovandola in stanza, chiede sue notizie: Assunta era morta la notte precedente.

"È venuto il momento di dare spazio ai tuoi desideri …". La signora Letizia è una donna di 76 anni, pensionata, vive con il marito, non ha figli.

Nel mese di giugno 2003, a seguito di un arresto cardiocircolatorio avvenuto al domicilio, viene trasportata d'urgenza presso il Pronto Soccorso della struttura ospedaliera più vicina e, successivamente, ricoverata nell'unità di terapia intensiva.

Le condizioni cliniche della signora sono molto gravi: intubata e sottoposta a ventilazione meccanica artificiale, non contattabile verbalmente (stato di coma 4 della GCS), le viene posizionato un catetere venoso centrale per il trattamento farmacologico ed è monitorata in continuo per la registrazione delle funzioni vitali.

Il marito, presente nel momento del ricovero, viene subito informato dal primario della rianimazione in merito alle gravi condizioni della moglie.

Nel corso dei primi giorni di degenza, Letizia è stabile a livello cardiocircolatorio e respiratorio (prosegue la ventilazione meccanica), inizia la nutrizione parenterale; dal punto di vista neurologico, presenta un'emiplegia sul lato sinistro, è sveglia, occhi aperti, afasica, non esegue su richiesta verbale.

Letizia viene sottoposta a fisioterapia con scarsi risultati e si provvede all'alimentazione tramite sondino nasogastrico.

Dal primo giorno di ricovero e, per tutta la durata della degenza, il marito fa visita a Letizia tutti i pomeriggi.

Dopo circa quindici giorni, il primario informa e spiega al marito che è necessario eseguire una tracheotomia e chiede allo stesso che firmi il consenso informato.

Il marito risponde: "Sono nelle vostre mani, se mi dite che è necessario, facciamo quello che c'è da fare …".

A distanza di pochi giorni viene stabilito che si rende necessario il posizionamento di una PEG per proseguire l'alimentazione di Letizia.

Il primario informa nuovamente il marito sulla necessità di questa procedura e chiede che venga firmato un nuovo consenso informato.

Il marito accetta e firma.

Gli infermieri, i fisioterapisti e il personale di supporto del reparto cercano quotidianamente un modo per entrare in contatto con Letizia, ma i risultati che ottengono sono scarsi: Letizia apre gli occhi, a volte riesce a stringere qualcosa nella mano, a volte sembra capisca quello che le viene detto e accenna un movimento del capo.

Un pomeriggio le condizioni cardiocircolatorie di Letizia si presentano instabili e si verifica un episodio di fibrillazione ventricolare.

Avvisato il medico di guardia che decide di defibrillare la paziente; dopo diversi tentativi si registra al monitor un ritmo sinusale.

Una mattina, durante le cure igieniche, un'infermiera decide di tagliare i capelli a Letizia in quanto pieni di nodi impossibili da eliminare.

Nel pomeriggio, durante l'orario di visita, il marito vede Letizia con i capelli corti e inizia a gridare di fronte al medico di guardia, agli infermieri e agli operatori di supporti in turno: "Cosa avete fatto a mia moglie!!!! Come vi siete permessi!!?? L'avete rovinata, io vi denuncio!"

Il medico cerca di tranquillizzare il marito, anche se riconosce le sue ragioni.

Il giorno seguente, gli infermieri informano di quanto successo il capo sala che incontra il marito di Letizia per scusarsi dell'accaduto.

Il marito durante il colloquio risponde: "Io lo so che qui lavorano delle splendide persone, che curano e accudiscono tutto il giorno mia moglie, ma perché non me l'avete chiesto prima di tagliare i capelli a mia moglie? Quando l'ho vista così, con i capelli corti, tagliati male, sono rimasto scioccato. Vengo a trovare mia moglie tutti i giorni, non potevano aspettarmi?" Si è poi scusato per il comportamento del giorno prima e ha nuovamente espresso il suo disappunto.

Il capo sala interroga l'infermiera che aveva tagliato i capelli a Letizia per avere chiarimenti; queste le sue affermazioni: "Io che mi

prendo sempre cura dei pazienti, questo è il ringraziamento!! Che stupida, credevo di fare bene …".
Alla fine del colloquio conclude con questa considerazione: "È vero, ho sbagliato, avrei dovuto parlarne prima con il marito dal momento che non era chiaro se Letizia aveva compreso".
Il marito di Letizia non ha mai fatto denuncia, ma l'episodio è stato portato a conoscenza della direzione sanitaria e dell'ufficio infermieristico dagli stessi operatori della struttura.
Nei confronti dell'infermiera che aveva tagliato i capelli a Letizia è stato preso un provvedimento disciplinare.
La degenza di Letizia presso la terapia intensiva è durata circa 60 giorni, trascorsi i quali è stata trasferita in una riabilitazione.
Dopo alcuni giorni ho incontrato il marito in un bar vicino alla struttura, mi ha offerto un caffè, abbiamo parlato di Letizia e mi ha detto: "Certo, come era seguita e curata da voi era un'altra cosa, ma capisco che non poteva più rimanere lì …" "Ho conosciuto il marito di un'altra paziente che è in camera con mia moglie, poverino, è conciata proprio male …".
Letizia è morta dopo circa due mesi.

Il "destino": l'unico ad aver seguito la volontà della paziente …. Rosa è una donna di 92 anni autosufficiente, lucida e collaborante, che viene ricoverata per accertamenti in regime di solvenza presso il reparto di cardiologia di un ospedale della Lombardia dove si ricovera regolarmente ogni due mesi, in quanto cardiopatica.
Tutto il personale sia infermieristico che medico conosce bene la signora.
Dopo alcuni giorni di degenza la signora presenta una sintomatologia di addome acuto. Viene richiesta una consulenza chirurgica dall'internista che ha in cura la paziente.
I chirurghi, dopo aver eseguito gli esami diagnostici del caso, fanno diagnosi di occlusione intestinale causata da una massa neoplastica. Dopo essersi consultati tra di loro, i chirurghi informano i parenti che si rende necessario un intervento chirurgico altamente demolitivo, dal quale deriverà una colonstomia permanente.
La signora è vigile, orientata nel tempo e nello spazio, e comprende dalla tensione dei familiari che la situazione è grave, ma anche su sua specifica domanda ai parenti (figlio maschio di 60 anni e figlia femmina di 65 anni): "cosa mi succede è grave? È arrivata la mia ora?" non riceve risposte; i figli le dicono solo che dovrà essere sottoposta ad un "interventino per rimuovere un polipo intestinale".
Non ricevendo le informazioni di cui necessita, prova con il personale infermieristico ad estorcere qualche informazione, ma anche questi ultimi non dicono nulla, ovvero le dicono di chiedere al medico.
Lei allora riunisce i figli e, in presenza degli infermieri, afferma che non vuole essere "un peso" per loro, e che preferirebbe morire piuttosto che rimanere in un letto di ospedale in quanto la sua vita l'ha trascorsa ed è stata felice.
La paziente viene sottoposta alla consulenza di un anestesista, che data la sua cardiopatia, predispone una visita cardiologica. Improvvisamente la signora, in presenza degli infermieri, manifesta una dispnea ingravescente fino ad arrivare all'arresto respiratorio. Vengono eseguite le manovre del caso e la paziente viene trasferita in terapia intensiva dove è intubata e posta in ventilazione meccanica assistita.
La signora è in coma. A questo punto, visto il peggioramento clinico, i chirurghi decidono di non intervenire e informano i parenti. L'internista, invece, che aveva in carico inizialmente la paziente, dice ai parenti che l'intervento si può fare. I parenti sono quindi confusi ed essendo in rapporti più stretti con l'internista decidono di intervenire. L'anestesista però pone il suo veto in quanto la paziente è scompensata sotto l'aspetto idro-elettrolitico ed è anurica.
Si decide quindi di far passare la notte e, nel caso in cui sotto stimolazione diuretica la paziente avesse urinato, sarebbe stata operata. La mattina seguente si osserva che la paziente ha urinato, ma ciò non è sufficiente per l'anestesista per poter garantire che riesca a sopravvivere all'intervento. Due infermieri della cardiologia, che conoscono bene la signora, la vanno a trovare in rianimazione e ascoltando i discorsi dei curanti con i parenti, che sono sempre più confusi, si intromettono nella discussione e ricordano quali erano le richieste della signora quando era ancora vigile: "avrebbe preferito morire piuttosto che rimanere in un letto d'ospedale."
I figli decidono infine di non sottoporre la madre all'intervento chirurgico. Dopo tre giorni Rosa muore nel reparto di terapia intensiva.

Ogni persona … è unica, irripetibile e originale!. Il Signor Angelo, di 74 anni, vive nella periferia di Milano in un piccolo appartamento. La moglie è in discrete condizioni generali, anche se limitata dal punto di vista motorio in quanto affetta da artrosi degenerativa lombare. È il marito che si occupa della gestione domestica. La loro unica figlia vive a circa 50 km di distanza, sposata con due figli, recentemente sottoposta ad intervento chirurgico per neoplasia mammaria, si occupa dei genitori in modo saltuario.
Nel dicembre 2003 il signor Angelo si reca dal medico curante per presenza di sangue nelle urine. Dopo circa quindici giorni viene sottoposto a cistoscopia ambulatoriale che evidenzia una neoplasia vescicale. Il 17 dicembre il paziente viene ricoverato nel reparto di Urologia per eseguire, il giorno successivo, un intervento chirurgico per localizzare e stadiare il tumore. L'esito dell'esame istologico è di "carcinoma papillare a cellule transizionali moderatamente differenziato, G2, con focali aree di differenziazione squamosa, infiltrante il connettivo sottoureteliale. Tonaca muscolare indenne da neoplasia" (G2T1).
È indicato un ciclo di trattamento topico intravescicale chemioterapico, a cadenza settimanale per otto settimane consecutive in regime ambulatoriale.
Il signor Angelo è inizialmente scoraggiato e depresso per l'esito dell'esame, ma ricevendo le giuste spiegazioni circa la prognosi e il decorso della patologia, si affida speranzoso alle cure del caso.
In data 19.04.04 il signor Angelo viene nuovamente sottoposto a resezione endoscopica transuretrale (TUR) di neoplasia vescicale per verificare l'efficacia del trattamento.
Il risultato dell'esame istologico denota una regressione della neoplasia, anche se viene consigliata la prosecuzione del ciclo chemioterapico a cadenza mensile per 11 mesi.
Il paziente è molto ottimista per i risultati ottenuti.
Dopo sette cicli di terapia il paziente manifesta un'intolleranza al farmaco chemioterapico, con comparsa di iperpiressia e algie

addominali. Viene sospeso il trattamento ed il signor Angelo viene nuovamente ricoverato per controllo vescicale.
L'esito di quest'ultimo esame istologico è purtroppo drammatico: "Carcinoma uroteliale piano-papillare ulcerato di alto grado (G3) infiltrante la tonaca muscolare", nel caso specifico è indicato un nuovo ricovero per intervento di cistectomia.
È importante sottolineare che il signor Angelo riceve la notizia della diagnosi e la proposta di intervento solo dopo la dimissione; viene invitato telefonicamente a presentarsi presso l'ambulatorio del Primario dell'U.O. di Urologia durante una domenica pomeriggio con la presenza dei familiari.
L'urologo in questione illustra al signor Angelo il problema in modo sbrigativo, proponendogli un intervento demolitivo ed invalidante, senza preoccuparsi minimamente del paziente in quanto persona. Non gli viene data alcuna possibilità di scelta; viene semplicemente indicata un'unica soluzione, spiegata peraltro con freddezza e distacco. Nessuna attenzione viene posta alle reazioni del soggetto, nessuna possibilità di riflessione sul consenso esplicito ed implicito per questo tipo di intervento.
Viene fatto firmare il consenso all'intervento e definita la data del ricovero a distanza di dieci giorni.
Il signor Angelo viene indirizzato il pomeriggio stesso presso l'U. O. di Urologia per essere messo in lista operatoria dall'infermiera di turno.
Il paziente completamente disorientato giunge in reparto con la convinzione di eseguire un intervento urologico non molto diverso dai precedenti controlli chirurgici.
Termini tecnici quali "stomia", "deviazione" e "resezione" non sono stati assolutamente compresi dal paziente e dai suoi familiari.
Il disorientamento viene percepito dal personale infermieristico che propone al primario di posticipare la data del ricovero, affinché il paziente assimili ed accetti sia la complessità dell'intervento che la menomazione ed il conseguente cambio di vita che lo attende.
La posizione del primario è irremovibile; è confermato il giorno e l'ora del ricovero.
L'atteggiamento del signor Angelo e dei familiari è di estrema remissività, pur non cogliendo in toto ciò a cui vanno incontro, si fidano ciecamente del medico.
Il 15.11.04 alle ore 7.00 il paziente giunge in reparto accompagnato dalla figlia e si sottopone agli esami ematochimici e strumentali in preparazione dell'intervento e alle procedure del caso.
Il signor Angelo è depresso, poco reattivo, non pone domande: è chiuso in se stesso! Il personale medico ed infermieristico è poco attento a quello che sta vivendo il paziente e più preoccupato a svolgere pratiche organizzative, burocratiche e tecniche affinché l'intervento vada a buon fine.
Si arriva al giorno dell'intervento che dal punto di vista tecnico è ben riuscito e non pone particolari problemi; si esegue un intervento di cistectomia radicale con confezionamento di un uretero-ileo-cutaneostomia.
Il post-operatorio è stato complicato da crisi ipertensive di difficoltoso controllo che hanno richiesto l'utilizzo di Venitrin in pompa e da iperpiressia che ha richiesto prolungato trattamento antibiotico.
Il signor Angelo è inappetente, poco propenso alla mobilizzazione, cupo ed insonne, non comunica ed è completamente disinteressato al decorso dell'intervento e alle informazioni riguardo la gestione della stomia; desidera solo dormire!
Il 12 dicembre il paziente viene dimesso; dalle frequenti ed ansiose telefonate dei parenti all'U.O. si deduce che il signor Angelo non ha ancora accettato la menomazione inflitta: sono la figlia e la moglie che gli devono costantemente ricordare di svuotare o sostituire il "sacchettino" …

"La vecchiaia rubata". Anna Maria è una signora di 78 anni nata e sempre vissuta a Milano. Si è laureata per poi andare ad insegnare italiano e storia alle scuole medie superiori. Si è sposata ed ha avuto una figlia di nome Vittoria da cui ha avuto un nipote. Quando muore il marito decide di vendere la casa e di trasferirsi in un pensionato vicino a casa che successivamente diventa una RSA.
Anna Maria vive in questa RSA da ormai 10 anni, sempre nella stessa stanza.
Ad Anna Maria piace molto leggere libri classici e romanzi perché le ricordano i tempi in cui ha insegnato e adora scrivere lettere che raccontano come trascorre le giornate. Di religione cattolica, va a Messa tutte le domeniche. Persona molto curata nell'aspetto, va dal parrucchiere una volta alla settimana. La figlia viene a trovarla due volte alla settimana e la domenica porta con sé anche il figlio. Anna Maria aspetta sempre con impazienza la visita della domenica. Durante una di queste visite Anna Maria non riconosce la figlia ed il nipote. Anche gli ausiliari socio-assistenziali (ASA) segnalano al personale infermieristico degli episodi di disorientamento temporo-spaziale. L'infermiera, in accordo con il medico di reparto, esegue una valutazione multidimensionale. Da tale valutazione si evidenza un peggioramento delle funzioni cognitive dell'ospite ed, infatti, il punteggio del MMSE risulta peggiorato rispetto al precedente (Punteggio totale di 20/30). Si decide così di richiedere una visita neurologica di controllo che viene effettuata tre giorni dopo e che pone diagnosi di "sospetta demenza di Alzheimer". Non viene impostata nessuna terapia se non un controllo più assiduo dell'ospite ed una segnalazione puntuale degli episodi di disorientamento. Al controllo neurologico l'ospite si presenta lucida, collaborante e orientata T/S e, nonostante ciò, il medico di reparto ed il neurologo decidono di non mettere al corrente l'ospite della sua situazione clinica essendo ancora da valutare e confermare. Gli episodi di disorientamento aumentano sempre di più, soprattutto durante la notte. Compaiono anche episodi di incontinenza urinaria. L'ospite viene trovata spesso nelle camere di altri ospiti, mentre cerca i suoi vestiti e spesso si presenta bagnata. Gli ASA iniziano a lamentarsi perché "non in grado di gestire la situazione, soprattutto durante la notte, essendoci tante ospiti da gestire e poco personale". Per cercare di ridurre le "passeggiate notturne" di Anna Maria, l'infermiere dà indicazione di posizionare le spondine durante la notte avvisando il medico di reparto, il quale, inizia anche terapia ipnoinducente. Ad Anna Maria viene spiegato dall'infermiera che "le spondine sono necessarie durante la notte perché l'aiutano a riposare meglio". L'utilizzo delle spondine però procura ad Anna Maria paura e irrequietezza ed, infatti, spesso chiede alle ASA di "toglierle promettendo di non alzarsi dal letto". La sua richiesta non viene però ascoltata. Dopo circa una settimana

Anna Maria cade, mentre scavalca le spondine e si procura una ferita lacero-contusa all'arto inferiore dx e, per tale motivo, viene portata in Pronto Soccorso per una sutura della ferita. L'ospite viene accompagnata dalla figlia Vittoria, informata dell'accaduto dal personale infermieristico notturno. Vittoria l'indomani mattina chiede un colloquio urgente con il direttore sanitario della struttura per avere dei chiarimenti in merito all'accaduto e alla situazione clinica della mamma. In questo colloquio la figlia viene informata circa la situazione della mamma e manifesta disappunto in quanto non è stata informata prima. Ritiene inoltre che il personale di reparto non sia più in grado di accudire Anna Maria. Vittoria chiede un trasferimento urgente in un altro reparto. Il direttore sanitario arriva in reparto e constata che non sono stati fatti ulteriori accertamenti per indagare la situazione clinica dell'ospite e non è stato segnalato in nessuna documentazione assistenziale il posizionamento delle spondine durante la notte.
Si decide così il posizionamento di un letto elettrico e viene data indicazione di mantenere il letto ad un'altezza di 20 centimetri da terra senza posizionare le spondine. Viene richiesta un'ulteriore visita neurologica e indagini strumentali che confermano la diagnosi di demenza di Alzheimer.
Viene avvisata la figlia ma non l'ospite, essendo ormai rari i momenti in cui si presenta orientata T/S. Vittoria decide anche di prendere una "badante" per due ore al giorno così da portare Anna Maria in giardino, dal parrucchiere o al bar. La situazione continua sempre a peggiorare e la gestione dell'ospite, a detta del personale, diventa sempre più difficile ed, infatti, Anna Maria esce spesso dal reparto per poi perdersi all'interno dell'istituto. L'infermiera avverte il medico che dà indicazione di contenere l'ospite in carrozzina. Non essendo a disposizione in reparto una cintura di contenzione viene utilizzato un lenzuolo. Ad Anna Maria viene spiegato, dall'infermiera, che "la contenzione in carrozzina è necessaria per la sua sicurezza". Il giorno dopo l'ospite si presenta agitata e richiede più volte di essere accompagnata dal parrucchiere. Anna Maria, non vedendo soddisfatto un suo bisogno, si incammina all'ascensore in carrozzina essendo in grado di muoversi autonomamente nonostante sia contenuta. Mentre sta per entrare in ascensore, viene vista dagli ASA che la riportano in soggiorno e la contengono ulteriormente al corrimano con un altro lenzuolo. L'ospite chiede più volte di "essere liberata" e di voler solo essere accompagnata dal parrucchiere ma la sua richiesta non viene soddisfatta. Poco dopo arriva la figlia che trova sua mamma "legata con un lenzuolo alla carrozzina ed un altro lenzuolo al corrimano". Infuriata si reca dal direttore sanitario il quale arriva subito in reparto per cercare di fare chiarezza sull'accaduto. Si evidenzia che non è stato segnalato in nessuna documentazione clinica assistenziale la contenzione in carrozzina, non è stato richiesto uno strumento contenitivo appropriato, gli ASA hanno deciso autonomamente la contenzione al corrimano in quanto sia l'infermiera che il medico di reparto non erano presenti in quel momento.
Due giorni dopo l'ospite viene trasferita in un altro reparto.
Il giorno dopo si viene a sapere che Anna Maria è deceduta durante la notte per un arresto cardio-circolatorio.

Sabato, 29 novembre 2008

Simposio

ASSISTERE L'ANZIANO CON INCONTINENZA

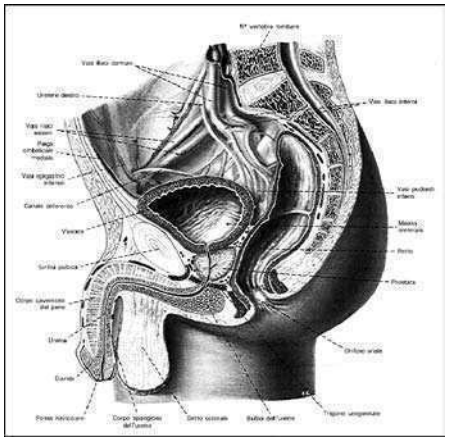
Moderatori: M. Andrigo (Padova), D. Donati (Firenze)

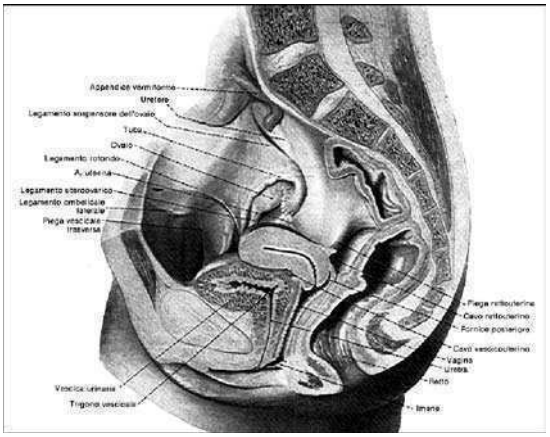
Incontinenza urinaria e fecale: inquadramento epidemiologico, eziologico e clinico

F. Guerini, G. Bellelli, M. Trabucchi

UO Recupero e Rieducazione Funzionale, Ospedale "Ancelle della Carità", Cremona, e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia, Italia

L'incontinenza urinaria (IU) è espressione della perdita e/o mancata acquisizione della capacità di urinare volontariamente in un luogo socialmente accettabile.
Negli anziani che vivono al domicilio l'incontinenza urinaria è rilevata in una percentuale di casi che varia dal 6-8% al 35%. Nei soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati sono riportate prevalenze variabili tra il 31% e il 50%; l'incontinenza urinaria è riconosciuta come una delle maggiori cause di ricovero degli anziani in casa di riposo.
Anche i costi dell'incontinenza sono elevati; recenti stime effettuate negli Stati Uniti mostrano che sono stati spesi 11,2 miliardi di dollari all'anno per popolazioni che vivono al domicilio e 5,2 miliardi per i residenti in case di riposo.
Dal punto di vista fisiopatologico, la vescica funziona come un serbatoio che permette la raccolta delle urine (continuamente prodotte dai reni) e lo svuotamento periodico secondo le necessità sociali dell'individuo. Perché ciò avvenga è necessario che la vescica possegga, unico fra gli organi dell'apparato urinario, un'innervazione integra. L'atto della minzione avviene attraverso un arco riflesso il cui centro sinaptico è situato nei segmenti sacrali del midollo spinale; questi a loro volta sono controllati da centri nervosi superiori situati nel ponte e nella corteccia cerebrale. La continenza sia nell'uomo che nella donna è affidata alla presenza di due sfinteri, uno prossimale (a livello del collo vescicale, non controllato dalla volontà), ed uno distale localizzato a livello dell'uretra e sotto il controllo del sistema nervoso volontario (Figg. 1 e 2).
Il normale invecchiamento ha effetto sul basso apparato urinario in una varietà di modi: la capacità vescicale e i valori di flusso urinario diminuiscono in entrambi i sessi; la pressione massima di chiusura dell'uretra diminuisce nelle donne; la dimensione della prostata aumenta nella maggior parte degli uomini; il volume di urina residua post-minzionale aumenta (ma non più di 50-10 ml). L'escrezione dei fluidi (a differenza del giovane in cui vengono espulsi la sera, prima di coricarsi), avviene nel corso della notte, quindi uno o due episodi di nicturia per notte possono considerarsi normali.
Nessuno di questi cambiamenti dovuti all'età tuttavia causa l'incontinenza, ma ciascuno di essi predispone ad essa. Questa predisposizione, insieme all'aumentata possibilità che una persona più anziana sia soggetta ad altri traumi patologici, fisiologici o farmacologici, è alla base della maggiore incidenza dell'incontinenza negli anziani. L'insorgenza o l'esacerbazione del disturbo nell'anziano è probabilmente dovuta ad un evento precipitante, esterno all'appa-





Figg. 1 e 2. Sezione sagittale mediana della pelvi maschile e femminile (modif. da Balboni 1994).

rato urinario basso. La cura del solo fattore precipitante può essere sufficiente a ripristinare la continenza.

L'incontinenza fecale è usualmente definita come involontario o inappropriato passaggio di feci e gas (Royal College of Physicians, 2005) e può presentarsi come perdita passiva o conseguente all'impellente bisogno di defecare (urgenza). L'IF è un segno o un sintomo, non una diagnosi, e ne devono essere ricercate le cause che l'hanno determinato.

L'incontinenza fecale (IF) affligge più di mezzo milione di persone in Inghilterra, e spesso produce conseguenze negative per i pazienti. Kamm (1998), in una revisione della letteratura, evidenziò che la prevalenza del problema è pari al 2% nella popolazione adulta (episodi di incontinenza giornalieri o settimanali) mentre tra le persone con età superiore a 65 anni, autosufficienti, la prevalenza è del 7%.

Altri recenti studi epidemiologici riportano una prevalenza di IF, tra gli adulti, compresa fra l'1 e il 10% in relazione alla tipologia e alla frequenza degli episodi di IF considerate dagli studi (NICE, 2007). Goode (2005), in uno studio con 1000 partecipanti con una età media di 75 anni (+ 6,7), conclude che la prevalenza del problema IF equivale al 12% (12,4% negli uomini e 11,6% nelle donne).

Tra i residenti delle Case di Riposo la prevalenza varia dal 20% al 54% (Wald, 2005).

Dal punto di vista fisiopatologico la defecazione è un processo che comincia quando la massa fecale passa nel retto, stimolando gli impulsi sensoriali e causando consapevolezza nel soggetto di pienezza rettale. Con l'espansione del retto un riflesso inibitorio causa il rilassamento dello sfintere interno che riduce la pressione nel canale anale. L'angolo anorettale aumenta quando ulteriori impulsi causano il rilassamento del muscolo puborettale, lo sfintere interno torna alla propria forma contratta, e la pressione anale è ristabilita. Lo sfintere esterno, allora contratto, chiude l'ano. Durante questo periodo altri impulsi sensoriali informano la corteccia celebrale della presenza di feci, formate o liquide, o la presenza di aria.

La stipsi e l'utilizzo indiscriminato di lassativi sono tra le più frequenti cause di incontinenza fecale. Il sesso femminile è maggiormente predisposto rispetto a quello maschile, e la costipazione è un problema comune durante la gravidanza, dopo il parto e dopo un intervento chirurgico. In letteratura sono riportati dati di prevalenza di stipsi nella popolazione generale tra il 10% e il 20%, con un'elevata incidenza tra le donne e gli anziani (Bosshard et al., 2004).

Per comprensibili ragioni il problema è largamente nascosto: molti pazienti trovano imbarazzante e vergognoso ammettere di soffrire di incontinenza ai curanti, e spesso anche a familiari e amici (NICE, 2007). È anche per questo motivo che i costi economi e sociali non sono facilmente quantificabili.

BIBLIOGRAFIA

1. Bosshard W, Dreher R, Schnegg JF, Bula CJ. *The treatment of chronic constipation in elderly people: an update*. Drugs Aging 2004;21:911-30.
2. *Clinical guidelines on urinary incontinence.* U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
3. Goode PS. *Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults.* JAGS 2005;53:629-35.
4. Kamm MA. *Faecal incontinence.* BMJ 1998;316:528-32.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults.* NICE Clinical Guidelines June 2007.
6. Royal College of Physicians I*ncontinence: causes, management and provision of Services,* London 2005.
7. Wald A. Faecal *Incontinece in the elderly: epidemiology and management.* Drugs Aging 2005;22:131-9.

Assistere l'anziano con incontinenza

A. Di Falco

Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza, Azienda Ospedaliera, Padova

È oramai immensa la quantità di letteratura disponibile su questo argomento, manuali operativi, libri, articoli, sperimentazioni e chi più ne ha più ne metta. Alla luce di tanta conoscenza disponibile, sento di dover cominciare questa breve scrittura con un mah! L'esperienza di molti anni di corsi di formazione svolti presso il centro di ricerca CEREF di Padova e presso alcune aziende ULSS di regioni del centro-nord Italia continuano a dimostrarmi che in realtà di incontinenza soprattutto nella persona anziana se ne parla ancora molto poco, e dove se ne parla il livello della conoscenza risulta essere a volte superficiale impedendo di incidere significativamente sulla

qualità di vita delle persone affette da un'alterazione dello stato di salute com'è l'incontinenza. Si provi dunque a digitare il termine "incontinenza" in un qualsiasi motore di ricerca nella world wide web e si rimarrà impressionati dal numero di collegamenti disponibili, un risultato simile lo si ottiene anche effettuando una ricerca bibliografica raffinata sugli importanti database ad oggi disponibili come ad esempio Medline o Cinahl, siamo quindi di fronte ad un fenomeno che mette in luce l'importante divario che esiste tra la letteratura prodotta e la prassi attuata. Più si approfondiscono le conoscenze in tale ambito più è evidente il coinvolgimento multidimensionale nella persona, tale considerazione amplia quindi la visione dell'incontinenza aprendo le porte ad una gestione da parte di una equipe multidisciplinare di cui l'infermiere può rappresentare l'anello di collegamento. L'incontinenza urinaria, costituisce un sicuro motivo di interesse nel nursing alla luce di alcuni aspetti tra qui la succitata multidimensionalità che interessa la persona incontinente, la buona risposta ad approcci comportamentali non invasivi, il possibile protagonismo del paziente nella sua cura [1]. Tali elementi costituiscono, infatti, la base per la messa in opera di interventi di assistenza volti allo sviluppo di autocura quale insieme delle capacità del paziente di gestire la propria disfunzione al fine di mantenere elevata la qualità di vita e la propria indipendenza dai servizi di cura. L'incontinenza, sia essa urinaria sia fecale, in particolare modo nella persona anziana, entra a far parte con forza del dominio del nursing che guarda a tale argomento come un ambito specifico per l'assistenza avanzata nell'ottica dello sviluppo o mantenimento dell'autonomia della persona-paziente. Il controllo dello stato di continenza e l'aiuto nella gestione dello stato di incontinenza non possono essere semplificati in una serie di interventi effettuati da più professionisti, medico, infermiere, fisioterapista, enterostomista, ecc, bensì deve essere interpretato come un processo a gestione multi professionale che inizia con l'acquisizione di conoscenze e lo sviluppo di competenze per identificare e classificare uno stato di alterazione della continenza o di incontinenza conclamata, e che si sviluppa attraverso delle tappe fondamentali come: l'approccio alla persona incontinente, il percorso di accertamento di base ed avanzato, fino alla proposta condivisa con il paziente di un piano di trattamento. Anche se diventar vecchi non significa diventare incontinenti, vi sono alcuni aspetti tra cui non ultimi quelli fisiologici e fisiopatologici che giustificano gli attuali dati di incidenza e di prevalenza, dati che cambiano se si cambia la fonte consultata. Una recente indagine condotta dall'Istituto Mario Negri di Milano ha evidenziato che in Italia l'11,4% delle donne con età superiore ai 40 anni lamenta incontinenza urinaria. Altri studi internazionali evidenziano una prevalenza del 23,6%. Purtroppo per molte donne ammettere di avere questo disturbo è ancora un tabù, solo una piccola percentuale di donne chiede aiuto rispetto a questo problema di salute (10%) [2]. Di grande importanza è l'incontinenza nell'anziano fragile che emerge sempre di più con l'allungarsi della vita media e che pone problemi organizzativi sempre più pressanti. Il graduale deterioramento delle vie di controllo e del basso apparato urinario, l'uso di più farmaci, le pregresse malattie ed interventi influenzano grandemente la funzione vescicale condizionando situazioni complesse caratterizzate da incontinenza e/o incontinenza e svuotamento vescicale incompleto. L'alta incidenza dell'incontinenza dell'anziano impone l'acquisizione di competenze e di personale preparato e l'organizzazione di centri idonei distribuiti su tutto il territorio nazionale. Pur stimando che nel mondo i/le pazienti affette da incontinenza urinaria siano oltre 200 milioni (2-3 milioni in Inghilterra, 10-12 milioni negli Stati Uniti, 3 milioni in Italia) [3], la grande variabilità dei dati oggi disponibili in letteratura relativi alla prevalenza (il numero totale dei casi rilevati in un tempo definito), incidenza (il numero dei nuovi casi osservati in un certo tempo) ed impatto psico-sociale della incontinenza urinaria nella popolazione generale, rende difficile prevedere, in uno specifico ambito territoriale, la reale diffusione e dimensione socio-economica di tale condizione clinica. Tutti gli autori concordano nell'affermare che ancora oggi l'incontinenza urinaria rappresenta un esplosivo ed irrisolto problema socio-assistenziale [4]. Attualmente i pochi studi presenti in letteratura circa le dimensioni del problema per il sesso maschile fanno supporre una diversa prevalenza del sintomo all'incirca della metà rispetto a quella femminile. Tipologia, distribuzione per età e fattori di rischio sono differenti che nel sesso femminile, ma non ancora studiati accuratamente. L'incidenza stimata della IU nel sesso maschile sembra essere del 9% annuo con una netta prevalenza della incontinenza transitoria (27% dei casi) rispetto alla popolazione femminile (11% dei casi). Questi dati dipendono dalla più frequente incontinenza da urgenza rispetto a quella da sforzo. Si può perciò, affermare che l'incidenza di incontinenza urinaria dopo l'intervento di prostatectomia radicale vari tra il 10% ed il 15%. Sono questi dati da non sottovalutare soprattutto se si analizzano da un punto di vista personale, sociale ed economico. Dalle ricerche effettuate tutti gli autori concordano nell'affermare che l'incontinenza urinaria ha un impatto negativo significativo, e per certi versi persino disastroso, su tutti gli aspetti della vita di chi ne è afflitto, creando problemi psicologici, occupazionali, relazionali, fisici e sessuali. L'incontinenza urinaria condiziona così negativamente tutti i presidi della qualità della vita della popolazione generale da creare una richiesta di sanità pubblica superiore a quella di altre numerose riconosciute malattie croniche. Nella valutazione della rilevanza sociale dell'incontinenza urinaria, al costo psico-sociale del sintomo, prevalentemente individuale, va aggiunto il rilevante costo socio-economico e assistenziale (COI: *Cost of Illness*). L'incontinenza come ampliamente riportato nella letteratura internazionale è causa di invalidità e di molti problemi, produce sconfort personale, ansia e depressione fino all'isolamento sociale, chiaramente aspetti che tendono ad ingigantirsi nell'anziano "fragile". Ecco che assume particolare importanza la capacità di condividere con la persona incontinente un piano di trattamento. Questo è naturalmente strettamente correlato alle cause che hanno contribuito ad instaurare lo stato di incontinenza, principalmente potremmo classificare le cause in: cause di tipo urologico di carattere anatomofisiopatologico, cause di tipo neurologico e cause di tipo funzionale. Chiaramente una simile classificazione è solo a scopo esemplificativo. Tra i problemi urologici possiamo identificare le affezioni alla ghiandola prostatica con possibili interventi chirurgici, prolasso uterino o rilassamento della muscolatura pelvica, stipsi legata ad intasamento dell'ampolla rettale e la patologia neoplastica del basso addome oltre che le situazioni infiammatorie croniche. Tra le cause

neurologiche è d'obbligo citare la vescica autonoma tipica di interruzione della comunicazione nervosa a livello lombosacrale, patologie degenerative come il diabete che può portare ad una importante riduzione della percezione e della sensibilità vescicale peraltro tipica anche nei casi di deafferenziazione. Non ultimi in termini di importanza vi sono i problemi funzionali che spesso danno origine a forme di incontinenza funzionale. Tra i problemi funzionali si possono sicuramente citare sindromi da allettamento, paraplegie-emiplegie o in generale alterazione dell'area della motricità come ad esempio la coxartrosi. Il trattamento dell'incontinenza urinaria nel soggetto anziano che la recente letteratura internazionale in pieno accordo con la mission del nursing orienta alla restituzione del massimo livello di autonomia e di competenza in autocura all'anziano, è molto influenzato dalle capacità di apprendimento di quest'ultimo, dalle sue abilità cognitive e dalla quantità e qualità di risorse che sono realmente attivabili in lui e attorno a lui; inutile segnalare quanto sia importante il contesto familiare del paziente anziano e quanto questo stesso possa modificare significativamente i risultati di un piano di trattamento soprattutto nell'ambito di un sostegno psicologico del delicato equilibrio psicofisico dell'anziano. Metaforicamente parlando approcciarsi ad un anziano è come essere di fronte ad un prezioso forziere ricco di tesori e pietre preziose a cui il tempo ha fatto perdere l'originale splendore, perdi più, spesso, di tale forziere si è persa anche la chiave; ecco che una prima difficoltà come professionisti, che ci si trova ad affrontare è proprio quella di individuare la migliore strategia per riuscire ad aprire il forziere senza danneggiarlo visto il suo inestimabile valore. Questa però è solo la prima delle difficoltà che mette alla frusta le capacità del professionista. Non appena aperto il forziere infatti si dovranno esplorare tutte le strategie e scegliere gli interventi adeguati al quel soggetto affinché si riesca a far risplendere le pietre preziose che ci servono in quel momento allo scopo di raggiungere gli obiettivi che ci siamo posti. Detto questo è chiaro che il piano di trattamento può essere composto da molteplici interventi variamente intersecati tra loro. Questi possono essere molto semplici, come ad esempio il tentativo di far recuperare una sorta di ricondizionamento in modo tale da rispolverare quei meccanismi riflessi, in modo simile a quelli che erano stati acquisiti in tenera età [5], oppure in un certo senso essere molto complessi come ad esempio la combinazione di esercizi della muscolatura pelvica associati ad una terapia riabilitativa con l'uso elementi fisici come la corrente elettrica. La pianificazione del trattamento soprattutto nella sua fase attuativa del progetto è chiaramente influenzata dalla tipologia di incontinenza diagnosticata, in tal senso la classificazione dell'incontinenza prevede prima di tutto una netta distinzione tra incontinenza urinaria acuta e cronica, inserendo come cut off un valore temporale comunemente indicato in un mese [6]. Definito l'incontinenza acuta o cronica, per quest'ultima la letteratura offre più di una classificazione, step fondamentale è quindi decidere a quale classificazione far riferimento, quelle disponibili ad oggi sono *l'International Classification of Disease 9th Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM), *l'International Classification of Nursing Practice* nella recente versione beta (ICNP beta 2) oppure la classificazione NANDA sotto la denominazione: Alterato modello di eliminazione urinaria [7]. Ciascuna classificazione in ogni caso distingue naturalmente diverse cause d'insorgenza e i trattamenti ad oggi conosciuti sono spesso rivolti a risolvere o ridurre-compensare gli effetti della causa stessa. I trattamenti di provata efficacia ad oggi descritti in letteratura sono:

- *timed voiding;*
- autocontrollo dello stimolo menzionale;
- esercizi di rafforzamento della muscolatura perineale;
- tecniche di induzione della minzione;
- cateterizzazione intermittente;
- cambiamento delle abitudini voluttuarie;
- prevenzione e trattamento della stipsi;
- igiene intima e prevenzione delle infezioni;
- ausili per il controllo-prevenzione delle perdite urinarie.

Tornando alla visione metaforica dell'anziano, per attivare uno qualsiasi dei trattamenti sopracitati è necessario che alcune pietre siano tornate allo splendore originale, se così non fosse o meglio se qualche patologia cronica rendesse impossibile il recupero di informazioni ad esempio per problemi cognitivi anche il piano di trattamento dovrà necessariamente subire delle modifiche tali che tengano in considerazione le capacità cognitive, motorie e psicologiche residue dell'anziano.

Sicuro è che le competenze che il professionista deve possedere devono essere molto approfondite e non ci si può accontentare di conoscenze apprese in modo superficiale a qualche corso di aggiornamento ma è fondamentale investire tempo e spazio, mente e corpo, arte e passione in qualcosa che può far tornare un sorriso come può essere il riuscire a controllare l'incontinenza. In ogni caso è innegabile che solo la conoscenza, la competenza, l'ingegno, la passione e un pizzico d'arte possono trasformare un blocco di marmo informe in una meravigliosa statua, con questa immagine penso l'anziano come colui che un tempo è stato una meravigliosa statua che, con il passar del tempo, tende a perdere lucentezza e vigore e alcune volte anche parti fondamentali che minano l'integrità della statua stessa ma l'aiuto del giusto professionista o meglio della giusta equipe multidisciplinare come nel caso della Venere di Milo può aiutare l'anziano a recuperare splendore, vitalità e capacità comunicativa in grado si supplire almeno parzialmente ai deficit presenti.

1 Zanotti R. In: Di Falco, Degan M. *Il controllo e l'aiuto*. Roma: A. Carocci Editore 2007.

2 *L'Anziano e l'incontinenza.* Chiozzotto MG, Nardelotto G. Ed. Vega 1998.

3 Rev Med Chil 2008;136(7):867-72. Epub 2008 Sep 4.

4 J Am Geriatr Soc. 2005;53(4):629-35.

5 J Am Geriatr Soc. 2000;48(8):894-902.

6 Di Falco A, Degan M. *Il controllo e l'aiuto.* Ed Carocci 2007.

7 J Am Geriatr Soc. 2008;56(2):285-90.

Studio sull'utilizzo di presidi assorbenti nella prevenzione di lesioni da decubito nell'anziano incontinente

L. Rasero, M. Romanelli, L. Baggiani, A. Bassetti, T. Brocca[1], F. Falciani[1], E. Gori[1], C. Lorini, S. Mantero, G. Monti, R. Munizzi[1], F. Santomauro, N. Comodo, G. Bonaccorsi

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze; [1] Azienda Sanitaria Firenze

Introduzione. La perdita involontaria di urina è una condizione urologica frequente che si manifesta, secondo stime tratte da ricerche nazionali, in circa l'8% delle donne e nel 3% degli uomini adulti. Tali dati sono solo indicativi, probabilmente stimati per difetto, difformi a seconda dell'area geografica considerata e della tipologia di soggetti selezionati oltre che della difficoltà di indagine intrinseca ad un disturbo spesso volutamente tenuto "sottotraccia": si calcola infatti che ben il 63% delle donne ed il 44% degli uomini con disfunzioni minzionali non ne parli con il proprio medico sia per motivi di disagio e di imbarazzo sia in quanto erroneamente portati a ritenerli, da parte del paziente come del medico, ineluttabili conseguenze dell'invecchiamento, non suscettibili di alcun miglioramento.
Da studi epidemiologici condotti in Europa, Stati Uniti e Australia è emersa un'incidenza di IU più frequente nelle donne che negli uomini (frequenza media doppia nel sesso femminile), con valori del 10-15% (maschi: 5-7%); la prevalenza aumenta a partire dai 35-40 anni e riconosce, tra i principali fattori di rischio differenziale, la pluriparità e la post-menopausa, oltre alle differenze anatomiche fra i due sessi e allo stress cui gli organi pelvici della donna sono esposti. Sebbene, come già esposto, i dati di letteratura riferiscano che tale patologia colpisca più frequentemente i più anziani o i non autosufficienti, essa non è rara anche in persone di ogni età (es. donne giovani nullipare, in particolare durante l'attività fisica). Per la già menzionata difficoltà nella comunicazione del sintomo da parte della persona al medico ci troviamo di fronte ad una mancanza quasi assoluta di dati primari sull'intera casistica, con un effetto-iceberg più pronunciato nelle coorti giovani, ma presente anche nelle fasce di età più avanzate, laddove l'anziano adotti modelli di autogestione di un bisogno che sfugge all'attenzione del Sistema Sanitario pubblico (modalità "out-of-pocket") (Abrams, 1998, 2002).
La maggior parte degli studi presenti in letteratura riguarda ricerche effettuate in nazioni anglofone. Dati ufficiali pubblicati dalla *National Kidney and Diseases Advisory Board* riportano che nel 1994 circa 13 milioni di persone, istituzionalizzate e non, soffrivano di incontinenza urinaria, di cui 11 milioni donne. Anche se la prevalenza di IU si correla con l'età, è tuttavia errato considerare l'IU parte fisiologica del processo di invecchiamento. Nel soggetto anziano l'IU rappresenta comunque una delle maggiori cause di istituzionalizzazione in relazione all'incremento del carico assistenziale per la famiglia e alle problematiche socio-familiari (aumento del rischio di insorgenza di ulcere cutanee, sgradevolezza, cattivi odori, difficoltà ai cambi frequenti, ecc.) nella gestione del disturbo.
Oltre il 30% degli ultrasettantenni che vivono a casa e una percentuale che varia tra il 50 e il 70% dei ricoverati nelle residenze sanitarie assistite (RSA) vivono problemi di IU e di complicanze correlate (lesioni cutanee da macerazione), ma soltanto la metà di loro riceve un'attenzione adeguata, nonostante l'attuale disponibilità di strumenti di tipo preventivo, curativo e riabilitativo (Bortolotti, 2000).
Il successo nella riduzione dei disagi causati dall'IU nelle RSA e a domicilio è, infatti, legato non tanto al tipo di incontinenza, quanto all'impegno di risorse umane (infermieri, OSS, caregiver e badanti) nell'impiego dei dispositivi esistenti e nella gestione delle complicanze da parte del personale infermieristico di assistenza. Infatti, qualora i soggetti non trovino adeguate risposte, la costante esposizione della cute all'umidità – a seguito anche dell'effetto combinato di IU, diarrea e sudorazione – può determinare la sua macerazione esponendola maggiormente ai danni della compressione e della frizione (Allaman, 1995; Grawron, 1994). Il contatto prolungato della cute con urine e feci inoltre determina un danno diretto alle cellule epiteliali per effetto sia di agenti chimici o tossici sia per la conseguente modificazione del pH cutaneo determinata dalla trasformazione dell'urea in ammoniaca; l'incontinenza non adeguatamente gestita e corretta è pertanto un importante fattore di rischio per lo sviluppo di una lesione (Defloro, 2001, AHCPR Guidelines). Le lesioni dovute all'IU si possono generare in zone con prominenze ossee che non costituiscono obbligatoriamente un punto di pressione eccessivo. La presenza di umidità, una IU e/o fecale, la posizione del corpo, i dispositivi utilizzati e i movimenti del paziente possono giocare un ruolo importante nella manifestazione di lesioni cutanee da macerazione. La corretta gestione dell'IU mediante l'utilizzo di presidi efficaci che garantiscano una buona capacità contenitiva e di barriera all'umidità possono realmente essere efficaci nel ridurne l'insorgenza (Makebust, 1996).
Lo studio clinico randomizzato del quale si propone i risultati ha avuto i seguenti obiettivi:
Valutazione dell'ausilio assorbente Sperimentale – e comparazione rispetto al presidio standard utilizzato nell'area geografica di sperimentazione (Azienda Sanitaria Fiorentina, d'ora in poi ASF) – in termini di:

- efficacia funzionale (possibili indicatori: numero di cambi/giorno);
- efficacia nella prevenzione delle lesioni cutanee da macerazione (indicatori: frequenza di soggetti con cute macerata nei due bracci dello studio; numero di nuove lesioni; umidità riferita; ingravescenza delle lesioni preesistenti e delle nuove lesioni nel periodo di osservazione);
- valutazioni economiche in termini di minimizzazione dei costi e, eventualmente, costo-beneficio;
- valutazione della qualità della vita e del gradimento del prodotto da parte dei soggetti;
- valutazione complessiva (capacità di assorbenza, facilità di posizionamento del presidio, tempi di cambio del presidio [1]) del prodotto da parte del personale infermieristico;
- valutazione complessiva del prodotto (capacità di assorbenza, facilità di posizionamento, tempi di cambio del presidio [1]) da parte del caregiver (utente, familiare/assistente).

Materiali e metodi. Gli utenti portatori di presidio per l'incontinenza (pannolone) sono stati reclutati se in regime di assistenza domiciliare. Le persone valutate eleggibili dopo adesione con firma

del consenso informato sono state randomizzazione in due bracci. La raccolta dei dati è avvenuta da parte degli infermieri dell'assistenza domiciliare che si è recata a domicilio della persona per 4 volte nell'arco di un periodo di 40 giorni (4 osservazioni/soggetto). La scheda di rilevazione dati conteneva (criteri di eleggibilità, patologie concomitanti, terapie in atto, scala Braden, presenza/grado ulcere cutanee in base alla scala EPUAP), sono inoltre stati somministrati all'utente il questionario sulla qualità di vita SF12, schede di gradimento di prodotto e qualità del servizio.

Risultati. I soggetti per i quali sono state effettuate le 4 osservazioni sono stati 392 (F 77,0%-M 23,0%) età media 84,0 ± 10,4 anni, 208 nel braccio sperimentale (F 75,0%-M 25,0%), 184 nel confronto (F 79,3%-M 20,7%).

La distribuzione del punteggio Braden nei due bracci dello studio differisce in modo statisticamente significativo dalla seconda visita in poi, con una percentuale più elevata di soggetti con punteggio più alto nel braccio Sperimentale, mentre nel braccio di Confronto non si osservano differenze statisticamente significative. Confrontando i risultati per visita, si osserva una differenza statisticamente significativa tra i soggetti arruolati nei due gruppi alla IV visita, con una percentuale decisamente maggiore dei soggetti non a rischio nel braccio Sperimentale (32,7%) rispetto al Confronto (21,2%), questo dato è essenzialmente dovuto al miglioramento dello stato di umidità della cute (parametro registrato dalla scala Braden). Non si evidenziano differenze nella presenza, comparsa e miglioramento/peggioramento di ulcere. Le risposte sul gradimento del presidio risultano a favore del prodotto Sperimentale per tutti gli item considerati: qualità assorbente, sicurezza contro le perdite, praticità di fissaggio e posizionamento, comfort/comodità, discrezione, validità nel limitare sudorazione, macerazioni ed arrossamenti.

Conclusioni. Sulla base delle valutazioni preliminari il presidio assorbente ha fatto registrare dati di efficacia più elevata sia in termini di qualità della vita, che di prevenzione nella comparsa delle lesioni cutanee.

Bibliografia

1 Abrams PA, Khoury S, Wein A. *Incontinence.* Health Publication Ltd 1999.

2 Abrams PA, et al. *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of International Continence Society.* Neurourol Urodyn 2002;21:167-78.

3 Allman RM, Goode PS, Patrick MM, Burst N, Bartolucci AA. *Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation.* JAMA 1995;273:865-70.

4 Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M, et al. *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy.* Eur Urol 2000;37:30-5

5 Defloor T, Van den Bossche K, Derre B, Feyaerts S, Grypdonck M. Bruxelles: Ministère Fédéral Belge des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, 2001.

6 Grawron CL. *Risk factors for and prevalence of pressure ulcers among hospitalized patients.* J Wound Ostomy Continence Nurs 1994;21:232-40.

7 Johannesson M, O'Conor RM, Kobelt-Nguyen G, Mattiasson A. *Willingness to pay for reduced incontinence symptoms.* Br J Urol 1997;80:557-62.

8 Maklebust J, Sieggreen M. *Pressure ulcers. Guidelines for prevention and nursing management.* 2 ed. West Dundee, IL: S-N Publications 1996.

9 Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. *Clinical practice guideline number 3.* Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, AHCPR Publication No. 92.

10 Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline.* December 2004.

Incontinenza fecale: raccomandazioni per la pratica assistenziale

A. Castaldo

Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione – Piccolo Cottolengo, Milano

L'incontinenza urinaria (IU) e fecale (IF) rappresentano un problema rilevante tra gli anziani istituzionalizzati (ospedale, riabilitazione e residenze assistenziali). In particolare l'IF, anche se meno frequente dell'incontinenza urinaria, a cui spesso si associa, determina grave imbarazzo per l'utente/ospite (anche se in molti casi non ne è consapevole) e un notevole aumento del carico di lavoro e dei costi. Molto spesso l'incontinenza fecale è un sintomo associato ad un abuso di lassativi e/o a stipsi e alla sua non corretta identificazione e gestione.

Le raccomandazioni di diverse Linee Guida internazionali propongono come primo *step* una valutazione di base accurata da parte degli operatori sanitari (Maloney, Cafiero, 1999; NCCAC, 2007; Bliss et al., 2005), volta a indagare con sensibilità la presenza di segni e sintomi nelle persone ad alto rischio di IF (anziani fragili, persone con deterioramento cognitivo severo, con incontinenza urinaria, che hanno avuto una resezione del colon o una chirurgia anale, con feci molli o diarrea di qualsiasi eziologia, con malattia/lesione neurologica o spinale e persone con prolasso di organi pelvici e/o prolasso rettale …).

La valutazione (*assessment*) è ritenuta la *conditio sine qua non* è possibile attivare una gestione efficace del problema, congruente con le esigenze individuali di ciascun utente e tesa a mantenere per il più lungo tempo possibile la continenza urinaria e/o fecale.

La valutazione di base dovrebbe comprendere, una valutazione funzionale e cognitiva, il tipo di incontinenza, la sua durata, la periodicità, il modello di eliminazione urinaria ed intestinale individuale prima e dopo il sospetto di incontinenza fecale, il regime dietetico, i farmaci assunti, la presenza contemporanea di IU, di stipsi o di compressione fecale/fecalomi …

È inoltre dimostrato che la popolazione anziana istituzionalizzata può beneficiare dall'implementazione di programmi di continenza urinaria ed intestinale e di programmi per la prevenzione della stipsi, di cui occorre rivalutare l'efficacia nel tempo: tutti si basano su una valutazione continua nel tempo.

La valutazione diviene tanto più oggettiva quanto più le variabili osservate sono misurabili in modo attendibile. A tale scopo le scale di valutazione possono favorire una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni osservati nonché un'omogenea valutazione quali-quantitativa.

La letteratura propone alcuni strumenti di valutazione specifici, taluni abbastanza validati, altri ancora da stabilire l'effettiva validità, come ad esempio il diario minzionale, il diario intestinale (Satish, 2004), la classificazione della IF (Vaizey et al., 1999), la scala di Bristol (Heaton et al., 1992) per la consistenza delle feci, la *Constipation Assessment Scale*, la *Constipation Scale System* o i criteri di Rome II per la classificazione della stipsi.

Nella Tabella I sono riportate le variabili, proposte da Vaizey et al. (1999), per la classificazione della IF.

Ciascun parametro è valutato in base alla presenza/assenza ovvero in base alla durata, come descritto di seguito:

– mai: nessun episodio nelle precedenti quattro settimane;
– raramente: un episodio nelle precedenti quattro settimane;
– qualche volta: più di un episodio nelle precedenti quattro settimane ma meno di un episodio alla settimana;
– settimanalmente: uno o più episodi alla settimana ma meno di un episodio al giorno;
– giornalmente: uno o più episodi al giorno.

Il punteggio va da 0 (continente) a 24 (grave incontinenza).

La letteratura di riferimento (Maloney, Cafiero, 1999; NCCAC, 2007; Bliss et al., 2005) evidenzia alcuni principi cardini per l'implementazione di un programma di continenza intestinale (ed urinaria) tra cui:

– un approccio multidisciplinare;
– il coinvolgimento della direzione amministrativa durante il processo di implementazione;
– l'assegnazione delle varie responsabilità inclusa l'individuazione di un persona che coordina e monitora l'implementazione (es. infermiere geriatrico esperto);
– l'informazione e il coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari nel processo decisionale della gestione dell'IF, considerando le attitudini e le preferenze e le opinioni delle persone assistite;
– il sopporto/consulenza di professionisti sanitari specializzati nella gestione della continenza;
– la sensibilizzazione e la formazione degli operatori coinvolti;
– la valutazione prioritaria delle persone ad alto rischio di IF.

Premesso che una gestione efficace dell'incontinenza (e della stipsi, in quanto spesso collegata all'incontinenza) non può prescindere da un approccio multiprofessionale, in cui siano coinvolti, ciascuno di propria competenza, le varie figure sanitarie e socio sanitarie, nondimeno l'infermiere ha un ruolo fondamentale nell'identificazione dei problemi che determinano un mancato o un diminuito soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica al fine di assicurarne la soddisfazione, tra cui l'eliminazione urinaria ed intestinale.

L'obiettivo principale per le persone con incontinenza fecale consiste nel restituire (laddove possibile) la continenza e migliorare la qualità di vita.

Gli interventi specifici o di supporto dovrebbero essere attuati in base alla valutazione iniziale, ed essere adattati alle preferenze e alla risposta individuale.

Le Linee Guida (NCCAC, 2007; Satish, 2004; Lehur et al., 2000) suggeriscono diverse misure di supporto, tra cui:

– raccomandare una dieta che favorisca una consistenza delle feci ottimale e una evacuazione soddisfacente in tempi programmati (prevedibili), in particolare riguardo l'introito di liquidi e degli alimenti;
– guidare le abitudini intestinali della persona al fine di ottenere una consistenza delle feci ottimale ed un'evacuazione soddisfacente in tempi programmati (*scheduled toileting*) ed in particolare:
– incoraggiare l'evacuazione dopo un pasto (utilizzare il riflesso gastrocolico);
– assicurarsi che i servizi igienici siano privati, comodi (e di un'altezza appropriata per la persona) e possono essere usati in sicurezza, garantendo un tempo sufficiente per l'evacuazione;
– garantire la privacy durante l'evacuazione;
– incoraggiare le persone ad adottare una posizione seduta o accovacciata, dove possibile, durante l'evacuazione (preferibilmente sul water);
– insegnare alle persone le tecniche che facilitano l'evacuazione e sottolineare l'importanza di evitare sforzi;
– laddove non è possibile l'accesso al water, utilizzare una comoda o una padella;
– fornire assistenza alle persone con problemi di mobilità e/o cognitività (assicurare l'accesso alla toilette in tempi rapidi, indossare e rimuovere il vestiario …);
– assicurare costantemente l'integrità cutanea: può essere utile l'applicazione di creme protettive come l'ossido di zinco;
– assicurare un'igiene perianale frequente ovvero subito dopo un'evacuazione, utilizzando preferibilmente delle salviette umide piuttosto che la carta igienica asciutta (Satish, 2004);
– favorire un minimo di attività fisica giornaliera adattata alle capacità funzionale della persona (Lehur et al., 2000);
– applicare i presidi assorbenti, scelti in base alle esigenze e alle caratteristiche della persona, e cambiarli regolarmente (Lehur

Tab. I. Sistema di classificazione IF.

	Mai	Raramente	Qualche Volta	Settimanalmente	Giornalmente
Incontinenza per feci solide	0	1	2	3	4
Incontinenza per feci liquide	0	1	2	3	4
Incontinenza per gas	0	1	2	3	4
Cambiamenti nello stile di vita	0	1	2	3	4
				No	SI
Necessità di indossare un assorbente				0	2
Assunzione di farmaci costipanti (antidiarroici)				0	2
Ridotta abilità di posticipare di 15 minuti la defecazione				0	4

et al., 2000). L'applicazione di presidi assorbenti dovrebbe essere un intervento di seconda scelta, cioè mirato alla gestione a lungo termine della IF intrattabile; inoltre i presidi assorbenti possono avere una funzione di protezione in associazione agli altri interventi assistenziali (NCCAC, 2007).

Alle persone con compressione fecale (presenza di fecalomi) dovrebbe essere assicurata un'evacuazione soddisfacente attraverso un trattamento per via rettale (da ripetere se necessario giornalmente per alcuni giorni); se inappropriato o inefficace, dovrebbe essere assicurato un trattamento di lassativi per via orale.

L'applicazione di preparati rettali dovrebbe essere usata se i lassativi orali causano episodi di incontinenza fecale e se c'è la necessità di realizzare delle evacuazioni intestinali programmate (NCCAC, 2007).

L'applicazione di supposte o di clisteri evacuativi può essere utile nel trattamento delle persone incontinenti con un'evacuazione intestinale incompleta o di coloro che presentano un gocciolamento fecale dopo la defecazione. In alcuni pazienti l'alternanza di lassativi con periodici clisteri evacuativi può assicurare un'evacuazione intestinale controllata. Tali interventi necessitano però di ulteriori ricerche (Satish, 2004).

Alle persone con limitata mobilità che continuano ad avere episodi di incontinenza fecale dopo la gestione iniziale dovrebbe esser fornito un trattamento basato su evacuazioni intestinali programmate, che possono essere raggiunte attraverso la combinazione di lassativi orali o rettali e/o agenti costipanti. Il trattamento dovrebbe comprendere anche l'accessibilità alla toilette, l'applicazione di prodotti assorbenti appropriati e la verifica della presenza di feci all'interno del retto al momento di un'evacuazione programmata (NCCAC, 2007).

Alle persone con gravi deficit cognitivi, qualora la valutazione e la gestione di base non abbia portato a dei benefici, dovrebbe essere effettuata una valutazione funzionale e comportamentale per determinare se qualche disturbo comportamentale sia la causa dell'incontinenza fecale. Conseguentemente a tali persone dovrebbe essere forniti interventi specifici con l'obiettivo di gestire i comportamenti che possono determinare l'IF (NCCAC, 2007).

Bibliografia

1 Brocklehurst J, Dickinson E, Windsor J. *Laxatives and faecal incontinence in long-term care.* Nurs Stand 1999;13:326.

2 Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountfourd RA, Braddon FEM, Hughes A.O. *Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study.* GUT 1992;33:818-24.

3 Lehur PA, Leroi AM. *Incontinence anale de l'adulte. Reccomandations pour la pratique clinique. Societè Nationale Française de Gastro-Entèrologie (SNFGE).* Gastroenterol Clin Biol 2000;24:299-314.

4 Maloney C, Cafiero M. *Implementing an incontinence program in long-term care* settings*. A multidisciplinary approach.* J Gerontol Nurs 1999;25:47-52.

5 National Collaborating Centre for Acute Care, *Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults,* National Collaborating Centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons of England, 35-43 Lincoln's Inn Fields, London 2007.

6 Satish SC. *Practice Guidelines. Diagnosis and management of fecal incontinence.* Am J Gastroenterol 2004.

7 Sneddon D. *Continence assessment in long-term care.* Prof Nurs 1999;15:32-4.

8 Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill A, Kamm MA. *Prospective comparison of faecal incontinence grading systems.* GUT 1999;44:77-80.

9 Virani T, et al. *Prevention of constipation in the older adult population, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO).* Toronto, Ontario: Nursing Best Practice Guidelines 2002.

10 Bliss DZ, Fischer LR, Savik K. *Managing fecal incontinence: self-care practices of older adults.* J Gerontol Nurs 2005;31:35-44.

Incontinenza fecale: ausili e interventi nutrizionali

E. Zanetti

Brescia

L'incontinenza fecale affligge più di mezzo milione di persone in Inghilterra, e spesso produce conseguenze negative per i pazienti. Kamm (1998), in una revisione della letteratura, evidenziò che la prevalenza del problema è pari al 2% nella popolazione adulta (episodi di incontinenza giornalieri o settimanali) mentre tra le persone con età superiore a 65 anni, autosufficienti, la prevalenza è del 7%.

Altri recenti studi epidemiologici riportano una prevalenza di incontinenza fecale, tra gli adulti, compresa fra l'1 e il 10% in relazione alla tipologia e alla frequenza degli episodi di incontinenza fecale considerate dagli studi (NICE, 2007).

Goode (2005), in uno studio con 1000 partecipanti con una età media di 75 anni (+6,7), conclude che la prevalenza del problema incontinenza fecale equivale al 12% (12,4% negli uomini e 11,6% nelle donne).

Tra i residenti delle Case di Riposo la prevalenza varia dal 20% al 54% (Chassagne, 1999; Chiang, 2000; Bosshard, 2004; Wald, 2005).

La stipsi e l'utilizzo indiscriminato di lassativi sono tra le più frequenti cause di incontinenza fecale (Brocklehurst, 1999; Norton, 1996). Il sesso femminile è maggiormente predisposto rispetto a quello maschile, e la costipazione è un problema comune durante la gravidanza, dopo il parto e dopo un intervento chirurgico (Rehabilitation Nursing Foundation, 2002). In letteratura sono riportati dati di prevalenza di stipsi nella popolazione generale tra il 10% e il 20%, con un'elevata incidenza tra le donne e gli anziani (Bosshard, 2004; Eberhardie, 2003; Winge, 2003).

Tra gli interventi disponibili per prevenire, curare e ridurre gli episodi di incontinenza fecale nell'anziano istituzionalizzato attenzione particolare deve essere posta all'alimentazione, responsabile di modificazioni della consistenza e della composizione delle feci. Definita la causa di incontinenza fecale, se possibile, è opportuno stabilire un intervento dietetico adatto alle condizioni cliniche e funzionali del soggetto. Non è da trascurare una corretta idratazione, in particolare se gli episodi di incontinenza fecale sono collegati a presenza di stipsi (Higgins e Johanson, 2004).

Nel tentativo di contenere le perdite, e consentire al paziente una migliore gestione del problema, sono proposti ausili assorbenti (pannoloni mutandina, pannolini sagomati), collettori di feci e tappi anali. I tappi anali e i collettori di feci hanno un uso limitato e sono generalmente accettati solo da determinati target di pazienti: i collettori di feci possono essere utilizzati nei soggetti in fase terminale o in coloro che, ricoverati in terapia intensiva, hanno una diarrea profusa. I tappi anali sono stati utilizzati in soggetti con alterazioni

neurologiche che riducono la sensazione del bisogno di defecare (NICE, 2007). Ad oggi, non ci sono studi che documentino l'efficacia dei tappi anali per contenere l'incontinenza fecale.

Nel tentativo di contenere le perdite, sono utilizzati al domicilio e in casa di riposo ausili assorbenti, spesso gli stessi utilizzati per l'incontinenza urinaria.

L'utilizzo di pannoloni mutandina o assorbenti sagomati può rivelarsi un buon rimedio per contenere la perdita di feci formate ed evitare che si sporchino i vestiti, ma difficilmente aiuterà nella gestione di profusa diarrea o nel nascondere odori sgradevoli che possono essere gestiti solo attraverso un programma di gestione dell'incontinenza fecale.

Non sono molti gli studi ad oggi condotti per identificare il prodotto ideale per la gestione dell'incontinenza fecale, e tutti gli studi prendono in considerazione pazienti con incontinenza sia urinaria sia fecale.

Un solo trial randomizzato controllato (Brown, 1994a), condotto in 166 adulti incontinenti ricoverarti in ospedale per acuti, compara l'efficacia di pannoloni e traverse per il letto (5 diversi prodotti assorbenti) rispetto all'integrità cutanea valutata con tre indicatori: assenza di arrossamento, assenza di lesioni e assenza di sintomi quali dolore, bruciore, fastidio. Lo studio valuta anche la differenza tra prodotti con e senza polimeri. In un reparto sono state utilizzate, per tutto il periodo dello studio, traverse lavabili anziché monouso. Si è osservato un risultato significativamente migliore rispetto ad assenza di arrossamento e lesioni utilizzando prodotti con polimeri. Nessuna differenza è stata osservata tra pannoloni e traverse.

In questo studio sono stati considerati pazienti con doppia incontinenza e pertanto non è chiara l'efficacia dei prodotti valutati rispetto alla sola incontinenza fecale.

Tre diversi studi, tra i quali due revisioni sistematiche condotte dalla Cochrane collaboration (Brown, 1994b; Shirran e Brazzelli, 2000; Deutekom e Dobben, 2005) confermano che gli ausili assorbenti monouso sono meno costosi dei prodotti riutilizzabili (sebbene la differenza non sia significativa) e sono più efficaci nel mantenere integra la cute. I prodotti contenenti i polimeri sono più costosi dei prodotti senza polimeri, ma sono più efficaci nel mantenere la cute asciutta. Anche per questi studi non è chiara la proporzione di pazienti con incontinenza fecale, e i risultati sono certamente influenzati dalla presenza di soggetti con incontinenza urinaria. La revisione più recente (Deutekom e Dobben, 2005) conferma la miglior efficacia dei prodotti monouso, ma afferma che sono più costosi dei prodotti riutilizzabili sebbene i costi per la gestione complessiva dei soggetti incontinenti siano inferiori se si utilizzano ausili assorbenti monouso.

La scarsità degli studi, e la loro bassa qualità, non consentono di fornire una solida base per la pratica. I prodotti monouso sono da preferire ai prodotti riutilizzabili poiché diminuiscono l'incidenza di problemi cutanei. Tuttavia, sulla base delle prove disponibili, tali conclusioni possono essere provvisorie, e ulteriori studi sono necessari e auspicabili.

Bibliografia

1 Bosshard W, Dreher R, Schnegg JF, Bula CJ. *The treatment of chronic constipation in elderly people: an update.* Drugs Aging 2004;21:911-30.

2 Brown DS. *Diapers and underpads, Part 1: Skin integrity outcomes.* Ostomy/Wound Management 1994a;40:20-8.

3 Brown DS. *Diapers and underpads, Part 2: Cost outcomes.* Ostomy/Wound Management 1994b;40:34-40.

4 Brocklehurst J, Dickinson E, Windsor J. *Laxatives and faecal incontinence in long-term care.* Nurs Stand 1999;13:32-6.

5 Chassagne P, Landrin I, Neveu C, Czernichow P, Bouaniche M, Doucet J, et al. *Fecal incontinence in the institutionalized elderly: incidence, risk factors, and prognosis.* Am J Med 1999;106:185-90.

6 Chiang L, Ouslander J, Schnelle J, Reuben DB. *Dually incontinent nursing home residents: clinical characteristics and treatment differences.* J Am Geriatr Soc 2000;48:673-6.

7 Deutekom M, Dobben A. *Plugs for containing faecal incontinence.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3:CD005086.

8 Eberhardie C. *Constipation: identifying the problem.* Nurs Older People 2003;15:22-6.

9 Goode PS. *Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults.* JAGS 2005;53:629-35.

10 Higgins PDR, Johanson JF. *Epidemiology of constipation in North America: a systematic review.* Am J Gastroenterol 2004;99:750-9.

11 Kamm MA. *Faecal incontinence.* BMJ 1998;316:528-32.

12 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults.* NICE clinical guidelines June 2007.

13 Norton C. *Faecal incontinence in adults. 1: Prevalence and causes.* Br J Nurs 1997;5:1366-8.

14 Rehabilitation Nursing Foundation, *Practice Guidelines For The Management of Constipation in Adults,* 2002.

15 Shirran E, Brazzelli M. *Absorbent products for the containment of urinary and/or faecal incontinence in adults* Cochrane Database Syst Rev 2000:CD001406.

16 Wald A. *Faecal Incontinece in the elderly: epidemiology and management.* Drugs Aging 2005;22:131-9.

17 Winge K, Rasmussen D, Werdelin LM. *Constipation in neurological diseases.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:13-9.

Ondate di calore ed eventi avversi. Sorveglianza attiva degli anziani istituzionalizzati nella provincia di Vibo Valentia

S. Fiorillo, A. Reitano, V. Fabrizio

D.H. Geriatrico, P.O. Soriano Calabro, ASP di Vibo Valentia

Premessa. Con l'avvento della stagione estiva diventano emergenti le patologie da calore, in particolare in alcuni periodi di caldo afoso e di umidità particolarmente accentuate, gli anziani accusano con più frequenza rispetto alla popolazione giovane-adulta, sintomi e segni di una disidratazione intensa o di un "colpo da calore" che può aggravare la o le patologie di base. Da ciò scaturisce l'idea per la realizzazione di tale iniziativa al fine di garantire un'adeguata assistenza alle persone istituzionalizzate e a promuovere forme di prevenzione che permettono di ridurre le complicanze delle patologie da calore ed evitare danni alla salute.

Obiettivi. Mappatura delle strutture (RSA; C.P., case famiglia, case di riposo, centri diurni, ecc.) e realizzazione anagrafe degli anziani istituzionalizzati nella provincia di VV, organizzazione all'interno delle strutture di incontri dibattiti informativi/educativi con la distribuzione di protocolli "prevenzione malattie da calore" con lo scopo di fornire modalità omogenee per l'attuazione della prevenzione primaria e secondaria. Attivazione processi di sorveglianza attiva degli anziani istituzionalizzati, soprattutto nei giorni in cui le previsione metereologiche segnalavano condizioni di allarme per ondate di calore.

Materiali e metodi. La sorveglianza attiva nelle strutture presenti sul territorio è stata attivata da giugno a luglio 2007. La mappatura delle strutture e l'evento educativo è stato realizzato grazie alla collaborazione di alcuni centri diurni e associazioni di volontariato. Ogni utente istituzionalizzato è

stato sottoposto a valutazione multidimensionale, sono stati raccolti i dati sulle principali patologie croniche di cui erano affetti e sul numero di farmaci assunti quotidianamente. La valutazione inoltre prevedeva una stima del carico assistenziale, ovvero veniva presa in considerazione la mobilità, lo stato funzionale ed eventuali disturbi cognitivi/comportamentali. Abbiamo così realizzato un indicatore sul carico assistenziale (c.a. 3-4 lieve, 5-6 medio, 7-8 impegnativo, 9 molto impegnativo). Sono stati inoltre, calcolati il tasso di decesso ed ospedalizzazione.

Risultati. Le strutture sorvegliate sono state 12. All'evento educativo "ondate di calore e gli anziani", realizzato nel mese di giugno 2007, hanno partecipato n. 90 operatori e sono state coinvolte 24 associazioni di volontariato. Gli anziani fragili istituzionalizzati erano 227 (177 donne, 50 uomini). Il 96% degli anziani era ultraottantenne. Il 98% degli ospiti era presente nelle strutture da diversi anni. Nel 3% degli ospiti il c.a. è risultato lieve, nel 7% medio, nel 30% impegnativo e nel 60% molto impegnativo. Per quanto riguarda la comorbilità degli ospiti è stata la seguente: il 25% presentava demenza, il 54% malattie cardiovascolari, il 12% malattie endo/metaboliche, il 4% malattie respiratorie, e il 5% disturbi idro-elettrolitici. Durante l'estate 2007 il sistema di sorveglianza per le ondate di calore ha registrato diversi giorni di allarme/emergenza. Durante questo periodo (18 gg.) è stata prevista la sorveglianza attiva e la verifica delle effettive condizioni di rischio da parte degli operatori sanitari (I.P. ed A.S.) che garantivano accessi domiciliari nelle strutture e/o altri interventi che si sono resi necessari. Inoltre, venivano garantiti posti di sollievo presso RSA dell'ASP e/o l'individuazione di corsie preferenziali nel D.H.G. per le ospedalizzazioni che non presentavano carattere d'emergenza. Nei tre mesi di sorveglianza attiva si sono osservati rari casi di eventi avversi (non è stato segnalato nessun decesso in struttura dovuto alle ondate di calore). Il gruppo di ospiti compresi fra i 75 e gli 85 anni, portatori di patologie croniche, hanno presentato eventi acuti e sostanzialmente hanno determinato il maggiore carico assistenziale. Tali pazienti erano i più disidratati, con piaghe da decubito e maggiori problemi di decadimento cognitivo. È interessante evidenziare che il 90,92% dei soggetti è stato sorvegliato all'interno delle strutture evitando eventi avversi e che il 9,08% ha necessitato di ricovero in ambiente ospedaliero (D.H. Geriatrico) e non vi è stata la necessità di ricovero in RSA.

Conclusioni: Dallo studio emerge quanto l'intervento educativo ed informativo ha dato i maggiori benefici per evitare gli eventi avversi ad ondate di calore. Siamo fermamente convinti come l'informazione continua adattata ad ogni persona, a concrete situazioni di rischio, offerta al momento più opportuno ed associata ad un'adeguata sorveglianza è, in grado di impedire, alla maggior parte delle persone vulnerabili, di subire danni dovuti alle ondate di calore. Bisogna quindi educare per favorire la cultura della prevenzione e per indurre opportuni cambiamenti nei comportamenti.

La contenzione fisica negli anziani: indagine sulle conoscenze degli infermieri e sulle modalità di utilizzo

C. Papparotto[1], S. Zuliani[2], L. Ferrara[3]

[1] A.s.p. Opera Pia Coianiz, Tarcento (UD); [2] Università di Udine; [3] Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine

Scopo. Nell'assistenza alle persone anziane la contenzione fisica è una pratica comune la cui prevalenza varia dal 41 al 64% nelle strutture residenziali e dal 33 al 68% in ospedale [1]. Le motivazioni che portano alla contenzione sono la prevenzione delle cadute [2] e i disturbi comportamentali [3]. Gli infermieri hanno un ruolo rilevante rispetto alle motivazioni che portano alla decisione di contenere i pazienti e rispetto alle modalità di applicazione della contenzione stessa. Lo scopo di questo studio osservazionale era quello di identificare le conoscenze degli infermieri sulla contenzione fisica e le modalità di utilizzo della stessa.

Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto durante il mese di ottobre 2007 attraverso la somministrazione di un questionario agli infermieri di un ospedale (unità operative di medicina, neurologia, pneumologia, medicina post acuti), di un'azienda sanitaria territoriale (unità operative di medicina fisica riabilitativa) e di cinque strutture residenziali. Sono stati consegnati 218 questionari e ne sono stati compilati 153 con un tasso di risposta del 70,18%. Il questionario era costituito da tre sezioni: a) profilo socio-anagrafico (sesso, età, nazionalità, titolo professionale, anzianità di servizio); b) conoscenze relativamente alla contenzione fisica; c) modalità di utilizzo della contenzione fisica.

Risultati. Profilo socio-anagrafico degli infermieri: 84,31% di sesso femminile, 73,86% con età compresa fra 26 e 45 anni, 92,81% di nazionalità italiana; il 51,63% possiede il diploma di infermiere professionale e la stessa percentuale (51,63%) ha un'anzianità di servizio di 10 o più anni. Conoscenze relativamente alla contenzione fisica: il 32,68% conosce la definizione corretta di contenzione fisica, mentre il 50,33% ritiene che sia finalizzata alla sicurezza dei pazienti; il 56,21% degli infermieri dichiara di conoscere i riferimenti normativi e deontologici relativi alla contenzione, ma alla richiesta di specificarli solo pochi infermieri rispondono. Il 54,25% degli infermieri risponde correttamente rispetto alla frequenza del controllo nei confronti di una persona contenuta; il ricorso alla contenzione viene fatto per tutelare la salute del paziente (50,33%) e prevenire le cadute (34,64%). Rispetto ai mezzi di contenzione, il 54,25% ritiene che la sedia con piano di appoggio fisso non sia un mezzo di contenzione. La maggior parte degli infermieri (82,35%) dichiara di conoscere soluzioni alternative alla contenzione fisica e il 41,83% considera fra le alternative l'assistenza continua da parte del familiare. Modalità di utilizzo della contenzione fisica: il 77,78% degli infermieri concorda sulla necessità di consenso informato da parte del paziente per l'applicazione della contenzione; le informazioni sulla necessità di contenere il paziente vengono date dagli infermieri nel 57,25% dei casi, seguiti dai medici (32,68%). La contenzione viene applicata nel 45,75% dei casi a pazienti a rischio di caduta seguiti dai pazienti agitati (18,3%). I mezzi di contenzione utilizzati più frequentemente sono le spondine (86,93%), mentre gli altri mezzi (bracciali, corpetti, cinture) sono scarsamente utilizzati. Gli infermieri, poi, quando ravvisano la necessità di contenere il paziente avvisano il medico (41,18%); nel 34,64% dei casi applicano le linee guida e nel 20,29% dei casi agiscono in autonomia. Contenere un paziente dà un senso di sicurezza al 47,71% degli infermieri.

Conclusione. Dallo studio emerge che la contenzione fisica è finalizzata principalmente alla sicurezza dei pazienti e in particolare alla prevenzione delle cadute nonostante gli studi dimostrino l'inefficacia della contenzione rispetto alle cadute; il ricorso alla contenzione determina comunque nella maggior parte degli infermieri un senso di sicurezza. Anche le scarse conoscenze che emergono rispetto alle alternative alla contenzione fisica evidenziano la necessità di interventi formativi finalizzati alla rivalutazione delle motivazioni all'utilizzo della contenzione fisica, all'applicazione di linee guida, al miglioramento delle competenze infermieristiche per ridurre il ricorso alla contenzione fisica anche attraverso strategie alternative.

Bibliografia

1 Hamers JP, Huizing AR. *Why do we use physical restraints in the elderly?* Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie 2005;38:19-25.

2 Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. *Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents.* Journal of Advanced Nursing 2004;45:246-51.

3 Degan M, Iannotta M, Genova V, Opportuni I, Chiusso G, Bonso O. *Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute.* AssistenzaInfermieristica e Ricerca 2004;23:68-75.

Dalla valutazione multidimensionale alla continuità delle cure in Unità Geriatrica per acuti: dati preliminari

M. Pozzebon , S. Migotto[1], B-Barbato, M.Calabrò

U.O. Geriatria P.O. Treviso U.L.SS. n. 9, Veneto; [1] Servizio per le Professioni Sanitarie U.L.SS. n. 9, Veneto

Scopo. La rilevazione del livello funzionale premorboso confrontato con lo stato al momento dell'ingresso in U.G.A. e alla dimissione può essere traccia nella pianificazione della dimissione stessa.

Tale affermazione preliminare corredata dalla rilevazione dei bisogni di salute preesistenti, dalle modalità di risposta agli stessi attive prima del ricovero, l'eventuale utilizzo di presidi, la rilevazione delle condizioni abitative

e/o ambientali e l'individuazione del care-giver, formale o informale, sono corredo indispensabile per l'attivazione di una dimissione protetta. La realtà della U.G.A. del P.O. Treviso consta di 74 p.l.. Nel 2007 sono stati ricoverati 2503 pz. afferenti dal DEA/PS con un totale di giornate di degenza di 24.530, con una degenza media di 10,17 gg , una degenza media trimmata di 9,02 gg ed un tasso di occupazione pari al 90,82%.
I ricoveri ripetuti entro i 30 gg. in area Internistica per DRG medico si sono attestati al 4,15%.
Tali numeri impongono una tempestiva pianificazione della dimissione senza per questo ridurre la qualità del servizio erogato.
Materiali e metodi: nella nostra U.O. la Valutazione Multidimensionale (VMD) viene somministrata entro 72 ore dall'ingresso del paziente e le Activity of Daily Livng (BADL) vengono rilevate e quantificate rispetto allo stato premorboso (14 gg. prima del ricovero), all'ingresso e alla dimissione.
Sono stati arruolati in maniera randomizzata 523 pazienti dei 1898 ricoverati presso la nostra U.O. dal 01/10/2007 al 31/05/2008. Il campione era rappresentato da 281 femmine (53,7%) e 242 maschi (46,3%) con un'età media di 83,33 anni (range 68-103 anni). Di questo campione il 59,5% dei ricoverati viveva in famiglia, l'11,9% era assistito da badanti, l'8,6% viveva in famiglia ed aveva una badante e il 19,9% viveva solo. Il valore medio di BADL premorbose risultava 69,6, all'ingresso pari a 42,8 per attestarsi alla dimissione a 55,4 con una perdita media di BADL tra premorboso e dimissione di 14,7/%. Il 46,5% dei pazienti non necessitava di presidi/ausili, il 48,9% aveva presidi in uso già nel pre-ricovero, all'1,9% venivano richiesti alla dimissione e al 2,5% venivano integrati quelli già in dotazione nel pre-ricovero. Il 58,7% dei pazienti non aveva avuto cadute nell'anno antecedente al ricovero, il 22,2% ne aveva avuta 1, l'8,8% ne aveva avute 2 e il10,1% più di 3. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria domiciliare nel post-ricovero è stata attivata nel 5,4% dei casi e mantenuta, in quanto già attiva prima dell'accesso in Ospedale nel 12,2% dei casi.
Si è ritenuto di valutare le correlazioni tra i dati raccolti e la necessità di attivazione di servizi sanitari nel post-ricovero (prelievi ematochimici, medicazioni, gestione nutrizione enterale e gestione del catetere urinario).
Risultati. La necessità di nuova attivazione di servizi a valenza sanitaria post-ricovero è risultata correlata all'età, al valore di variazione peggiorativa delle BADL tra premorboso e dimissione e al valore singolo di BADL premorbose, all'ingresso e alla dimissione e alla necessità di nuove prescrizione di presidi/ausili nel post-ricovero. Nessuna correlazione statisticamente significativa è stata evidenziata con il numero di cadute occorse nell'anno antecedente al ricovero.
Conclusioni. La perdita di stato funzionale occorsa durante la degenza ospedaliera si dimostra un significativo indice predittivo di attivazione dei servizi sanitari post-ricovero. Tale dato impone una tempestiva segnalazione ai Servizi Sanitari domiciliari del variato stato funzionale per una corretta e adeguata dimissione dall'Ospedale per Acuti.
La somministrazione di VMD all'ingresso presso un'Unità Geriatria per Acuti è lo strumento che permette di cogliere la variazione funzionale del paziente tracciandone un profilo che poi sarà la base per i Servizi Sanitari domiciliari che gestiranno i bisogni del paziente.

Bibliografia

1 Vetter N. *Inappropriately delayed discharge from hospital: what do we know?* BMJ 2003;326;927-8.

2 Haggerty JL. *Continuity of care: a multidisciplinary review.* BMJ 2003;327:1219-21.

3 Billings J. *Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients.* BMJ 2006; 333: 327.

Gli operatori sanitari e le cure di fine vita:risultati di un questionario

M. Saiani, S. Scarabello Vettore, M. Debiasi, M. Boni, S. Minervini, R. Girardello.

SSN, APSS Trento, U.O. Geriatria Ospedale "S. Maria del Carmine" Rovereto

Scopo. Valutare l'atteggiamento degli operatori sanitari dell'UO di Geriatria di Rovereto nei confronti delle problematiche legate alle cure di fine vita nei pazienti anziani ricoverati, con l'obiettivo di migliorare l'attenzione e la comunicazione con i pazienti stessi e le loro famiglie in un ambito particolarmente importante e delicato dell'assistenza, nonché di valutare e indirizzare le opportunità formative sull'argomento.
Materiali e metodi. Abbiamo chiesto a tutti gli operatori (Medici, Infermieri e Operatori Socio-Sanitari) di compilare il Questionario predisposto dal Gruppo di Studio SIGG sulle cure nella fase terminale della vita, scaricabile dal sito internet della Società[1]. Il questionario è stato distribuito e compilato dagli operatori nella seconda metà del mese di maggio 2008. Abbiamo quindi valutato le risposte globalmente e tenendo conto anche delle singole professionalità.
Risultati. Trentaquattro operatori (8 medici, 17 infermieri, 9 OSS) su 53 (64%) hanno risposto anonimamente al questionario. L'anzianità di servizio più rappresentata era quella di 0-5 anni, con il 41%.
I sentimenti più spesso ricorrenti negli operatori quando sono a contatto con un paziente nella fase terminale della vita sono risultati nell'ordine: preoccupazione per una maggiore attenzione al paziente, tristezza, compassione; una minoranza di tutti gli operatori ha affermato di concentrarsi sulle mansioni professionali, due di provare angoscia; nessuno ha dichiarato disinteresse. Gli obiettivi assistenziali ritenuti più importanti sono stati: il sollievo dal dolore, l'attenzione alla qualità della vita e la soddisfazione dei bisogni psicologici e spirituali, seguiti dall'attenzione per gli eventuali familiari, per il coniuge, per i bisogni religiosi. Secondo gli operatori le preoccupazioni maggiormente presenti nei pazienti in fase terminale sono la sofferenza, la paura e il morire da solo, seguiti dalla preoccupazione per i familiari. In occasione della morte di un paziente, i sentimenti e i comportamenti che gli operatori si trovano più spesso a provare ed attuare sono: riflessioni sui limiti della professione, dialogo con i colleghi; si sentono sorgere molti interrogativi e portano con loro la sofferenza per qualche tempo. Gli atteggiamenti largamente prevalenti nei confronti della famiglia del morente sono quelli di far capire quale sia il modo migliore per aiutare il loro congiunto, e la condivisione della situazione con la famiglia. La quasi totalità degli operatori considera la morte un evento che fa parte del ciclo della vita ed una realtà significativa e spirituale della vita stessa.
Diciannove operatori (56%) ritengono "sufficiente" il loro grado di preparazione nell'affrontare la realtà della morte dei pazienti, 9 operatori (26%) "buono", 3 operatori (9%) "insufficiente", due operatori lo ritengono "ottimo", un operatore non ha risposto. Le reazioni suscitate dal rispondere al questionario sono state: in 15 casi (44%) il desiderio di approfondire l'argomento, in 11 casi (33%) di interesse, in 8 casi di "confronto con i miei limiti assistenziali".
Nessuno degli operatori che hanno risposto al questionario ha espresso un rifiuto dell'argomento, ma un disinteresse o un rifiuto può certo essere stato in causa per una parte degli operatori che non hanno partecipato all'iniziativa. Il desiderio di approfondire l'argomento è risultato particolarmente elevato tra gli infermieri.
Discussione. Le cure di fine vita sono un argomento sempre più al centro dell'attenzione nel dibattito professionale e culturale degli operatori geriatrici. La nostra indagine conferma questo interesse e fornisce dei dati che sono in linea con i risultati ottenuti a livello nazionale dal Gruppo di Studio della SIGG[2], presentati in una recente edizione del Congresso Nazionale. Iniziative di formazione, discussione e dialogo sull'argomento appaiono utili e auspicabili in un'ottica assistenziale aggiornata e multiprofessionale.

Bibliografia

1 http://www.sigg.it/public/doc/GRUPPI/629.pdf.

2 Petrini M, Bianchi E, Boncinelli L, Caretta F, Cester A, Costanzo S, et al. *Il paziente anziano nella fase terminale della malattia". Gli atteggiamenti degli operatori: risultati di un questionario*. 50° Congresso Nazionale S.I.G.G., Firenze 9-13 novembre 2005.

7° Corso di Riabilitazione

Riabilitazione geriatrica: un approccio globale

Giovedì, 27 novembre 2008

PRIMA SESSIONE

Moderatori: B. Bernardini (Milano), M. Pevere (Vicenza)

L'anziano fragile e vulnerabile: il significato delle sindromi geriatriche

G. Bellelli, M. Trabucchi[1]

UO Riabilitazione Specialistica, Generale Geriatrica e di Mantenimento Casa di Cura "Ancelle della Carità" Cremona e Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia; [1] Università Tor Vergata, Roma e Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

Introduzione. Molte tra le condizioni morbose che più frequentemente vengono trattate in ambito geriatrico, quali il delirium, le cadute, le vertigini, e l'incontinenza urinaria sono definite sindromi geriatriche. A seconda degli studi considerati e dei setting nei quali gli studi sono stati condotti esse hanno una prevalenza estremamente significativa in termini epidemiologici, arrivando ad interessare fino il 20-50% della popolazione geriatrica [1-3]. L'elevata frequenza con cui queste condizioni morbose si manifestano nella pratica clinica pone dei seri problemi non soltanto in termini di gestione clinica ma anche in termini teorici e concettuali. Il termine "sindrome geriatrica" infatti descrive delle condizioni morbose che non rientrano – per così dire – all'interno di categorie diagnostiche ben definite. Ne consegue che la diagnosi è spesso difficile e basata sulla sensibilità di chi opera nel settore. Recentemente è stato affermato che lo studio della biologia e della fisiopatologia delle sindromi geriatriche ha contribuito e contribuisce ogni giorno a promuovere l'originalità della geriatria come specialità medica [4].

Definizione di sindrome geriatrica. Il concetto di "sindrome geriatrica" è molto cambiato nel corso del tempo. In termini generali la sindrome può essere definita come "un gruppo di segni e sintomi che compaiono simultaneamente e caratterizzano il quadro clinico della malattia" o anche come "un pattern di segni e sintomi determinati da un'unica causa scatenante che può anche non essere nota" [5 6]. Tali definizioni, seppur utili per inquadrare il problema in termini semantici, non sono esaustive tuttavia quando si consideri il paziente geriatrico. In questi infatti, il più delle volte, la sindrome si manifesta a seguito dell'effetto cumulativo di più impairment (multisistemici) che nel medio-lungo periodo rendono il paziente incapace di rispondere adeguatamente a situazioni di aumentata richiesta funzionale [5]. L'enfasi è dunque sulla multicausalità e sulla progressiva riduzione della riserva funzionale come risultato del logorio esercitato dal carico di patologie [7].

Il concetto di sindrome geriatrica impone alcuni ripensamenti teorico-pratici: un elemento di recente acquisizione è che nel determinare l'insorgenza delle sindromi geriatriche concorrono il più delle volte molteplici fattori di rischio e possono essere contemporaneamente coinvolti più apparati. Ad esempio è noto che il delirium può essere scatenato da molte condizioni cliniche, tra cui la disidratazione, le infezioni, l'ipoafflusso cerebrale, la ritenzione urinaria e la stipsi e che molti possono essere i fattori predisponenti, tra cui la demenza, l'ipovisus, o le malattie acute [7]. Secondo recenti teorie questi fattori di rischio tendono ad interagire tra loro, con un effetto moltiplicativo sulla manifestazione della sintomatologia. Un secondo elemento di interesse è che la cura sintomatica delle sindromi può rivelarsi utile anche in assenza di una diagnosi etiologica precisa: ad esempio, la pratica clinica suggerisce che nonostante in molti casi la patogenesi del delirium resti soltanto ipotizzata o non chiarita definitivamente, un trattamento farmacologico adeguato sia efficace nel ridurre i sintomi e risolvere il quadro clinico. Un ulteriore elemento di interesse delle sindromi geriatriche è che esse tendono ad aggregarsi: tale osservazione non è soltanto supportata da studi condotti in popolazioni geriatriche ma anche dalla pratica clinica che suggerisce come, ad esempio, soggetti affetti da delirium siano anche contemporaneamente a maggior rischio di sviluppare incontinenza urinaria o disturbi dell'andatura (cadute).

Sindromi geriatriche ed outcomes riabilitativi. Le sindromi geriatriche sono importanti in riabilitazione perché impattano sull'outcome riabilitativo in modo indipendente e significativo dalla comorbilità e da altri fattori personologici del paziente anziano. A questo proposito è stato condotto uno studio nella nostra UO Riabilitazione "Ancelle della Carità" di Cremona su 249 pazienti anziani (età > 65 anni) ricoverati consecutivamente dal 1 giugno 2008 al 30 settembre 2008 per varie patologie di interesse riabilitativo (fratture di femore, ictus, malattie neurologiche, broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, miscellanea). Di tutti i pazienti, tramite anamnesi ed intervista con i familiari, sono state raccolte informazioni relative all'occorrenza di delirium, cadute, ed incontinenza urinaria di tipo sindromico (vale a dire in assenza di una diagnosi eziologia accertata) precedenti il ricovero presso la nostra struttura. Sono stati inoltre raccolti una serie di dati di tipo socio-demografico, biologico, relativi allo stato di salute somatica, cognitiva, nutrizionale e funzionale. I pazienti avevano un'età media di 79,4 + 10,3 anni, erano in prevalenza di sesso femminile (n = 201, 73,9%), in circa 1/3 dei casi malnutriti ed affetti da una discerta comorbilità, come suggerito dal valore medio di IDS (*Index of disease Severity* = 1,8 + 0,2) e IDC (*Index of Comorbidity* = 2,2 + 1,5) ad una versione modificata della *Cumulative Illnesses Rating Scale*. Più di un terzo dei pazienti (n = 90, 36,1%) è risultato demente prima del ricovero in struttura, (sulla base dell'anamnesi, di interviste strutturate ai familiari e dell'esame clinico e neuropsicologico), ed un terzo aveva già sperimentato sintomi depressivi (n = 81, 32,3%). Inoltre in 43 pazienti (17,1%) era già stato accertato un delirium prima del ricovero mentre in più del 40% (n = 107, 42,6%) erano già state registrate cadute nell'anno precedente il ricovero. Stratificati per esito alla dimissione si è potuto osservare che i pazienti che erano già stati colpiti da delirium prima del ricovero in Riabilitazione venivano dimessi meno frequentemente al domicilio in confronto ai soggetti senza delirium (57,1% *vs.* 81,6%, p = ,005) così come i soggetti che avevano già sperimentato cadute nell'anno precedente (74,5% *vs.* 80,0, p= ,01). Sebbene in modo meno evidente anche i pazienti già riconosciuti dementi prima del ricovero erano dimessi meno spesso al domicilio in confronto ai soggetti cognitivamente integri (75% *vs.* 78,5%, p =,04).

Conclusioni. Le sindromi geriatriche rappresentano uno dei problemi con i quali chi si trova ad operare con pazienti anziani dovrà

sempre più fare i conti nel prossimo futuro. Le proiezioni epidemiologiche infatti stimano che la quota di pazienti fragili e vulnerabili crescerà proporzionalmente all'invecchiamento della popolazione ed alla cronicizzazione delle malattie. La sindrome geriatrica rappresenta anche un possibile modello interpretativo per cogliere la complessità del paziente anziano. Nella sindrome geriatrica quasi mai i segni ed i sintomi di presentazione sono quasi mai attribuibili ad un'unica malattia, ma possono essere invece l'espressione fenomenologica di condizioni diverse che il medico deve saper interpretare. È quindi necessario tener conto delle determinanti multiple, nonché delle loro interazioni, per programmare interventi di cura non settoriali ma adeguati alla complessità del quadro clinico. Su questa linea, anche in riabilitazione, l'outcome è indissolubilmente legato alla capacità di affrontare e curare le sindromi geriatriche. Gli studi dimostrano che, a parità di interventi riabilitativi, la presenza di queste condizioni cliniche, influenza significativamente il raggiungimento di un risultato ottimale. Come conseguenza, sia sul piano culturale che organizzativo, si dovranno ipotizzare interventi multidisciplinari che sappiano coniugare le singole professionalità con la capacità di sintesi e di interpretazione tipica del modello geriatrico.

Bibliografia

1 Marcantonio ERE, Simon SE, Bergmann MA, et al. *Delirium symptoms in postacute care. Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery.* J Am Geriatr Soc 2003;51:4-9.

2 Bellelli G, Lucchi E, Magnifico F, Trabucchi M. *Rehospitalization and transfers to nursing facilities in elderly patients after hip fracture surgery.* J Am Geriatr Soc 2005;53:1443-5.

3 Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, et al. *Burden of Dizziness and Vertigo in the Community.* Arch Intern Med 2008;168:2118-24.

4 Ferrucci L. *La geriatria che vorrei.* Bollettino SIGG, numero 9 sett 2008.

5 Fried LP, Storer DJ, King DE, et al. *Diagnosis of illness presentation in the elderly.* J Am Geriatr Soc 1991;39:117-23.

6 Flacker JM. *What is a geriatric syndrome anyway?* J Am Geriatr Soc 2003;51:574-6.

7 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.

Dal rilievo dei bisogni alla pianificazione delle cure

B. Bernardini, G. Cerina, S. Ghirmai, M. Pagani

UO Riabilitazione Neurologica, Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano (MI)

La complessità del paziente geriatrico. L'invecchiamento della popolazione ed il viraggio dell'epidemiologia verso una preponderanza delle patologie cronico-degenerative rendono sempre più evidente l'inadeguatezza dei sistemi di cura centrati sulla malattia acuta. La ricerca clinica non ha però ancora del tutto dimostrato l'efficacia di modelli organizzativi differenti da quello tradizionale, soprattutto nei pazienti ad alta complessità.

Il paziente geriatrico è un paziente complesso perché presenta fragilità o patologie che interessano più di un organo sistema ed hanno conseguenze permanenti a livello di domini differenti dello stato di salute: fisico, mentale, funzionale e socio-relazionale. Il paziente complesso necessita di cure multimodali, che coinvolgono più figure professionali è richiedono un'elevata condivisione di informazioni, obiettivi e metodi di trattamento. Esiste tuttavia una grande difficoltà di standardizzazione del trattamento riabilitativo, legata principalmente al fatto che la maggior parte degli interventi è fortemente "paziente-dipendente" e sfugge ad una puntuale programmazione.

La valutazione multidimensionale (VMD) è un processo diagnostico multidisciplinare finalizzato alla definizione dello stato di salute ed al rilievo dei bisogni di cura dell'anziano. I concetti di base della VMD sono stati sviluppati combinando gli elementi tradizionali della diagnosi biomedica con i metodi e le misure della psicologia clinica, della valutazione funzionale fisiatrica e delle scienze sociali. Attualmente la VMD costituisce un insieme affidabile di strumenti capaci di dare informazioni significative sulle capacità ed il potenziale di salute dell'anziano, nonché sulla consistenza della rete di sostegno socio-familiare.

La VMD ha rappresentato un notevole progresso metodologico nella comprensione dei bisogni di salute dell'anziano, ma è indispensabile una sua evoluzione verso forme più pragmatiche e meglio rispondenti alle necessità più attuali di governo clinico. Una delle priorità emergenti è infatti costituita dalla necessità legare le caratteristiche cliniche dei pazienti ai trattamenti effettuati (processi di cura) ed agli esiti (risultati raggiunti), con l'obiettivo di garantire maggior appropriatezza e qualità dei servizi.

La Figura 1 schematizza un modello possibile di riferimento per la misura ed il controllo di tutti questi elementi di "struttura-processo-esito" della riabilitazione. La fase di assessment è focalizzata ad evidenziare le caratteristiche salienti sia della malattia principale – ogni malattia ha infatti un suo intrinseco e diverso potenziale patogeno – che del profilo di vulnerabilità del paziente. Il profilo di vulnerabilità è dato da fattori di contesto biopsicosociale, preesistenti l'evento invalidante, che potenzialmente interferiscono sia sulla gravità del quadro clinico generale che sulle possibilità di recupero dello stato di salute, come ad esempio la presenza di sindromi geriatriche (malnutrizione, incontinenza, cadute, disabilità), della comorbilità (con riguardo particolare alla demenza) o dell'instabilità clinica/delirium.

La pianificazione delle cure e le Carte di Monitoraggio. Le attività di cura sono insiemi di procedure di tipo medico, riabilitativo e di nursing infermieristico organizzate sui bisogni del paziente e finalizzate alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale ed all'adattamento ambientale del paziente. Ogni professionista svolge singolarmente attività di competenza esclusiva, giustificate sulla base di obiettivi fondamentali, ed attività in collaborazione con altre figure del team. Quanto più il paziente è complesso tanto maggiore dovrà essere la simultaneità degli interventi e l'integrazione tra i professionisti del team.

Tradizionalmente la programmazione delle attività di cura viene esplicitata in una serie di enunciati che definiscono gli obiettivi a breve-medio periodo prefissati per ogni singolo paziente.

Il progetto riabilitativo individuale è l'insieme degli obiettivi di salute (clinici, funzionali, socio-relazionali) che appaiono raggiungibili in rapporto alle risorse del paziente, della sua famiglia e dell'organizzazione stessa. Il progetto riabilitativo è la sintesi in funzione prognostica delle informazioni cliniche e biografiche del paziente

e costituisce lo schema di riferimento per la programmazione dei trattamenti.

Il programma riabilitativo individuale è l'esplicitazione delle priorità, modalità e tempi dei trattamenti da attivare per raggiungere gli obiettivi prestabiliti. Il programma è interprofessionale (coinvolge almeno il geriatra e/o il fisiatra, l'infermiere, ed in modo variabile le differenti figure di terapista –"neuromotorio", logopedista, terapista occupazionale) e l'assistente sociale, in relazione ai bisogni. Sia il progetto che il programma riabilitativo sono periodicamente aggiornati per garantire l'appropriatezza delle attività svolte.

La documentazione delle attività svolte è un passaggio fondamentale che spesso viene trascurato nella pratica quotidiana. La rinuncia a misurare la variabilità e l'intensità dei processi di cura è una delle cause principali dell'indeterminatezza che tuttora domina in ambito riabilitativo circa la reale efficacia del trattamento stesso.

La Figura 2 riporta la Carta di Monitoraggio utilizzata nel nostro dipartimento per la registrazione dei trattamenti riabilitativi. La Carta è composta da una parte tradizionale di "diario riabilitativo" appaiata ad elementi misurabili che dettagliano il livello funzionale dell'esercizio terapeutico svolto, il livello di partecipazione del paziente (codificato secondo la *Pittisbourgh Participation Scale*) e le eventuali valutazioni effettuate. Viene inoltre registrato il tempo di trattamento di ogni singola sessione riabilitativa (fino a quattro per una stessa giornata) ed il suo contenuto, codificato in accordo al repertorio regionale.

Oltre a facilitare il flusso delle informazioni tra i componenti del team di cura, l'applicazione della Carta di Monitoraggio permette di:

- facilitare la definizione degli obiettivi di cura (intermedi e finali) e la pianificazione di un trattamento personalizzato,
- documentare e monitorare l'intensità del trattamento di ogni singolo processo-sottoprocesso,
- intercettare eventi clinici intercorrenti associati ad un aumento o a una riduzione dell'intensità di cura,
- verificare oggettivamente il raggiungimento degli obiettivi pianificati col paziente in fase di progettazione dell'assistenza,
- quantificare, anche in senso prognostico, l'intensità dei processi,
- confrontare i risultati ottenuti su pazienti con medesime problematiche e bisogni.

Dal punto di vista organizzativo i vantaggi di un'applicazione sistematica delle carte di controllo sono costituiti dalla possibilità di creare uno standard interno sui processi-chiave riabilitativi per confrontare e migliorare nel tempo le performance cliniche e rispondere ai bisogni dei pazienti in maniera più appropriata ed efficiente.

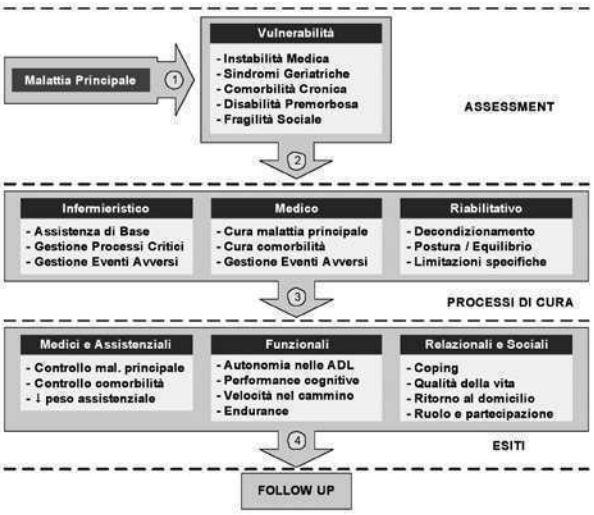


Fig. 1. Modello semplificato per il controllo degli elementi di "struttura-processo-esito" della riabilitazione.

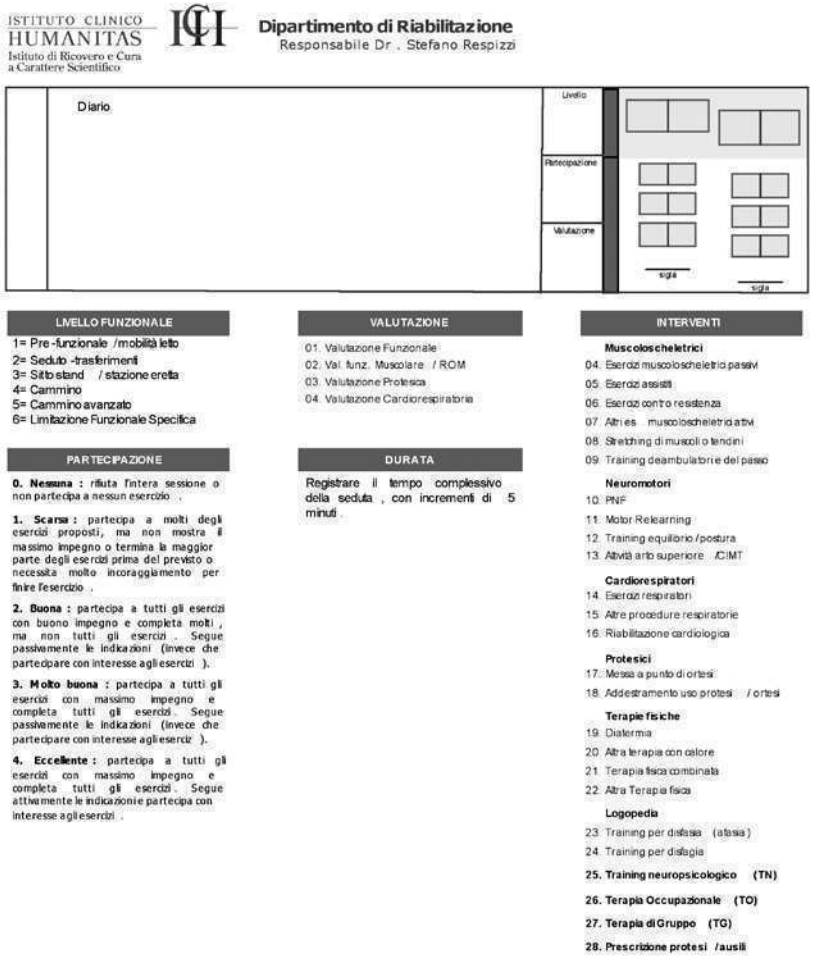


Fig. 2. Carta di monitoraggio delle attività riabilitative.

Controllo posturale nell' anziano: modificazioni e prevenzione della perdita funzionale

L. Baratto, E. Michelis

UO Medicina Fisica e Riabilitativa , Ospedale Colletta, ASL3 Genovese

Modificazioni del controllo motorio nell'anziano: problemi di metodo. L'invecchiamento è caratterizzato da una estrema eterogeneità di condizioni di capacità funzionale, distribuite su un *continuum* che va da élite compatibili con la competizione sportiva alla dipendenza nelle ADL.

Lo studio del controllo posturale nell'anziano è pertanto un compito complesso che richiede di distinguere fra le modificazioni età specifiche *(primary aging)* e quelle secondarie fattori di comorbilità *(secondary aging)*.

In particolare il confronto fra modelli del decadimento neuronale, orientati da una parte verso il determinismo genetico e dall'altra verso l'individuazione di eventi "catastrofici" che alterano singole funzioni di un sistema ancora disponibile, rendono complesso riconoscere il ruolo specifico dell'esercizio e più in generale dello stile di vita nel mantenimento della capacità funzionale disponibile.

In questa relazione discuteremo delle osservazioni relative alle modificazioni nel controllo posturale non riconducibili in modo diretto a esiti di malattia.

Modificazioni nel sistema muscolo scheletrico età-correlate. Per riassumere elementi ampiamente noti sappiamo che si assiste ad declino del picco di forza, età correlato. In particolare la forza agli arti inferiori decade del 40% fra i 30 e gli 80 anni.Uno studio, longitudinale su 10 anni, in soggetti con età media di 60 anni viene descritta una perdita di forza a carico di flessori ed estensori del ginocchio che va dal 12% al 17%.

Si osserva un decadimento dell'endurance meno importante rispetto a quello della forza.

La perdita di massa muscolare interessa ambedue i tipi di fibra con maggiore rapidità della perdita delle *fast-twitch*.

Si assiste in parallelo alla perdita di unità motorie e a modificazioni della giunzione neuro-muscolare.

La contrazione concentrica si perde più dell'eccentrica. La contrazione lenta meno di quella rapida.

Si osserva inoltre un declino della flessibilità alla base dell'ampiezza dell'escursione articolare.

Tuttavia un dato appare particolarmente significativo: la perdita di forza non è assoluta ma compito correlata.

La forza del quadricipite nell'alzata dalla sedia decade in modo più significativo che nel compito segmentario.

Queste osservazioni permettono di affermare che il decadimento di una competenza funzionale non è soltanto il prodotto semplice della somma di perdite a carico dell'effettore muscolo scheletrico e del sistema recettoriale; piuttosto le modificazioni della capacità di pianificazione e controllo centrale del movimento possono svolgere un ruolo rilevante nella spiegazione delle trasformazioni età correlate.

In questa ottica molti degli studi sulle modificazioni del controllo posturale età dipendenti pongono il loro focus proprio sulle possibili cause centrali delle stesse.

Un ambito molto ampio della ricerca è stato dedicato alle modificazioni del controllo posturale in stazione eretta.

Definizione di postura. Prendendo come riferimento il problema antigravitario, vengono distinte due categorie generali di problemi motori: quelli che risolvono il problema della risposta antigravitaria in condizioni di invarianza della base di appoggio e quelli nei quali la base di appoggio cambia.

Il primo gruppo raggruppa l'insieme delle stazioni: seduta, eretta, in ginocchio, con e senza perturbazioni (interne come il *reaching*, o esterne come la spinta).

Il secondo raggruppa l'insieme dei gesti: cammino, salita delle scale, salto.

Esistono relativamente poche stazioni; al contrario esistono infinite soluzioni posturali per garantire la stessa stazione in funzione delle caratteristiche antropometriche e dei deficit presenti in ciascun individuo.

L'elemento di "normalità" funzionale è rappresentato in ogni soggetto da quella configurazione che più si avvicina alla disponibilità dinamica.

In stazione eretta questa disponibilità dinamica è determinata dalle relazioni fra segmenti corporei che più li allineano con la verticale che passa per il centro di massa.

Questa condizione meccanica avvicina virtualmente i segmenti scheletrici ad una condizione di "equilibrio instabile" ideale per ridurre i momenti del peso e quindi il sovraccarico meccanico di articolazioni e muscoli e per favorire al contrario un controllo attivo fatto di continui micro movimenti premessa per la disponibilità di una adeguato controllo anticipatorio alle perturbazioni interne o esterne e delle reazioni a perturbazioni impreviste.

Pur essendo il controllo posturale un fenomeno osservabile in tutte le stazioni sia il suo studio fisiologico che clinico è stato prevalentemente orientato verso ricerche sulla stazione eretta statica e dinamica; in questo senso è consuetudine assimilare il controllo posturale a quello della stazione eretta.

Si tratta di una semplificazione che identifica la postura con un problema posturale scelto pragmaticamente per lo studio dei meccanismi di controllo motorio antigravitario.

Stazione eretta misura strumentale. La maggiorparte degli studi integra segnali prodotti dalla piattaforma posturografica [1] con quelli prodotti dall'elettromiografia di superficie.

La piattaforma posturografica può permettere sia una misurazione delle oscillazioni del soggetto in assenza di perturbazioni sia di misurare le stesse esercitando perturbazioni note.

[1] La piattaforma posturografica è costituita da un piano metallico appoggiato su celle di carico. La risultante delle forze applicate sul piano viene definito centro di pressione e rappresenta un indicatore "indiretto" delle oscillazioni del centro di massa del soggetto. Le risultanti misurate possono essere verticale (che esprime più direttamente il carico esercitato sul piano di appoggio) orizzontali (che esprimono le componenti "di taglio o in altri termini di scivolamento" sul piano frontale e sagittale prodotte dalle oscillazioni del soggetto) e di torsione.

L'elettromiografia di superficie viene prevalentemente utilizzata per lo studio dei muscoli attivi sul ginocchio e sulla caviglia; più raramente sul tronco.

La maggiore ricchezza di informazioni viene desunta dallo studio delle oscillazioni sul piano sagittale. Infatti è su questo piano che i gradi di libertà sono maggiori [2]; al contrario di quello frontale dove soltanto l'anca ha un grado di libertà. In questo senso il piano sagittale contiene problemi complessi che più facilmente permettono di studiare la fisiologia e la modificazioni del controllo motorio.

Si definisce COP *(centre of pressure)* il punto che individua la risultante delle forze di pressione esercitate dal piede sulla pedana. Si definisce stabilogramma il tracciato prodotto dallo spostamento del COP in funzione dell'oscillazione del soggetto.

Si definisce COG *(centre of gravity)* il punto che individua la risultante di tutti i vettori della forza di gravità applicata sul corpo; le oscillazioni del COG seguono quelle del COP che si sposta per anticipare e compensare l'uscita del COG dalla base di appoggio.

Si definisce *body sway* lo spostamento del COP sulla piattaforma.

Si definisce *Sensory Integration Test* una condizione nella quale il mantenimento della stazione eretta viene richiesto in variabili condizioni di informazione sensitivo sensoriale; è stato standardizzato per ottenere una misura della capacità di utilizzo integrato delle informazioni ai fini di ottimizzare il controllo.

Particolare attenzione è stata dedicata allo studio di due modalità di controllo in risposta a perturbazioni: le cosiddette strategia d'anca e di caviglia.

Fisiologicamente in presenza di perturbazione attuata sulla base di appoggio la prima risposta è rappresentata dal una attivazione sequenziale dei muscoli attivi sulla caviglia quindi sul gionocchio e infine sul tronco. Ovvero la correzione parte dal piede e si trasmette verso l'alto.

In studi nei quali soggetti sani vengono posti, in stazione eretta, su un piano di appoggio inferiore alla lunghezza del piede si osserva in risposta a perturbazioni un'attivazione sequenzialmente inversa. Ovvero la correzione parte dal bacino e si distribuisce verso il basso.

L'interesse per questi due comportamenti sul piano sagittale è particolare negli studi sulle modificazioni età correlate, come vedremo in seguito.

Modificazioni del controllo in stazione eretta statica. Nella stazione eretta, in assenza di perturbazioni, si osserva una maggiore spontanea ampiezza del *body sway*.

Inoltre in soggetti con storia di cadute è stata registrata una maggiore velocità di spostamento del COP ma non una maggiore ampiezza dello stesso rispetto a soggetti pari età senza storia di cadute.

Mentre l'aumento di ampiezza viene interpretato come effetto di un meccanismo compensatorio funzionale ad ottenere maggiori informazioni propriocettive. L'aumento di velocità potrebbe avere il significato di una riduzione della funzione centrale di controllo.

I limiti della stabilità posturale sono minori di quelli della base di appoggio; in questo senso l'utilizzo della dimensione della base di appoggio, come riferimento per lo studio della capacità di controllo, non contribuisce da solo a definire un modello utile.

Modificazioni della risposta motoria in presenza di perturbazioni. In caso di perturbazioni orizzontali, applicate alla piattaforma di forza, la sequenza di attivazione muscolare agli arti inferiori è sovrapponibile a quella dei soggetti giovani ma si caratterizza per la registrazione di un ritardo globale.

Numerosi studi dimostrano inoltre che nel soggetto anziano la stabilizzazione viene ricercata utilizzando la strategia "d'anca" [3] in sostituzione di quella "di caviglia" anche quando la pianta del piede è completamente appoggiata sulla base di appoggio.

Questo fa ritenere che in qualche modo il controllo funzionale alla caviglia decada più rapidamente di quello all'anca, in relazione a meccanismi intrinseci specifici o alla maggiore complessità di tale controllo rispetto alla strategia d'anca [4].

Sempre in presenza di perturbazione la traiettoria del COP messa in atto per correggere l'assetto posturale si caratterizza per essere nei soggetti anziani più lunga e presentare un maggior numero di oscillazioni correttive.

Questo dato sembra confermare la presenza di un elemento fondamentale di ritardo nel controllo piuttosto che di una attivazione di pattern anomali.

Controllo sensitivo-sensoriale. La soglia per gli stimoli vibratori aumenta; si ritiene in relazione alla riduzione del numero di recettori disponibili.

Questo può favorire la difficoltà di controllo rapido a perturbazioni interne o esterne in condizioni da carenza di luce anche in ragione dell'aumento della soglia visiva.

La perdita rilevante della funzione vestibolare (40% a 70 anni) rende più complesso il controllo posturale in condizione di conflitto visuo-propriocettivo; molti quadri di dizziness possono essere ricondotti a queste difficoltà.

Rende anche più complesso il controllo in caso di perturbazioni ampie dell'assetto posturale; infatti la funzione vestibolare di misuratore delle accelerazioni si riduce.

Integrazione sensoriale. La creazione di un ambiente visivo virtuale che dia l'illusione d uno spostamento in avanti della stanza induce l'illusione caduta indietro. Il conflitto fra questa e le informazioni propriocettive provenienti dalla base di appoggio viene rapidamente compensata nei giovani mentre determina continue oscillazioni correttive sul piano sagittale nei soggetti anziani.

Al *Sensory Integration Test* la riduzione di informazioni multiple evidenzia un aumento di instabilità età correlata nettamente più elevata, rispetto ai giovani, di quanto non avvenga per soppressione di una sola informazione

Controllo posturale in presenza di compito cognitivo. In stazione eretta statica la prova del tempo di reazione, costituita dalla pressione su un pulsante alla comparsa di un segnale sonoro, correla con l'aumento del *body sway*. La *performance* ovviamente peggiora in caso di soppressione di più canali informativi.

[2] Ginocchio e caviglia hanno un solo grado di libertà, esattamente sul piano sagittale.

[3] Identificata misurando l'aumento delle componenti orizzontali della spinta registrate dalla pedana posturografica.

[4] Un piccolo spostamento angolare alla caviglia determina un importante spostamento del capo nello spazio; in questo senso la sensibilità del controllo angolare rappresenta un problema rilevante in caso di rallentamento dell' attivazione della risposta centrale.

Si osserva un aumento della instabilità posturale età correlato non soltanto in caso di soppressione improvvisa del canale visivo ma anche in caso di suo reintegro improvviso.
Questa evidenza sperimentale dimostra come la diversa disponibilità di canali informativi non basti a comprendere alcune difficoltà di controllo.
Mantenere la stazione eretta risolvendo due problemi: rispondere allo spostamento indietro della base di appoggio risolvendo un compito cognitivo come il conto all'indietro *(dual task)* determina un netto ritardo nell'attivazione del gastrocnemio per riportare il COP nella base di appoggio.
Infine nei soggetti con paura di cadere è stato registrato ritardo nell'attivazione muscolare agli arti inferiori in caso di perturbazioni. Il ritardo è stato interpretato come il prodotto di una interferenza fra eccitabilità emotiva di base e controllo motorio.
In conclusione. I disturbi di controllo età correlati sarebbero il prodotto complesso di menomazioni specifiche, a carico dell'apparato muscolo scheletrico e del sistema recettoriale, e di modificazioni importanti che si determinano a carico dei sistemi di controllo del movimento.
Pur tenendo conto dell'incertezza che separa modificazioni le modificazione riconducibili a *primary* e *sacondary aging* le osservazioni proposte permettono di formulare alcune provvisorie conclusioni.

I disturbi prevalenti registrati strumentalmente sembrano essere riconducibili più ad un ritardo di sistema piuttosto che a specifici comportamenti patologici.
In particolare la scelta della strategia d'anca in caso di risposta a perturbazioni può essere interpretata sia come espressione di deficit informativo della pianta del piede, età correlato, che come conseguenza di un rallentamento della risposta motoria non compatibile con le esigenze di micro correzione alla tibiotarsica.
La complessità del compito favorisce la perdita di controllo posturale età correlata più del decadimento delle singole capacità funzionali.
L'integrazione delle informazioni rappresenta, ai fini del controllo, un problema maggiore della compensazione di un singolo deficit informativo.
Compiti cognitivi in parallelo con quelli di controllo posturale possono destabilizzarlo.
Ipotesi di lavoro in riabilitazione. Screening ed intervento su fattori di rischio,modifiche ambientali radicali, riduzione dei farmaci psicotropi, rinforzo muscolare, programmi di training dell'equilibrio personalizzati, la pratica del Tai Chi, sono in generale gli orientamenti operativi che più hanno trovato consenso di letteratura e fra gli esperti.
I risultati di numerose reviews confermano che la perdita dell'equilibrio può essere prevenuta con apposito training e che l'incremento dell'equilibrio può effettivamente tradursi in riduzione degli eventi cadute.
Studi su esercizi mirati al potenziamento muscolare hanno dimostrato che la diminuzione di forza è parzialmente reversibile con l'esercizio e il vantaggio nell'utilizzo di medie e alte resistenze e con maggior evidenza soprattutto sui soggetti più anziani e fragili.
Ancora viene confermata l'efficacia di:

- di esercizi equilibrio-specifici orientati al recupero della capacità di stabilizzazione;
- di esercizi mirati alla riorganizzazione sensoriale;
- del training di allenamento dell'aspetto anticipatorio e reattivo dell'equilibrio.

Se il ricondizionamento aerobico non presenta miglioramenti diretti misurabili sulla stabilità tuttavia i miglioramenti in termini di sonno e stato di benessere nonché aumento della iniziativa motoria.
I risultati riabilitativi più convincenti si hanno inoltre quando gli obbiettivi sono legati ad un approccio funzionale con esecuzione di compiti che includano strategie atte a risolvere ridurre e prevenire danni nei sistemi danneggiati che sono importanti per l'equilibrio, a sviluppare strategie obbiettivo-specifiche sensoriali motorie e cognitive e a riallenare a compiti funzionali variando domande sul controllo posturale in situazioni mutevoli.
Il programma di riabilitazione posturale perciò può e deve variare ampiamente a seconda del danno e del livello a cui il soggetto ha sviluppato strategie compensatorie di adattamento ai compiti funzionali; solo così sembra possibile controllare lo sviluppo di deficit funzionali, prevenire lo sviluppo del danno secondario, incentivare processi di esecuzione compito specifici e adattarli in cambiamenti di contesto tipici della quotidianità.

Bibliografia di riferimento

Shumway-Cook, Woollacot MH. *Aging and postural control*. In: *Motor Control*. Lippincot 2007, pp. 212-232.
Fiatarone MA, Mark EC, et al. *High intensity strengh training in nonagenarians: effects on skeletal muscle.* JAMA 1990:263:3029-34.
Judge J, Whipple R, Wolfson L. *Effects on resistive and balance exercises on isokinetic strengh in older persons.* J Am Geriatr Soc 1994;42:937-46.
Wolf SL, Barnarth HX, Kunter NG, et al. *Reducing frailty and fallss in older persons: an investigation of tai chi and computerized balance training.* J Am Geriatric Soc 1996;44:489- 97.
Wollacott M, Moor S, Hu MH. *Improvement in balance in elderly through training sensory oranization abilities.* In: Stelmach GE Homberg V, eds. *Sensorimotor impairment in elderly.* Dordrecht:Kluwer 1993, pp. 337-92.
Whipple RH, Wolfson LI , Amerman PM. *The relationship of knee and ankle weakness to fall in nursing home residents:an isokinetic study.* J Am Geriatr Soc 1987;35:13-20.

Valutazione del cammino nell'anziano

M. Franceschini, F. Bovolenta

Unità Operativa di Medicina Riabilitativa, NOCSAE di Baggiovara, AUSL di Modena

Nell'uomo il cammino rappresenta un elemento determinante per mantenere l'indipendenza. È un attributo fondamentale per una buona qualità della vita in quanto permette ad ognuno di spostarsi in completa autonomia, raggiungere agevolmente i luoghi che desidera, partecipare alle attività, alle situazioni di vita e ricoprire in modo soddisfacente il proprio ruolo sociale. L'evoluzione della funzione locomotoria umana, in particolare il passaggio dalla modalità di spostamento terrestre quadrupedico a quella bipodale, è avvenuta per consentire durante il cammino l'uso degli arti superiori ma anche in funzione della riduzione del costo energetico durante lo spostamento. Dallo studio del ciclo del passo emerge come la

morfologia e la biomeccanica umana sembrino essersi sviluppate sulla base di strategie cinetiche che minimizzano il costo energetico durante la deambulazione. Ciò può avvenire attraverso la traslazione del centro di massa corporea lungo la via che richiede la minor quantità possibile di energia ovvero attraverso uno spostamento simmetrico e di ampiezza contenuta del centro di gravità del corpo nello spazio (Fisher et al., 1978).

Perry J. (1992) ha descritto le determinanti di un cammino normale per le quali il dispendio di energia è minimo. Un cambiamento o una perdita di una sola di queste determinanti del ciclo del passo può trovare un compenso. Se invece più di una determinante viene persa, il costo energetico della deambulazione aumenta sensibilmente.

Tuttavia, in risposta alla disabilità del cammino, un paziente si adatterà attuando strategie di compenso sostitutive nel passo per minimizzare questa addizionale spesa energetica (Ralston et al., 1981). L'efficacia e le limitazioni associate a questi compensi dipendono dalla severità della disabilità e dall'idoneità (allenamento) cardiovascolare e muscolo scheletrico del paziente.

Nell'anziano vi è spesso un progressivo declino nelle capacità motorie dipendenti secondo alcuni Autori da modificazioni anche minime ma progressive dell'integrità di un network, sito nel Sistema Nervoso Centrale, che garantirebbe la coordinazione delle fasi di appoggio al terreno in ortostatismo e di cammino nell'uomo. Questo centro di coordinamento di tali attività può modificare i suoi livelli di controllo in seguito ad un aumento di mini lesioni nelle regioni cerebrali sottocorticali. Se si raggiungono dei livelli critici possono subentrare delle modificazioni delle attività motorie globali: cammino lievemente aprassico, difficoltà nel controllo dell'equilibrio in piedi o durante il cammino e aumentare il rischio di cadute (Baezner et al., 2008). Recentemente l'individuazione di alterazioni patologiche del cammino dell'anziano, anche se subliminali, hanno dimostrato di poter essere predittive di demenza tipo Alzheimer (Verghese et al., 2002). Pertanto la valutazione dell'equilibrio in posizione eretta, della velocità nel cammino, della durata della fase di stance in appoggio mono-podalico può essere utile per evidenziare precocemente alterazioni anche minime nei sistemi di controllo centrali e mettere in atto provvedimenti di prevenzione (Baezner et al., 2008).

Queste difficoltà potrebbero rientrare nel concetto di "fragilità", oggi molto utilizzato in ambito geriatrico quando si parla della persona in età anziana (> di 65 anni). La definizione più utilizzata per spiegare questo termine è quella che individua in un calo di forza muscolare, riduzione della mobilità, delle capacità di equilibrio e dell'endurance le caratteristiche che rendono maggiormente a rischio un buon livello di abilità funzionali e partecipazione nell'età avanzata. La si può intendere come suggerisce Rockwood et al. (2005) una sindrome multidimensionale che comporta una perdita di "riserve di risorse" che rende la persona più vulnerabile. In uno studio fatto negli USA il 7% della popolazione che vive in comunità con età superiore ai 65 anni presenterebbe i criteri di "fragilità". D'altra parte è nota l'alta percentuale di cadute che coinvolge la persona anziana, dovuta probabilmente proprio a questo concetto. Infatti circa il 30% delle persone con età superiore ai 65 anni cade mediamente a terra in un anno. Questa percentuale è decisamente più alta se la persona è istituzionalizzata: un quinto di queste cadute necessita di intervento medico (Gillespie et al., Cochrane 2008). È noto da tempo come vi sia una stretta correlazione tra cadute accidentali nell'anziano e fratture di femore prossimali (Cumming et al., 1994). Gli stessi Autori individuarono nella fase del cammino in cui la persona si arresta e si gira per tornare indietro quella che incide in maniera determinante per essere causa di frattura conseguente a caduta. Per tale motivo Thigpen MT et Al nel 2000 studia in maniera analitica la fase del cammino nel momento in cui le persone girano e tornano indietro. Ha selezionato a tal fine un gruppo di giovani con età media di 24,2, un gruppo di anziani con età media di 74,9 anni ed infine un gruppo di anziani con età media di 80,1 anni. Esaminano con attenzione se il movimento di girare su se stessi è fluido, veloce, senza nessuna esitazione e minimi stop nel movimento oppure se durante il movimento compaiono esitazioni, fermate e ripartenze. La totalità dei giovani presentano il primo pattern, che è presente nel 49 % del secondo gruppo e del 5% degli ultra anziani. Viceversa il 38% del secondo gruppo e ben il 65% del terzo presenta esitazioni. Le alterazioni cinematiche di coloro che presentano difficoltà nel cammino quando girano è riconducibile secondo gli AA a: 1) barcollamenti mentre svoltano, 2) l'assenza di un perno durante la rotazione, 3) la rotazione si accompagna ad almeno 5 o più steps o a spostamenti del peso sul centro do gravità, 4) utilizzano 3'' o più per effettuare la svolta. Gli AA concludono che un'attenta valutazione anche solo motoscopica della fase di svolta durante il cammino può dare precoci indicazioni circa difficoltà nella motilità e necessità di interventi preventivi di possibili cadute.

Studi precedenti (Elble et al., 1990 e 1991) avevano individuato nel cammino degli anziani una netta riduzione della fase di swing e di massima elevazione dell'alluce e delle rotazioni di anca e ginocchia, mentre da un'altra parte riscontravano un aumento della fase di doppio appoggio al terreno (double-limb stance). Queste alterazioni, secondo gli AA, sono evidenti nell'anziano in assenza di conclamati segni neurologici patologici. Un'altra osservazione degli AA evidenzia una perdita o riduzione della ritmicità dei movimenti sia degli arti superiori che inferiori.

Sarebbe indicato pertanto un approccio interdisciplinare ed interprofessionale nella prevenzione di un eccessivo deterioramento dei sistemi di controllo del cammino e dei sistemi "periferici" effettuatori del cammino. In particolare il programma riabilitativo dovrebbe essere volto al miglioramento del controllo posturale, della potenza muscolare, delle lunghezze articolari e muscolari ed infine delle capacità cardio-respiratorie. Devono essere attivati anche momenti educazionali per migliorare le modalità di comportamento e di corretta alimentazione e dieta a domicilio. Tali provvedimenti potrebberoridurre il numero delle cadute e quindi delle possibili fratture (Gillespie et al., Cochrane 2008).

Le scale dell'equilibrio e dell'andatura

D. Bonaiuti
Az. Ospedaliera S. Gerardo, Monza

Da alcune decadi anche in riabilitazione ci si pone il problema di misurare i risultati dei trattamenti, sia delle diverse tappe del percorso riabilitativo, sia per i programmi riabilitativi individuali o per le singole tecniche terapeutiche e si può affermare che attualmente le conoscenze dei necessari strumenti di misura in questo ambito vanno indubbiamente consolidandosi. È necessario tuttavia, anche in ambito geriatrico ove la valutazione funzionale è senz'altro ormai consolidata, ribadire l'importanza di alcune premesse metodologiche.

Innanzitutto, quando si intende iniziare qualsiasi tipo di studio, clinico o di ricerca, la conoscenza degli strumenti di misura a disposizione deve essere tale da permettere una scelta consapevole, appropriata all'obiettivo dello studio che si intende affrontare.

Il criterio che guida la scelta delle scale selezionate (Tinetti, Berg, oppure il più utilizzato "Time up and go" oppure il Walking test) deve essere chiaramente presente a coloro che si apprestano a utilizzarle e ben esplicitato nel corso della stesura dei metodi, anche perché il proposito e i contenuti dei diversi strumenti varia molto e ad essi corrispondono vantaggi e svantaggi in relazione all'obiettivo e alle caratteristiche dei particolari trials clinici. Per esempio, occorre un razionale per la scelta di uno strumento di misura della disabilità generale, piuttosto che di menomazione, oppure di qualità di vita, oppure di una scala che valuta differenti dimensioni separatamente rispetto a una scala su una sola dimensione, oppure ancora di una scala con una affidabilità non nota in uno studio multicentrico.

Quando si intende iniziare qualsiasi tipo di studio, clinico o di ricerca, la conoscenza degli strumenti di misura a disposizione deve essere tale da permettere una scelta consapevole, appropriata all'obiettivo dello studio che si intende affrontare.

I criteri di selezione di un sistema di valutazione si basano sulla considerazione delle caratteristiche psicometriche dello strumento, caratteristiche tutte ugualmente rilevanti: l'appropriatezza della scala scelta, ovvero il grado in cui lo strumento è orientato verso gli stessi propositi e domande della ricerca che si intende fare; poi l'affidabilità, ovvero che lo strumento sia riproducibile e presenti una consistenza interna.

La validità dello strumento significa se esso misura realmente ciò che si propone di misurare e il grado in cui copre adeguatamente l'area che intende valutare. Vi sono tre tipi principali di validità: la validità di contenuto (content validity) ovvero il grado con cui la scala copre tutti gli aspetti rappresentativi dell'ambito che si intende studiare, il grado di accordo a un valore di riferimento (criterion validity) e la validità di costrutto (construct validity) quando non

La responsività definisce quanto la scala di valutazione è sensibile ai cambiamenti clinicamente rilevanti per il paziente; la precisione valuta invece l'accuratezza con cui è in grado di cogliere reali differenze.

Vi sono anche altre caratteristiche, ugualmente importanti nell'utilizzo delle scale di misura: l'interpretabilità, ovvero il grado in cui i punteggi sono comprensibili nel loro significato per tutti coloro che ne vengano a conoscenza; l'accettabilità, che valuta quanto la somministrazione del questionario sia accettabile da parte del soggetto della ricerca e del valutatore. La fattibilità, infine, descrive l'impegno necessario per l'utilizzo dello strumento: lo sforzo organizzativo, il tempo per la compilazione, per la elaborazione dei dati e il loro utilizzo, per l'addestramento eventuale degli operatori.

SECONDA SESSIONE

MODERATORI: L. BARTORELLI (ROMA), O. ZANETTI (BRESCIA)

La musicoterapia nel paziente demente

A. Raglio
"Fondazione Sospiro", Cremona

L'utilizzo della musica e dell'elemento sonoro-musicale nell'ambito delle demenze è da qualche decennio molto diffuso nonostante le esperienze applicative siano differentemente connotate in rapporto a finalità e contenuti delle proposte.

Le esperienze in cui vengono proposte a soggetti dementi attività musicali, ad esempio, sono numerose: il loro obiettivo principale è quello di creare una situazione di momentaneo benessere in un contesto di socializzazione, attraverso proposte musicali (utilizzo ritmico di strumenti, canto, movimento associato alla musica, ecc.) che costituiscono il contenuto dell'intervento.

Frequenti sono anche le esperienze di ascolto musicale, che possono avere varie finalità. La musica è potenzialmente evocativa, cioè sollecita ricordi o stati d'animo attraverso momenti di verbalizzazione successivi all'ascolto musicale.

Il generico ascolto musicale (musica classica, musica preferita, ecc.) viene utilizzato con l'idea che possa agire con qualche efficacia inducendo stati di benessere e, quindi, riducendo, soprattutto nelle demenze, i disturbi comportamentali, migliorando il tono dell'umore o la socializzazione.

Tutto ciò nella letteratura viene spesso indicato come "musicoterapia" e trova una collocazione nei database scientifici nel caso in cui lo studio abbia una adeguata impostazione metodologica.

Questa premessa sottolinea alcuni aspetti ritenuti importanti e che a mio parere dovrebbero essere oggetto di maggiori attenzioni:

- la necessità di non far coincidere con il termine "musicoterapia" ogni proposta musicale rivolta a soggetti dementi;
- la necessità di valutare il processo musicoterapeutico, esplicitandone e sviluppandone i contenuti (riportando riferimenti teorici e applicativi) oltre che gli aspetti metodologici a essi collegati;
- la necessità di individuare adeguate modalità di analisi degli esiti del trattamento musicoterapeutico.

È plausibile ritenere che la musica abbia in sé potenzialità benefiche ma mi pare opportuno considerare quanto questo sia spesso scarsamente in rapporto con il concetto di terapia. Tale concetto è da ricondursi alla possibilità di agire sull'attenuazione di sintomi o sulla prevenzione/stabilizzazione delle complicanze determinate dagli stessi (concetti di prevenzione secondaria e terziaria), con conseguenti ripercussioni sul piano generale della qualità di vita della persona. Appare chiaro come i benefici di una terapia dovrebbero

ripetersi sistematicamente, mantenersi nel tempo e porre alla base del loro determinarsi una teoria esplicativa. A ciò si può aggiungere anche l'importanza di comprendere, attraverso approfondimenti clinico-applicativi, su quali soggetti si possa riscontrare un eventuale effetto terapeutico. Accanto alle generiche potenzialità benefiche della musica, definite frequentemente come "musicoterapia" pur in assenza degli elementi sopra menzionati, esiste una definizione di "musicoterapia" riconosciuta e proposta dalla comunità musicoterapeutica internazionale (VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia, Amburgo, 1996).

Questa definizione rimanda ad alcuni elementi da ritenersi imprescindibili al fine di poter considerare potenzialmente terapeutico un intervento che preveda l'impiego dell'elemento sonoro-musicale [1]:

– la presenza di un operatore qualificato (il musicoterapeuta);
– un modello musicoterapeutico di riferimento fondato su presupposti teorici e metodologici;
– la presenza di un *setting* strutturato;
– obiettivi (che aspirano a divenire stabili e duraturi nel tempo) legati al cambiamento della persona o di alcune sue parti o funzioni;
– il riferimento costante, nell'azione terapeutica, a un piano intrapersonale e/o interpersonale.

Quanto affermato è in linea con il concetto generale di "Evidence Based Practice" ripreso da Vink [2] e implica inoltre riflessioni inerenti aspetti applicativi riconducibili ai seguenti punti:

– criteri di invio;
– assessment musicoterapeutico (finalizzato all'inclusione/esclusione dal trattamento);
– definizione degli obiettivi terapeutici;
– contratto terapeutico;
– trattamento;
– valutazione (del processo e degli esiti);
– conclusione dell'intervento.

La musicoterapia ha intrapreso un percorso di sistematizzazione volto a incrementare la scientificità nella disciplina ("Evidence Based Music Therapy") [2].

Ciò implica riflessioni che si ricollegano ad aspetti teorici e metodologico-applicativi, attraverso uno sforzo rigoroso che renda maggiormente coerente il rapporto teoria e prassi e che introduca la ricerca scientifica come elemento imprescindibile a fondamento dell'applicazione terapeutica [3].

Numerosi studi hanno valutato positivamente l'efficacia di trattamenti musicali e musicoterapeutici nell'ambito delle demenze [4].

L'analisi della letteratura evidenzia le lacune ancora presenti nella ricerca in musicoterapia. Tali lacune sono riconducibili al piano metodologico della ricerca, ad esempio alla scarsa numerosità e alla parziale definizione clinica del campione, alla durata limitata degli interventi e all'assenza di strumenti standardizzati e validati finalizzati alla valutazione del processo terapeutico. Sono inoltre ancora numericamente scarsi gli studi controllati e randomizzati/controllati.

Riprendendo il concetto di terapia precedentemente esposto, ritengo che nelle demenze, mediante la musicoterapia intesa come tecnica di comunicazione pre-verbale e non-verbale che può prescindere dal simbolico, dalle capacità di astrazione e dal culturalmente appreso, si possano attivare modalità relazionali ed espressive di origine e natura arcaica che hanno quindi maggiore probabilità di essere ancora presenti anche nella persona con deterioramento cognitivo.

In termini psicologici si attua una regressione condivisa e guidata dal terapeuta: essa tende a ottenere un maggiore adattamento del paziente con la costituzione di nuovi e più armonici assetti interni rispetto ai deficit prodotti dal danno neurologico [5].

La prospettiva intersoggettiva [6] si pone come possibile paradigma teorico per la musicoterapia centrata sugli aspetti non verbali della comunicazione e sulla tecnica dell'improvvisazione sonoro-musicale.

Paziente e musicoterapeuta mettono in atto un dialogo sonoro facilitando l'espressione e la regolazione emotiva attraverso il mediatore sonoro. Si attua un processo di mutua regolazione e calibrazione che permette di:

– comprendere l'altro e definire la propria posizione;
– condividere l'esperienza per il bisogno di sentirsi riconosciuti;
– ridefinire se stessi rispecchiandosi nell'altro, consolidando e rinnovando la propria identità [7].

Ciò conduce a:

– un aumento degli aspetti comunicativo-relazionali;
– una riduzione dei disturbi psichici e comportamentali;
– un miglioramento generale di qualità di vita della persona.

Quanto esposto deriva dall'esperienza maturata in ambito musicoterapeutico presso la Fondazione Sospiro di Cremona. Qui la musicoterapia è stata introdotta nel 1991 e applicata inizialmente alla disabilità psichica. I primi risultati sul piano clinico hanno introdotto alcune esperienze di ricerca, dapprima orientate qualitativamente. Nel 1998 l'applicazione della musicoterapia si estende all'ambito delle demenze. Si ritiene infatti plausibile che anche la persona con demenza presenti gravi deficit affettivo-comunicativo-relazionali e che, per analogia, la musicoterapia, in quanto tecnica basata sulla relazione non verbale e sonoro-musicale, possa incidere positivamente su tali aspetti, facilitando e incrementando la relazione, oltre che agendo positivamente sui disturbi psichici e comportamentali correlati. Le prime esperienze mantengono un'impostazione qualitativa e sono volte a tracciare le basi teoriche e metodologiche dell'applicazione della musicoterapia nelle demenze [8-10]. Gradualmente gli studi vengono orientati verso un'impostazione che integri il punto di vista qualitativo con quello quantitativo. L'obiettivo diviene dunque quello di sviluppare l'applicazione della musicoterapia attraverso studi metodologicamente rigorosi e adeguati rispetto a tale prospettiva. Nel 2001 l'équipe di musicoterapia della Fondazione Sospiro prende parte alla Ricerca Finalizzata "Valutazione e sviluppo della Rete Integrata lombarda per la Malattia di Alzheimer" (d.g.r. n° VII/6437 del 12/10/2001, U.O. n° 5) promossa dalla Regione Lombardia [5]. Da quel momento le esperienze di ricerca si sono ampliate e maggiormente strutturate creando sinergie che hanno permesso di organizzare studi multicentrici (alcuni dei quali ancora in atto) e di pervenire a importanti pubblicazioni internazionali che hanno dimostrato l'efficacia della musicoterapia sui disturbi psichici e comportamentali [11]. Parallelamente a ciò si è condotto uno studio relativo all'efficacia della musicoterapia sui disturbi d'ansia che caratterizzano le fasi iniziali della demenza. Tale studio è stato realizzato

in collaborazione con il Dipartimento di Geriatria dell'ULSS di Dolo (VE) e presentato all'Istituto Superiore di Sanità (2007) nell'ambito di un Convegno sul contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer nell'assistenza dei pazienti con demenza. Si sono anche attivate collaborazioni con importanti istituzioni impegnate nell'ambito della ricerca (Istituto Auxologico di Milano e Università Cattolica di Milano). Attualmente sono in corso altri studi (in fase di realizzazione e/o di elaborazione) che includono, oltre alle tradizionali valutazioni testistiche, anche l'utilizzo di alcuni indicatori biologici quali la frequenza cardiaca, l'indice di variabilità cardiaca e il cortisolo, prelevato dalla saliva con lo scopo di monitorare il livello di stress nei pazienti sottoposti a trattamento musicoterapeutico. Altri studi [12 13] hanno riguardato la valutazione del processo musicoterapeutico attraverso l'utilizzo di specifiche griglie osservative volte a rilevare la qualità e la quantità della relazione tra pazienti e musicoterapeuta nel *setting* terapeutico.
Vorrei infine riportare un breve stralcio dell'introduzione del volume "Musicofilia" di O. Sacks [14] (il cui ultimo capitolo è interamente dedicato alla musicoterapia applicata alle demenze): "… D'altra parte, sulla quasi totalità di noi, la musica esercita un enorme potere, indipendentemente dal fatto che la cerchiamo o meno, o che riteniamo di essere particolarmente 'musicali'. Una tale inclinazione per la musica traspare già dalla prima infanzia, è palese e fondamentale in tutte le culture e probabilmente risale agli albori della nostra specie. Questa 'musicofilia' è un dato di fatto della natura umana. Può essere sviluppata o spalmata dalla cultura in cui viviamo, dalle circostanze della vita o dai particolari talenti e punti deboli che ci caratterizzano come individui; ciò nondimeno è così profondamente radicata nella nostra natura da imporci di considerarla innata, proprio come Edward O. Wilson considera innata la 'biofilia', il nostro sentimento verso gli altri esseri viventi. (Forse la stessa musicofilia è una forma di biofilia, giacché noi percepiamo la musica quasi come una creatura viva) …".
Ritengo che i concetti di "musicofilia" e "biofilia" siano da considerarsi i presupposti che rendono l'intervento musicoterapeutico potenzialmente curativo, anche quando il linguaggio ed altre funzioni cognitive risultano essere irrimediabilmente compromesse.

Bibliografia

1 Raglio A. *Presupposti scientifici e pratica clinica nell'intervento musicoterapeutico.* In: Raglio A, (a cura di). *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*. Milano: Franco Angeli 2008, p. 15-30.

2 Raglio A. *Metodologia della ricerca in musicoterapia.* In: Raglio A, (a cura di). *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca.* Milano: Franco Angeli 2008, p. 31-44.

3 Vink AC, Bruinsma M. *Evidence Based Music Therapy.* Music Therapy Today (online) 2003;4:5. http://musictherapyworld.net.

4 Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJS. *Music therapy for people with dementia.* The Cochrane Database Syst Rev 2004;CD 003477.

5 Raglio A, Ubezio MC, Puerari F, Gianotti M, Bellelli G, Trabucchi M, et al. *L'efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con demenza di grado moderato-severo.* Giornale di Gerontologia 2006;54:164-9.

6 Raglio A, Oasi O. *La musicoterapia in una prospettiva intersoggettiva.* Quaderni di Gestalt 2007;XXIII/42-43:9-20.

7 Stern D. *Il momento presente.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.

8 Raglio A, Manarolo G, Villani D, (a cura di). *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca.* Torino: Cosmopolis 2001.

9 Villani D, Raglio A. *Musicoterapia e demenze.* Giornale di Gerontologia 2004;52:423-8.

10 Raglio A, Villani D. *Musicoterapia e demenze: teoria, applicazione e ricerca.* Giornale di Gerontologia 2005;53:528-32.

11 Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D, et al. *Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia.* Alzheimer Dis Assoc Disord 2008;22:158-62.

12 Raglio A, Traficante D, Oasi O. *A coding scheme for the evaluation of the relationship in music therapy sessions.* Psychol Rep 2006;99:85-90.

13 Raglio A, Traficante D, Oasi O. *Comparison of music therapy coding scheme with the Music Therapy Checklist.* Psychol Rep 2007;101:875-80.

14 Sacks O. Musicofilia. Milano: Adelphi 2008.

La Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS): nuova risorsa per le afasie

M. Cotelli

IRCCS "S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli", Brescia, Italia, Sezione di Neuroscienze Cognitive

La Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) induce cambiamenti a livello comportamentale che possono essere utilizzati per studiare la relazione causale tra specifiche regioni cerebrali e funzioni cognitive individuali.
Negli ultimi anni sono stati condotti studi rigorosi sugli interventi riabilitativi che hanno contribuito all'avanzamento delle conoscenze in questo ambito e sono stati oggetto di ampie revisioni. Studi di neuroimmagine hanno permesso, inoltre, di indagare fenomeni di plasticità, quali le modificazioni dell'attività cerebrale conseguenti ad apprendimento (Shaywitz et al., 2003; Strangman et al., 2005; Warburton, Price, Swinburn, & Wise, 1999).
Studi recenti hanno descritto in pazienti afasici e in pazienti con patologie neurodegenerative il miglioramento della denominazione successivamente a rTMS (Cotelli et al., 2006; Finocchiaro et al., 2006; Naeser et al., 2005). I lavori condotti in pazienti vascolari con deficit visuo-spaziali ne confermano il potenziale terapeutico-riabilitativo (Brighina et al., 2003; Oliveri et al., 2001; Oliveri et al., 1999).
I mutamenti cerebrali indotti dalla rTMS durano oltre il periodo di stimolazione. Gli studi sui soggetti nomali dimostrano che questi cambiamenti influiscono sul comportamento e questo ha fatto ipotizzare l'utilizzo della rTMS in ambito terapeutico.
Non è plausibile che la rTMS riesca a ristabilire connessioni perse dopo danno cerebrale (*Repair Model*). È possibile invece che la rTMS interagisca con i normali e spontanei processi di plasticità cerebrale che intervengono dopo danno cerebrale. Secondo l'*Interection Model* la rTMS aumenta l'abilità del cervello di compensare i deficit insorti dopo un danno cerebrale (Ridding & Rothwell, 2007).
Descriverò alcuni studi relativi agli effetti della rTMS in un compito di denominazione in pazienti con Malattia di Alzheimer, pazienti con Demenza Frontotemporale, e pazienti afasici vascolari.
I risultati sembrano suggerire un nuovo approccio per la riabilitazione dei disturbi del linguaggio.

Bibliografia

1 Brighina F, Bisiach E, Oliveri M, Piazza A, La Bua V, Daniele O, et al. *1 Hz repetitive transcranial magnetic stimulation of the unaffected he-*

*misphe*re *ameliorates contralesional visuospatial neglect in humans.* Neurosci Lett 2003;336:131-3.

2 Cotelli M, Manenti R, Cappa SF, Geroldi C, Zanetti O, Rossini PM, et al. *Effect of transcranial magnetic stimulation on action naming in patients with Alzheimer disease.* Arch Neurol 2006;63:1602-4.

3 Finocchiaro C, Maimone M, Brighina F, Piccoli T, Giglia G, Fierro B. *A case study of Primary Progressive Aphasia: improvement on verbs after rTMS treatment.* Neurocase 2006;12:317-21.

4 Naeser MA, Martin PI, Nicholas M, Baker EH, Seekins H, Kobayashi M, et al. *Improved picture naming in chronic aphasia after TMS to part of right Broca's area: an open-protocol study*. Brain Lang 2005;93:95-105.

5 Oliveri M, Bisiach E, Brighina F, Piazza A, La Bua V, Buffa D, et al. *rTMS of the unaffected hemisphere transiently reduces contralesional visuospatial hemineglect.* Neurology 2001;57:1338-40.

6 Oliveri M, Rossini PM, Traversa R, Cicinelli P, Filippi MM, Pasqualetti P, et al. *Left frontal transcranial magnetic stimulation reduces contralesional extinction in patients with unilateral right brain damage.* Brain 1999;122:1731-9.

7 Ridding MC, Rothwell JC. *Is there a future for therapeutic use of transcranial magnetic stimulation?* Nat Rev Neurosci 2007.

8 Shaywitz SE, Shaywitz BA, Fulbright RK, Skudlarski P, Mencl WE, Constable RT, et al. *Neural systems for compensation and persistence: young adult outcome of childhood reading disability.* Biol Psychiatry 2003;54:25-33.

9 Strangman G, O'Neil-Pirozzi TM, Burke D, Cristina D, Goldstein R, Rauch SL, et al. *Functional neuroimaging and cognitive rehabilitation for people with traumatic brain injury.* Am J Phys Med Rehabil 2005;84:62-75.

10 Warburton E, Price CJ, Swinburn K, Wise RJ. *Mechanisms of recovery from aphasia: evidence from positron emission tomography studies.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;66:155-61.

Il programma del saggio caregiver: un intervento sui familiari dei malati di Alzheimer

L. Bartorelli, A. Fiandra, S. Ragni, B. Ierace, F. Giubilei

"Sacro Cuore" di Roma, Università di Roma "La Sapienza"

Scopo. È noto dalle esperienze sul campo, nonché da ormai numerose evidenze della letteratura [1-4] che gli interventi di sostegno ai caregiver familiari delle persone affette da demenza giovino a loro stessi, ma abbiano ricadute positive anche sul decorso della malattia e in generale sulla qualità di vita di tutto il nucleo familiare. Il programma ha sperimentato un metodo, che ha come obiettivo la ricerca di un approccio psico-educazionale ai caregiver, che sia efficace, accessibile e riproducibile.

Materiale e metodo. L'Unità Alzheimer (UA) del "Sacro Cuore" di Roma ha effettuato un corso destinato a 18 caregiver familiari di malati seguiti (11) in Centro Diurno e (7) in Assistenza Domiciliare. I conduttori erano 1 geriatra e 2 psicologhe dell'UA, che quindi conoscevano lo stadio di malattia, l'espressività clinica, la storia e la personalità di ogni paziente. Il corso si è svolto in 6 sessioni settimanali di due ore ciascuna, anche attraverso "compiti a casa" per i familiari, che avevano in dotazione il Manuale del Caregiver, mentre i conduttori in parallelo avevano a disposizione il Manuale del Formatore [5]. I due testi riportano per intero il programma, i cui temi generali sono, oltre a una introduzione alla demenza, i suoi effetti sul pensiero; gli obiettivi del caregiving; la gestione delle cure quotidiane e dei comportamenti difficili; il rafforzamento della famiglia come risorsa. Inoltre il programma contiene anche aspetti estremamente pratici, per fronteggiare i problemi assistenziali e relazionali, a mano a mano che si presentano. Ai caregiver, nella settimana precedente all'inizio del corso, (T0), veniva dato da compilare un questionario diviso in vari item, che andavano a toccare i loro comportamenti davanti al malato e le loro reazioni affettive: conoscenze sulla patologia e modalità di affrontarla, stato psico-fisico, carico assistenziale, difficoltà nel prendere decisioni. Quindi veniva loro somministrato il CES-D da un valutatore in cieco, che acquisiva anche l'MMSE e l'NPI del paziente.

Scale e test sono state ripetute subito dopo la fine del corso (T1) e lo saranno dopo tre mesi (T2). Al T1 è autosomministrata anche una scheda di valutazione del corso.

Il gruppo di controllo omogeneo per scolarità dei caregiver e per punteggio MMSE e NPI dei pazienti è costituito da uno stesso numero di familiari che frequenta il gruppo di sostegno mensile.

Risultati. La risposta dei caregiver al corso è stata ottima, avendo essi partecipato a tutte le sessioni. I dati preliminari per adesso in nostro possesso mostrano in T1 una riduzione del punteggio al CES-D e al NPI: tale miglioramento dello stato depressivo del caregiver e la minore presenza dei disturbi del comportamento del paziente hanno una loro rilevanza anche nelle sezioni corrispettive del questionario autosomministrato. La valutazione a tre mese (T2) sarà effettuata nel mese di settembre. I dati preliminari dello studio con l'analisi statistica saranno presentati in sede congressuale.

Conclusione. Il corso rappresenta lo studio pilota per una ricerca più ampia che partirà in autunno in cinque sedi UVA romane (S. Andrea, S. Eugenio, S. Giovanni, Neurologia B del Policlinico e ASL RMF). Successivamente sono previsti gruppi in altre città.

Al di là degli indispensabili risultati da evidenziare, il percorso che viene proposto, sia al formatore che al caregiver, non è soltanto "strategico", ma costituisce anche un cammino interiore nella consapevolezza di sé e nelle difficili relazioni che si instaurano in tutto l'ambiente familiare, tra operatori, pazienti e caregiver.

Bibliografia

1 Bartorelli L, et al. *I gruppi di sostegno per i caregiver nella demenza di Alzheimer: uno studio pilota.* Giornale di Gerontologia 1999;47.

2 Tognetti A, Monini P, Bartorelli L, et al. *The importance of awareness: an experience of small support-gruops, for the caregiver of Alzheimer's disease patients.* Arch Gerontol Geriatr 2001;(Suppl 7):267-71.

3 *Studio Eurofamcare: l'assistenza a familiari anziani affetti da demenza (dementia caregiving) in Italia. Risultati preliminari.* Giornale di Gerontologia 2004;52:256.

4 *Caregiving e psicoeducazione nel trattamento del paziente Alzheimer*. Costituzione e dati preliminari del Working Group Nazionale ITINAD, Quaderni Italiani di Psichiatria, Masson XXV settembre, 2006.

5 Hepburn K, et al. *Manuale del Caregiver e Manuale del Formatore*. A cura di L. Bartorelli, Edizione Carocci 2008.

Venerdì, 28 novembre 2008

TERZA SESSIONE

MODERATORI: G. BELLELLI (CREMONA), A. VENTURINO (SAVONA)

Il ruolo dell'ambiente nell'attività

A. Tafani
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

La terapia occupazionale è legata a doppio filo con l'attività, dato che essa è mezzo e scopo del suo intervento. Fin dai suoi inizi, la terapia occupazionale ha riconosciuto l'attività come principale occupazione dell'essere umano [1] e la sua mancanza, come principale responsabile di uno scarso livello di salute e benessere [2]. Contestualmente, anche l'ambiente veniva considerato un elemento fondamentale perché l'attività potesse essere svolta con successo [3]. Ottantadue anni dopo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con l'ICF [4] (International Classification of Functioning, Disability and Health) riconosceva l'attività e l'ambiente (insieme ai fattori personali, alle funzioni e le strutture del corpo, e alla partecipazione) come due dei cinque fattori eterarchici, che determinano le condizioni di salute di un individuo, ovunque esso viva sul globo terrestre.

L'inserimento dell'ambiente come determinante della salute, nonostante ai più possa sembrare scontato, in realtà ha segnato una svolta epocale nell'approccio alla salute dell'essere umano, dove diventa universalmente riconosciuto il fatto che non basta l'integrità delle funzioni e delle strutture del corpo o la motivazione per agire, ma è necessario avere delle attività tra cui scegliere e un ambiente adeguato in cui svolgerle.

Proprio questi tre elementi, Persona, Attività (che noi terapisti occupazionali chiamiamo Occupazione) e Ambiente, cinque anni prima della comparsa dell'ICF, hanno dato vita ad uno dei più diffusi modelli di pratica clinica di tutta la letteratura di terapia occupazionale: il PEO [5] (Person-Occupation-Envinroment Model). Questo modello indaga la natura transazionale dei tre elementi Persona, Ambiente e Occupazione, che interagendo tra loro danno luogo alla performance occupazionale (Fig. 1).

Nella Figura 1, è rappresentata graficamente la relazione tra le tre componenti del PEO, dove è possibile identificare la performance occupazionale, come l'area sovrapposta dei tre cerchi; tanto più ampia è quest'area, tanto maggiore è la qualità della performance occupazionale.

Il concetto di performance occupazionale è legato al "qui e ora", ed è costituito da una persona che svolge un'attività in un ambiente; ad esempio, la signora Gina nella cucina di terapia occupazionale che prepara il caffè durante la terapia, o Marco il barista che serve un caffè durante l'orario di lavoro, o ancora io stessa che preparo il caffè nella mia cucina per colazione. Ognuna di queste persone ha un motivo diverso per preparare il caffè, lo prepara in modo diverso e in ambienti diversi. Quanto più saranno congruenti tra loro le tre componenti della performance occupazionale, tanto più ampia sarà l'area che la rappresenta. Questa modellizzazione concettuale, ci consegna un grande strumento per la risoluzione dei problemi nei nostri clienti [*], indicandoci che abbiamo tre diverse vie per migliorare le loro performance. La prima è lavorare sul recupero delle funzioni e delle strutture del corpo, con allenamenti fisici o cognitivi; la seconda è modificare le attività che svolgono durante la giornata, eliminando quelle che non possono più fare o eventualmente insegnare nuove strategie alternative per farle e inserendone di nuove; la terza è quella di agire sull'ambiente, rendendolo adatto e adattato per una particolare persona così da consentirgli di svolgere una particolare attività.

[*] Il termine "cliente" viene qui utilizzato per definire il destinatario degli interventi di terapia occupazionali che, a volte, in ambito geriatrico non coincide con il paziente ma con il caregiver o la famiglia.

Di questo avviso sono molti Autori che parlano di interventi di terapia occupazionale nella popolazione anziana, focalizzati sull'ambiente piuttosto che sulla persona, fra questi uno dei primi a parlare del ruolo dell'ambiente nell'anziano fu Lawton in molti lavori [6-8].

Björklund e Henriksson [9] hanno intervistato un campione di anziani presso la propria abitazione, rilevando che le maggiori difficoltà incontrate nelle performance occupazionali relative alle attività quotidiane, venivano imputate più all'ambiente fisico che ai reali deficit motori.

Houbrant et al. [10] hanno intervistato un campione di ultraottantenni riguardo alle performance occupazionali che svolgevano fuori dall'ambiente domestico. Anche in questo caso gli intervistati hanno sottolineato come le loro difficoltà motorie potrebbero essere superate se l'ambiente esterno fosse più adeguato e facilitante, hanno, inoltre, dichiarato che questo provvedimento favorirebbe le loro relazioni sociali.

Reid et al. [11] hanno intervistato pazienti ultrasessantacinquenni con ictus e i loro caregiver, comparando gli elementi indicati nei due gruppi, come causa dei problemi nello svolgimento delle performance occupazionali. L'attività più difficoltosa è risultata la cura dell'igiene personale ed in particolare farsi il bagno, a causa delle barriere ambientali.

Fig. 1. Rappresentazione grafica della performance occupazionale.

Niva [12], con il suo studio pone particolare enfasi proprio sulla natura transazionale della relazione fra le tre componenti della performance occupazionale, che prevede un continuo scambio tra di esse, il cui risultato non è la semplice somma ma una risultante. Nello studio, un campione di pazienti ultrasettantenni viene valutato prima e dopo un intervento di adattamento ambientale volto a facilitare le performance occupazionali difficoltose. Dopo la modifica ambientale, non solo i pazienti tornavano a svolgere le attività prescelte, ma ne sceglievano di nuove alcune delle quali li riportavano fuori dall'ambiente domestico per la prima volta dopo tanto tempo.
Moats [13], infine, nel suo studio intervista un gruppo di terapisti occupazionali riguardo alla dimissione di pazienti che necessitano di adattamenti ambientali. L'elemento che emerge è la mancanza di Linee Guida nel processo di consulenza e fornitura di ausili e adattamenti ambientali, che l'autore colma proponendo il modello Negotiated Model of Decision-Making.
Questa breve rassegna non vuole certo essere esaustiva riguardo il complesso ruolo dell'ambiente nell'attività, ma è certo una testimonianza di quanto l'argomento sia discusso in letteratura e, soprattutto, da quanti punti di vista può e deve essere analizzato il problema.

Bibliografia

1 Le Vesconte FIR. *Expanding fields of occupational therapy.* Can J Occupational Ther 1935;3:4-13.
2 Howland GW. *Editorial.* Can J Occupational Ther 1933;1:4-5.
3 Crane BT. *Occupational therapy.* Boston Med Surg J 1919;181:63-5.
4 WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneve 2001.
5 Law M, et al. *The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance.* Canadian J Occupational Ther 2006;63.
6 Lawton MP, Nahemow L. *Ecology and the aging process.* In: Eisdorf C, Lawton MP, eds. *The psychology of adult development and aging.* Washington, DC: Am Psychol Assoc 1973, p. 619-70.
7 Lawton MP. *The impact of the environment on aging and behaviour.* In: Birren JE, Schaie KW, eds. *New dimensions in environmental design research.* New York: Van Nostrand Reinhold 1977, p. 276-301.
8 Lawton MP. *Environment and Aging* 2nd Ed. Albany, NY: The Center for the Study of Aging 1986.
9 Björklund A, Henriksson M. *On the Context of Elderly Persons' Occupational Performance.* Physical & Occupational Therapy in Geriatrics: current trends in geriatric rehabilitation 2004;21.
10 Hovbrandt P, Fridlund B, Carlsson G. *Very old people's experience of occupational performance outside the home: possibilities and limitations.* Scand J Occup Ther 2007;14:77-85.
11 Reid DT, Hebert D, Rudman D. *Occupational performance in older stroke wheelchair users living at home.*
12 Niva B, Skär L. *A pilot study of the activity patterns of five elderly persons after a housing adaptation.* Occup Ther Int 2006;13:21-34.
13 Moats G. *Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice.* Can J Occup Ther 2007;74:91-101.

Adattamenti ambientali: significato e ruolo degli ausili

R. Spalek

Centro di Recupero e Rieducazione Funzionale "Mons. Luigi Novarese", Moncrivello (VC)

Il problema dell'abitare espresso dalle persone anziane ha origine dal difficile rapporto con lo spazio costruito, che si presenta nel momento in cui insorge il peggioramento della funzionalità fisica e mentale causato dall'avanzare dell'età. Nella vecchiaia, infatti, le attività psicofisiche subiscono un inevitabile deterioramento che varia da persona a persona sia per intensità sia per epoca di insorgenza. È quindi indispensabile prendere in esame le trasformazioni relative alle capacità motorie, sensoriali e intellettive che presentano una stretta interazione con lo spazio domestico:
– la funzionalità motoria subisce in genere una diminuzione nell'ampiezza e nella rapidità dei movimenti, accompagnata da una riduzione di forza e resistenza e da un aumento della fragilità ossea;
– dal punto di vista sensoriale, si verifica nella maggior parte della popolazione anziana una diminuzione della capacità uditiva e dell'acuità visiva, con difficoltà a mettere a fuoco gli oggetti distanti e a percepire contrasti cromatici deboli;
– anche le attività mentali subiscono alcune alterazioni: tempi di reazione diminuiti, riduzione della capacità attentiva e soprattutto della memoria recente.

Il risultato è che, con l'invecchiamento – e soprattutto in presenza di problemi funzionali – le caratteristiche dell'ambiente domestico sono in grado di fortemente condizionare l'autonomia. Quando lo spazio abitativo non viene adeguato alle variazioni delle prestazioni e delle condizioni di chi lo abita, allo scopo di sostenere l'attività mentale, fisica e sensoriale, le carenze si trasformano in ostacoli che rendono faticoso o addirittura impediscono lo svolgimento delle attività quotidiane.
Per supplire ai rischi e limitazioni che si possono presentare all'interno dell'ambiente domestico di una persona anziana, diventano necessari gli interventi sulla struttura edilizia, rinnovare gli impianti, modificare la partitura degli spazi dell'abitazione, abbattere o superare eventuali ostacoli. In molti casi però, il solo intervento sulla struttura architettonica non garantisce automaticamente la fruibilità e l'autonomia domestica durante l'invecchiamento. Per svolgere nel modo più autonomo possibile e privo di pericoli le attività domestiche, si rende indispensabile anche l'adozione di ausili che consentano di compensare la diminuzione delle capacità della persona anziana.
Ci riferiamo quindi a:
– ausili per il superamento di dislivelli: montascale fissi e mobili, con pedana, a poltrona, piattaforme elevatrici ecc.;
– ausili per l'ambiente bagno: maniglioni, tappetini antiscivolo, seggiolini per vasche, sedia-doccia;
– ausili per l'igiene intima: spazzolini e rasoi elettrici, dosatore liquido, pettini, spugne e spazzole a manico lungo ecc.;

Tab. I. Ragioni per l'accettazione o per l'abbandono di tecnologie.

Valenza positiva: motivazioni per l'adozione	Valenza negativa: motivazioni per l'abbandono
Possibilità di compiere le attività in modo più semplice	Sensazione di "messa alla prova" delle proprie abilità
Possibilità di compiere le attività in modo più confortevole	Preferenza di assistenza da pare di personale specializzato
Sensazione di maggior tranquillità dal punto di vista emozionale	Negazione della necessità di aiuto in relazione alla propria condizione
Consapevolezza di maggior sicurezza personale ("safety")	Sensazione di paura rispetto alla novità
Consapevolezza di vivere in un ambiente sicuro ("security")	Difficoltà o impossibilità di reperimento dell'ausilio
Riduzione dell'interazione richiesta dall'ambiente domestico nello svolgimento delle attività quotidiane	Scarsa conoscenza dell'utilizzo degli ausili
Possibilità di mantenere un contatto costante con l'esterno	Rottura del dispositivo
Possibilità di sgravare i familiari da alcuni compiti assistenziali	Scarsa integrazione del dispositivo rispetto all'ambiente
Sensazione di maggior indipendenza	Sensazione di stigmatizzazione da parte della società Sensazione di imbarazzo e inadeguatezza

– ausili per la vestizione: infilacalze e scarpe, pinze (utili per raccogliere indumenti caduti a terra senza doversi chinare) ecc.;
– ausili per l'alimentazione: posate con impugnatura ingrossata e/o cinturino, piatti con bordo e/o ventosa;
– ausili per il movimento: deambulatori (a quattro ruote, con supporto brachiale e/o ascellare, con sedile), tripodi o quadripodi, bastoni.

Come possiamo osservare parte di questi ausili (come per esempio i tappetini antiscivolo, spazzolini e rasoi elettrici, piatti con ventose ecc.) sono facilmente reperibili ed economici.

Individuare gli ausili non è un'operazione semplice e, nel caso di utenti anziani, si devono evitare dispositivi dall'utilizzo troppo complesso, poiché l'età avanzata provoca una riduzione delle facoltà psichiche o, perlomeno, delle motivazioni necessarie all'apprendimento. Inoltre, si deve aver cura di inserire gli ausili in modo armonico nell'ambiente domestico, poiché vengano accettati più facilmente dall'utente, che li deve percepire come un mezzo per aumentare il proprio comfort e la propria autonomia e non come un segno del proprio decadimento fisico.

Approcciarsi alle nuove tecnologie non è assolutamente semplice e scontato. Si riscontrano alcuni problemi oggettivi legati all'impiego delle nuove tecnologie, soprattutto da parte delle persone anziane, dovuti alla poca familiarità (considerando il proprio modello culturale) e al livello di abilità. Le principali motivazioni che comportano un errato approccio alle nuove tecnologie da parte delle persone anziane si possono così riassumere:

– sensazione di paura rispetto alla novità;
– scarsa conoscenza del corretto utilizzo dei dispositivi;
– negazione della necessità di aiuto sulla propria condizione;
– preferenza di assistenza da parte di personale specializzato.

Non si deve quindi dimenticare che le soluzioni proposte devono essere comprese ed accettate da un utente finale che vive una fase di mutamenti fisici, con una perdita di reattività a livello sensoriale e cognitivo.

Disporre di uno spazio adeguato in servizio di Terapia Occupazionale (un alloggio) permette al paziente di trovarsi a diretto contatto con gli ausili e le tecnologie presenti sul mercato, offrendogli la possibilità di sperimentarle e familiarizzare. Attraverso questa esperienza la paura e l'ostilità vengono alleviati ed il paziente si sente accompagnato, in uno stato di sicurezza, verso una strada a lui totalmente sconosciuta. Come per qualsiasi processo di progettazione è importante che i potenziali utilizzatori siano consultati e coinvolti nel processo decisionale per poter focalizzare necessità, desideri ed aspettative.

Se da un lato le tecnologie sono considerate come oggetti/strumenti atti a migliorare la qualità di vita incrementando l'indipendenza personale, dall'altro sono spesso percepite come un'esternazione della propria disabilità, accentuando la differenza tra ciò che si era in precedenza e ciò che si è diventai.

Nella Tabella I possiamo osservare schematizzate le ragioni per l'abbandono o l'accettazione delle nuove tecnologie.

Le ragioni per la positiva adozione degli ausili si focalizzano dunque sull'importanza della valutazione degli obiettivi personali. In questo senso gli anziani utilizzano gli ausili che permettono loro di svolgere le attività che personalmente ritengono rilevanti e soddisfacenti. Questi obiettivi spesso differiscono da quelli dei terapisti o dei tecnici, che pongono maggiore attenzione ed enfasi ai benefici funzionali; le persone invece preferiscono affidarsi a un mix di assistenza personale e di ausili utilizzati in autonomia.

Le ragioni di abbandono e di non uso suggeriscono, inoltre, che il metodo di istruzione e il contesto in cui le soluzioni vengono adottate dovrebbero soffermarsi sulle modalità di trasferimento della conoscenza ai fini della comprensione delle tecnologie stesse.

A seguito di qualsiasi intervento sulla distribuzione e soprattutto sulle attrezzature dell'abitazione, è importante che questa mantenga comunque un'atmosfera e un aspetto accoglienti e non si trasformi invece in un ambiente "ospedaliero", con ricadute psicologiche negative sull'anziano.

Bibliografia

Vescovo F. *Universal Design. Un modo nuovo di pensare il sistema ambiente per l'uomo.* Paesaggio urbano. N°1, 2000.

Rozzina R, Ferrucci L. *La valutazione dei bisogni.* In: *L'arco di Giano.* Milano: Franco Angeli Editore 1993.

Monzeglio E. *Progettazione degli edifici residenziali.* In: *Progettare per tutti senza barriere architettoniche.* 1° Ed. Rimini: Maggioli 1997.

Andrich R. *Ausili per l'auonomia.* Milano: Pro Juventute 1998.

Spinelli F, Tucci P. *La casa ospedale: il progetto dell'ambiente interno.* In: *L'arco di Giano.* Milano: Franco Angeli Ediore 1993.

Palumbo R. *Habitat, salute e fragilità*. In: *L'arco di Giano.* Milano: Franco Angeli Editore 1993.

Guzzanti E, Mastrlli F. *L'ospedale: una casa possibile.* In: *L'arco di Giano.* Milano: Franco Angeli Editore.

Cavicchioli A, Corbetta S, Marquez M, Petrucci BM, Springhetti I, Valsecchi L. *Manuale di Ausili e Cure del paziente geriatrico a domicilio.* UTET Ed. 2003.

PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI CON DISCUSSIONE

MODERATORI: B. BERNARDINI (MILANO), A. TAFANI (ROMA)

Paziente complesso con polipatologia in assenza di deficit cognitivo

A. Venturino

ASL 2 Savonese RSA Varazze

La presenza di polipatologia nel paziente geriatrico ricoverato in RSA è quasi una costante.

Il paziente che arriva alla nostra osservazione per l'esito di una patologia acuta non è mai identificabile con il suo ultimo problema clinico.

Generalmente il bagaglio di patologie associate è così fornito e la storia clinica così ricca, che spesso il paziente sembra alla prima osservazione, persino in migliori condizioni rispetto a quanto potevamo immaginarci leggendo la sua cartella clinica.

Dal diabete all'insufficienza renale cronica, dalle cardiopatie alle patologie dell'apparato respiratorio, dall'insufficienza vascolare alle patologie neurologiche … il quadro delle possibili comorbilità è veramente vasto e spesso ulteriormente complicato da deficit cognitivi legati anche al progressivo aumento dell'età.

Nel selezionare i possibili casi clinici "complessi" non abbiamo tenuto conto dell'involuzione cognitiva anche se il deterioramento mentale, nei suoi vari gradi, rappresenta quasi una costante nei pazienti giunti alla nostra osservazione.

È difficile l'approccio riabilitativo al paziente con polipatologia in quanto le priorità, in presenza di patologie in labile compenso, sono molto spesso di tipo clinico.

L'iter riabilitativo proposto in questi casi presuppone, a maggior ragione rispetto a situazioni più lineari, un momento iniziale di valutazione globale multidisciplinare che ponga le basi per un lavoro interprofessionale attento e condiviso.

Nella nostra esperienza questo momento è rappresentato dall'accoglienza del paziente da parte dell'équipe e dalla impostazione del Progetto di Assistenza Individualizzato con l'identificazione dei vari obiettivi da parte delle diverse figure professionali.

Il lavoro del fisioterapista si basa su una valutazione iniziale, anche attraverso l'utilizzo di scale di valutazione, per poter avere un quadro globale del paziente dal punto di vista cognitivo funzionale e sociale.

Gli obiettivi iniziali saranno adeguati alla complessità del quadro del paziente. Spesso il lavoro iniziale sarà finalizzato alla facilitazione della gestione del paziente al fine di mantenere e potenziare le sue abilità residue.

Questo tipo di intervento può prolungarsi anche per tempi lunghi senza la garanzia assoluta del raggiungimento, nel decorso, di maggiori spazi riabilitativi.

Caso clinico: paziente con deterioramento cognitivo

M. Pevere

Centro Polivalente "Papa A. Luciani" Altavilla Vicentina, Vicenza

Considero l'intervento del fisioterapista nel soggetto affetto da deterioramento cognitivo grave una sfida per la professionalità di quanti, come me, lavorano in strutture residenziali per non autosufficienti. L'atteggiamento con cui affronto questo argomento è quello di colui che si mette in ricerca e si pone domande. La prima domanda è naturalmente se sia possibile un intervento riabilitativo con il paziente demente grave; è una domanda fondamentale perché la risposta implica una riflessione più ampia sul significato e sul ruolo del fisioterapista nelle strutture residenziali per non autosufficienti e con i malati cronici gravi. La risposta che, prima intuitivamente, poi sempre più coscientemente mi sono data è affermativa, se si adotta una accezione "olistica" di riabilitazione che privilegia un approccio all'individuo nella sua globalità bio-psico-sociale; è la definizione della Conferenza Stato Regioni 1998 per cui la riabilitazione viene considerata come un processo di "soluzione di problemi" e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. I problemi che il soggetto con deterioramento cognitivo grave deve superare per riuscire a raggiungere il miglior livello di vita possibile sono molti ed è innegabile che, pur nella ristrettezza delle risorse a sua disposizione, egli sia, se trova chi sappia mettersi in ascolto, molte volte ancora capace di recuperare gesti ed emozioni impressi nel sistema nervoso centrale dalle esperienze di tutta una vita.

Il fisioterapista, rispetto ad altre figure che si occupano della cura del paziente, ha un bagaglio di conoscenze ed una capacità di lettura della situazione più ampi; egli è perciò in grado di sfruttare al meglio il potenziale di recupero, seppure spesso ridottissimo, o guidare il recupero spontaneo.

Poiché le risorse comunicative del paziente sono in questi casi molto ridotte sia per quanto riguarda l'espressione che la comprensione verbali (e talora anche gestuali), la capacità di entrare in empatia è fondamentale per il fisioterapista. Conoscere ed approfondire la storia del paziente come persona può essere un valido aiuto. Agire in un contesto ecologico sfruttando al massimo le opportunità che possono venire da oggetti, situazioni, volti noti, è un altro strumento. Infine, imprescindibile, saper lavorare non come singolo professionista, ma come parte del team multidimensionale.

L'approccio conversazionale e capacitante nella gestione di un Alzheimer Café

A. Cocco, S. Sertorio, M. Malett[1] , P. Vigorelli

Gruppo Anchise, Milano; [1] Ariambiente s.r.l. Cusano Milanino (MI)

Background. L'Alzheimer Café di Bresso (MI) risponde al bisogno di incontro e informazione per le famiglie gravate dal carico di cura di un malato Alzheimer e nel contempo coinvolge direttamente anche le persone malate, predisponendo uno spazio gestito da un esperto in Arteterapia, coadiuvato da volontari specificamente formati.
Scopi dell'Alzheimer Café. 1) Sensibilizzare il territorio ai problemi connessi con la malattia di Alzheimer e favorire la nascita di una rete tra le Istituzioni e i servizi a supporto delle famiglie coinvolte nella malattia. 2) Istituire uno spazio di incontro tra le famiglie atto a facilitare la creazione di una rete di solidarietà e sostegno reciproco. 3) Offrire la possibilità di colloqui individuali ai familiari, finalizzati al sostegno psicologico e all'individuazione di problemi che possono essere affrontati con le risorse presenti nel territorio. 4) Offrire alle persone con demenza uno spazio in cui svolgere un'attività senza timore di sbagliare e in cui poter lasciare emergere la parola così come è possibile per ciascuno.
Struttura degli incontri. Incontri pomeridiani infrasettimanali a cadenza mensile della durata di due ore (17.30-19.30). Accoglienza: registrazione dei familiari. Scambio informale di saluti. Possibilità di consumare una bevanda a piacere.
Attività: I familiari partecipano a un incontro psicoeducazionale con l'esperto, le persone con demenza partecipano a una sessione di Arteterapia (giochi con i colori). Rinfresco e commiato: dopo le attività differenziate i due gruppi si riuniscono e si ripristina l'atmosfera del caffè favorendo l'incontro informale tra le famiglie. Si consuma insieme una bevanda e un dolce. Saluti finali.
L'approccio utilizzato. In riferimento al Conversazionalismo di Giampaolo Lai, l'ascolto e la parola risultano essere il fulcro dell'esperienza di questo Alzheimer Café. Le parole, usate consapevolmente, diventano lo strumento privilegiato della cura e vengono utilizzate per promuovere e restituire dignità alla persona anziana malata e al familiare che la cura.
Durante gli incontri si cerca di favorire l'emergere della parola del malato e di fornire al familiare qualche strumento in più per affrontare le difficoltà di tutti i giorni. Durante le sessioni di Arteterapia ci si ispira al concetto di Capacitazione, si creano cioè le condizioni perché la persona con demenza svolga le azioni di cui è capace così come ne è capace, senza sentirsi in errore. Si punta al benessere soggettivo della persona con demenza che riesce ad esprimersi e a comunicare attraverso lo strumento artistico, lasciando in secondo piano l'ottenimento di un risultato oggettivo.
Risorse umane. L'équipe è costituita da una psicologa, due counselor professionali, un'arteterapeuta, sette volontari specificamente formati, consulenti esperti in ambito sanitario, legale e sociale.
Materiali. Due locali adiacenti, attrezzati secondo gli scopi; materiale audio/video; materiale artistico; cibo e bevande.
Risultati. Il territorio si è mobilitato per sostenere l'iniziativa: il Comune di Bresso ha concesso il Patrocinio morale, la Cooperativa Sociale dei Fiori (servizi per persone disabili) ha concesso gratuitamente i locali, la RSA Ente Morale Pio XI ha sostenuto l'iniziativa con la concessione di consulenti esperti per gli incontri psicoeducazionali per i familiari, tre aziende del territorio hanno contribuito con donazioni a far fronte alle spese di promozione del servizio. Si è registrato un incremento progressivo dei partecipanti. I familiari hanno instaurato rapporti che durano anche al di fuori dell'Alzheimer Café e hanno manifestato l'intenzione di creare una rete di solidarietà reciproca (banca del tempo). Si è creato un clima di fiducia tra operatori e familiari che si è manifestato con la richiesta di colloqui individuali. Durante le sessioni di Arteterapia le persone con demenza hanno partecipato all'attività senza timore di sbagliare e partendo dall'attività svolta hanno interagito verbalmente sia con la conduttrice che tra di loro e con i volontari.
Conclusione. Il progetto dell'Alzheimer Café, condotto secondo l'Approccio Conversazionale e Capacitante, ha mostrato di essere uno strumento valido per sensibilizzare e mobilitare le risorse del territorio, favorendo la nascita di una rete a supporto delle famiglie e creando un clima facilitatore per le attività delle persone con demenza. Le famiglie hanno trovato un luogo d'incontro che le aiuta a uscire dall'isolamento e che favorisce l'instaurarsi di relazioni di aiuto reciproco. Le famiglie inoltre, partendo dalla frequentazione dell'Alzheimer Café, hanno usufruito dell'offerta di sostegno e consulenza offerti da psicologo e counselor attraverso colloqui individuali. L'Approccio Conversazionale e Capacitante applicato durante le sessioni di Arteterapia ha favorito l'emergere della parola delle persone con demenza durante le sessioni stesse.

Bibliografia

Vigorelli P. *La conversazione possibile con il malato di Alzheimer.* Milano: Franco Angeli 2005.

Vigorelli P. *Alzheimer senza paura, manuale di aiuto per i familiari; perché parlare, come parlare.* Milano: Rizzoli 2008.

www.gruppoanchise.it. Dutch Alzheimer Society. *The Alzheimer Café, a guideline manual for setting one up.* Translated and adapted from the document by Gemma MM Jones, April 2001.

Un metodo per valutare l'efficacia dell'approccio conversazionale nella cura dell'anziano fragile ricoverato in RSA

P. Peroli, P. Vigorelli

11° Geriatria, Azienda Ospedaliera di Verona, 2 Gruppo Anchise, Milano

Background. Gli anziani fragili ricoverati in RSA tendono a diventare apatici e abulici. Secondo molti autori [1 2] tale disturbo dipende almeno in parte dalla relazione con il contesto. La realtà dell'Istituzione sarebbe quindi una concausa del disturbo stesso. La Capacitazione descritta da Vigorelli [3-5] si propone di contrastare tale effetto invalidante delle RSA, utilizzando gli interventi verbali del personale di assistenza come strumento terapeutico che contribuisce a rinforzare la vitalità dei pazienti. La Capacitazione è una tecnica di intervento che ha per obiettivo di creare le condizioni per cui la persona anziana ricoverata in RSA possa svolgere le attività di cui è ancora capace, così come è capace, senza sentirsi in errore. L'obiettivo è che la persona possa essere felice, per quanto possibile, di fare quello che fa, così come lo fa, nel contesto in cui si trova. Gli interventi capacitanti si basano sul riconoscimento delle competenze elementari del paziente (la competenza emotiva, a parlare, a comunicare, a contrattare, a decidere). Quando le competenze elementari risultano perse o eclissate, il loro recupero è difficile e comporta un notevole impegno terapeutico-assistenziale. È più utile e richiede un minor dispendio di energia cercare di prevenire tale perdita. Se è vero che l'anziano può perdere rapidamente le competenze elementari è altrettanto vero che egli riesce a conservarle se gli vengono riconosciute e se è messo nelle condizioni di poterle esercitare. È proprio questa la base di ogni intervento capacitante. Da precedenti osservazioni risulta che l'impiego di alcune tecniche conversazionali favorisce l'espressione e il mantenimento delle competenze elementari, ma non è ancora disponibile un metodo di studio per valutare l'efficacia di tali tecniche.
Scopo. Questo progetto intende proporre un metodo per valutare l'efficacia di alcune tecniche conversazionali nel tener vive le competenze elementari dell'anziano fragile ricoverato in RSA.
Materiale e metodi. Vengono arruolati cinque anziani fragili ricoverati in RSA, in condizioni di relativa stabilità clinica, senza gravi disturbi del linguaggio né patologie psichiatriche né BPSD che ostacolino la possibilità di realizzare le conversazioni. Dopo aver raccolto il consenso informato, per ogni ospite vengono effettuati tre colloqui della durata di 15-20 minuti, a cadenza quindicinale. I colloqui (5 x 3 = 15) sono audioregistrati e sbobinati parola per parola. Lo studio viene effettuato sui testi. In ogni testo si cercano i segni dell'emergere delle competenze elementari (o la loro assenza) e si mettono in evidenza le tecniche conversazionali impiegate per farle emergere. Il riferimento culturale per l'individuazione delle tecniche conversazionali è il Conversazionalismo di Giampaolo Lai, adattato alle necessità della presente ricerca.

Risultati attesi Lo studio pilota intende verificare se l'impiego di alcune tecniche conversazionali è efficace nel tener vive le competenze elementari dell'anziano fragile in RSA.

Conclusioni e prospettive. Per salvaguardare il benessere degli anziani ricoverati in RSA è importante cercare delle modalità di intervento che valorizzino l'individuo e favoriscano l'espressione delle sue competenze elementari. Per ottenere questo scopo noi abbiamo adottato un approccio di tipo capacitante basato sull'uso consapevole della parola ispirato al Conversazionalismo di Giampaolo Lai. In futuro intendiamo effettuare tale studio su un più ampio campione di soggetti verificando anche l'efficacia di tale approccio sulla prevenzione dei BPSD.

Bibliografia

1 Hillman J. *La forza del carattere.* Milano: Adelphi Edizioni 2000.

2 Ploton L. *La persona anziana. L'intervento medico e psicologico. I problemi delle demenze.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2003.

3 Vigorelli P. *La Capacitazione: un'idea forte per la cura della persona anziana ricoverata in RSA.* G Gerontol 2006;55:104-9.

4 Vigorelli P. *La Capacitazione come metodologia di empowerment nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer.* I Luoghi della Cura 2006 n.4.

5 Vigorelli P. *Alzheimer senza paura. Perché parlare, come parlare.* Milano: Rizzoli 2008.

Un'alternativa per contenere i disturbi del comportamento: il metodo validation®: atteggiamento convalidante, interventi individuali e riunioni di gruppo

C. Siviero, A. Cerri, M. Girotti

Fondazione Castellini, Residenza Socio Sanitaria di Melegnano, Onlus

Scopo. Questa relazione vuole dare un contributo alle dimostrazioni dell'utilità della comunicazione convalidante con persone anziane affette da demenza e con disturbi del comportamento. Tali disturbi hanno sempre rappresentato, non solo nella nostra esperienza [1], un problema in primis per i pazienti, poi per i familiari e infine per tutti gli operatori che si sono trovati a lavorare a diretto contatto con questa patologia. L'uso del Metodo Validation si è rivelato un valido strumento capace di intervenire su tutti e tre questi fronti; esso è una tecnica di comunicazione che suddivide il percorso della malattia in quattro fasi e usufruisce di tecniche specifiche per ogni fase. Tale Metodo venne messo a punto tra il 1963 e il 1980 da Naomi Feil [2], in risposta ai metodi esistenti, basati sullo sforzo di preservare il più possibile le capacità cognitive dei pazienti e non soddisfacenti a rispondere ai bisogni delle persone affette da demenza, dei loro familiari e degli operatori. La Feil parte dal presupposto che queste persone abbiano bisogno di poter esprimere, a modo loro, i sentimenti intrappolati nella confusione della loro mente. Si riporteranno i risultati di due gruppi Validation che da anni vengono condotti all'interno della Fondazione, tenendo presente che sono stati formati ed emotivamente aiutati i familiari di questi e di altri pazienti, istruiti gli operatori ad usare l'atteggiamento di base e che vi sono in Fondazione pazienti seguiti anche individualmente.

Materiali e metodi: brevi corsi sull'atteggiamento convalidante al personale; incontri periodici coi familiari; tecnica individuale [3], che consiste in conversazioni della durata di 10-15 min. per due o tre volte alla settimana, in cui l'operatore usa le tecniche adeguate alla fase della malattia basando la propria comunicazione sulla legittimazione dei sentimenti altrui e sul rapporto empatico, non facendo ragionare il paziente né consolandolo né tranquillizzandolo né spostando l'attenzione su altro; tecnica di gruppo [4]: il gruppo Validation, 5/6 persone, si svolge una volta alla settimana e dura circa un'ora. La procedura, sempre uguale, ha la funzione di infondere sicurezza. Tutta la riunione ruota intorno al ruolo specifico di ogni partecipante, cosa che infonde autostima e dignità. Sono presenti momenti ludici e rilassanti che permettono il recupero dell'energia là dove ci sia stato uno sforzo di concentrazione. Come per gli incontri individuali,quello che accade di rilevante è l'ascolto delle emozioni in un ambito sicuro e protetto [5]. Casistica: 1°gruppo, 5 persone tutte donne, di età compresa tra gli 88 e i 92 anni con 3 diagnosi di demenza di Alzheimer e 2 demenze vascolari, tutte con disturbi del comportamento. 2°gruppo, 6 persone di età compresa tra i 76 e gli 87 anni con 3 diagnosi di Alzheimer, 2 vascolari, una senile, tutte con disturbi del comportamento. Criteri di scelta: problemi manifestati dall'équipe per difficile gestione dei comportamenti disturbati (vedasi sperimentazione di F. Munsch punto c) [6]. Strumenti: osservazioni dei familiari e del personale; tests: MMSE, CDR, UCLA, BANSS, BARTHEL e TINETTI; variazioni terapeutiche nel corso del trattamento.

Risultati: Abbiamo di fatto potuto rilevare una riduzione quantitativa e qualitativa nella somministrazione di farmaci col procedere del trattamento. Solo due pazienti verso la fine del periodo di osservazione hanno richiesto la ripresa di una terapia serale inducente il sonno. Meno rilevanti invece, le variazioni nei tests, che hanno dimostrato miglioramenti solo in alcuni casi sporadici .Del resto lo stesso mantenimento di una stazionarietà dei punteggi in una patologia notoriamente evolutiva può essere considerato un risultato positivo. Certamente il dato più significativo è stato il costante apprezzamento e sollievo che si è potuto rilevare in tutte le testimonianze di familiari e operatori sia rispetto allo stress da assistenza sia rispetto alla maggiore serenità degli assistiti.

Conclusione: I pazienti che hanno avuto a disposizione nella loro quotidianità operatori legittimanti, familiari meno spaventati, operatori specializzati nella tecnica individuale, hanno, a nostro parere, usufruito di uno strumento fondamentale per la gestione dei loro disturbi. Nel partecipare ai gruppi Validation hanno spesso trovato soluzioni a problemi comuni, capacità di condivisione, desiderio di aiutarsi. Messi in un contesto adeguato sembrano ritrovare energie e capacità comunicative in genere perse. Se per autoguarigione del gruppo intendiamo un processo di miglioramento che va verso lo "stare meglio" fisico ed emotivo, è nostra convinzione che questo nei gruppi Validation accada.

Bibliografia

1 Morton I. *La persona con demenza.* Erikson Edizioni, 2004.

2 Feil N. *Il Metodo Validation.* Sperling & Kupfer 1996.

3 Feil N. *Validation il Metodo Feil.* Minerva Edizioni 2008.

4 Feil N. *Group Therapy in a Home for the Aged.* The Gerontologist 1967;7:192-5.

5 Rogers C. *I gruppi di incontro.* Astrolabio 1976.

6 Munsch F. *Prise en charge des troubles psyco-comportamentaux chez des prsonnes agees en institution, atteintes de deficences cognitives*. 2000.

4° Corso per Psicologi

I grandi vecchi: paura della morte e della vita?

Giovedì, 27 novembre 2008

PRIMA SESSIONE

Gli anziani parlano spesso di fine della vita: angoscia depressiva o esorcismo?

G. Gori
UO Geriatria, ASL 10, Firenze

Quando un soggetto anziano si viene a trovare al confine tra la vita e la morte spesso sentiamo dire "ha vissuto a lungo" oppure "ha raggiunto l'età per morire". Espressioni simili, anche nel linguaggio della vita quotidiana, sembrano testimoniare che, almeno per il comune sentire, la morte di una persona anziana sia un evento accettato in modo naturale. D'altra parte nella nostra vita l'immagine della morte si forma precocemente nell'infanzia: è prevalentemente quella di un vecchio, per lo più di un nonno, la prima morte che ci capita di sperimentare come una nuova, inevitabile dimensione dell'esistenza [1]. Anche per gli anziani però la morte in definitiva resta quella degli altri, l'esperienza esprimibile è quella della morte oggettiva, la visione di un corpo senza vita, mentre impensabile e non sperimentabile è la morte soggettiva. La morte è una esperienza di cui nessuno ha potuto fornire testimonianza diretta, che sfugge radicalmente al dominio della ragione, ma anche a quello dei sensi. L'antitesi con la vita la carica di valenze tali da offuscarne la riflessione e l'analisi. Forse è per questo che nei vecchi, che si approssimano inevitabilmente a questo evento, spesso assistiamo a procedure difensive che suggeriscono come certe espressioni e comportamenti siano il risultato di uno spostamento in ambiti razionali di un tema non vissuto facilmente in termini emozionali.

Nei riti funerari spesso i più numerosi partecipanti sono anziani, in talune occasioni soggetti di età avanzata parlano della morte come momento di liberazione dagli stenti e dalle limitazioni, la vecchiaia è l'età in cui la lettura dei necrologi diventa un atto abituale, a testimonianza di una angoscia sottostante che trova riparo nella constatazione che la morte è quella degli altri [2]. Nella cultura classica ci sono riferimenti alla morte come preferibile alla vecchiaia (morte magis temuenda senectus, Giovenale): la distanza tra ragione e emozione in prossimità di questo evento consente l'assunzione difensiva di comportamenti verbali disinvolti sull'argomento. Esprimere a parole un desiderio della fine sta ad indicare che soltanto una formazione reattiva (cioè la sostituzione di propri sentimenti inaccettabili con pensieri e stati d'animo diametralmente opposti) consente di avvicinarsi al tema e di non provare particolari angosce, come poi valutiamo negli stessi soggetti successivamente quando dal semplice parlar di morte sono di fronte al morire in realtà. Quindi anche tra coloro che parlano volentieri della propria morte, che affermano di non temerla o che addirittura la desiderano, spesso vi si riferiscono non in termini espliciti, ma con allusioni: "se ne è andato" o "riposa" o "ha preso il volo". La morte viene inserita in una dimensione asettica e irreale di apparente benessere che ha lo scopo di negare l'angoscia ad essa collegata. Anche l'immagine della "sorella morte", "la mano che toccherà la nostra spalla" o di una "voce amica che dice alzati, è l'ora" sostituisce una immagine quasi materna ad una terrifica.

Anche i risultati di alcune ricerche su anziani morenti suggeriscono che l'angoscia di morte diminuisce con l'età: viene descritta una diversa elaborazione degli stadi psicologici del morire, illustrati dalla Kubler-Ross [3], con un più facile superamento della negazione, della depressione, della rivolta ed un più facile e stabile raggiungimento della fase di accettazione in confronto a quanto accade nei giovani. Quindi spesso i vecchi pianificano questo evento e se anche con l'età tendono a crescere pensieri, espressioni e preparativi nei riguardi della morte questa non sarebbe fonte di angosce dominanti gli ultimi anni della vita. Ma Lieberman e Coplan [4] affermano che questo vale soltanto per quei casi protetti da una particolare stabilità psicologica e sociale. Acquistano particolare valore i legami familiari ed in primo piano la relazione con i figli ed i nipoti: allora l'angoscia della fine associata a fantasie di rinascita e di recupero delle proprie origini rende più facile l'accettazione della morte simbolicamente assimilata ad un ritorno alla madre [5].

In molti altri casi vediamo che la morte, reale o immaginaria che sia, può creare vere e proprie manifestazioni psicopatologiche a causa dei vissuti angosciosi ad essa correlati. Il recente interesse che la psicoanalisi ha rivolto al problema dell'invecchiamento, dopo anni di scarsa valorizzazione delle dinamiche intrapsichiche della tarda età, ha prodotto numerosi esempi di trattamenti in cui è stato messo in evidenza che il materiale fornito da un vecchio paziente non è correlabile soltanto all'età ma anche con la realtà della morte che si avvicina. Erikson [6] descrive la questione dell'"integrità in contrapposizione a disperazione e avversione" come compito fondamentale dell'ultimo stadio della vita, quando il soggetto avverte che la vita è ormai al termine e dove l'integrità si riferisce all'accettazione del proprio ciclo vitale, e che quanto egli ha fatto nella sua esistenza adesso non è più modificabile. Kernberg [7] riporta che quando la propria vita non è accettata come definitiva, l'imminenza della morte può generare angosce che derivano dal fatto che non c'è più il tempo per iniziare un altra vita e tentare strade alternative per raggiungere l'integrità. Questi stati d'animo sono tratteggiati nel racconto di Tolstoj "La morte di Ivan Ilic" quando il protagonista viene improvvisamente a trovarsi di fronte alla malattia e alla morte: "… gli passò per la mente un dubbio angoscioso sul senso della propria vita trascorsa, che quanto fino ad ora gli era sembrato inammissibile, cioè di aver vissuto come non si doveva, invece era l'assoluta verità". Il cosiddetto "life review process" [8] come reminiscenza, riflessione, analisi sulla vita trascorsa è un evento che spesso caratterizza gli ultimi momenti della vita nella consapevolezza dell'avvicinarsi della propria fine. Tale operazione ha spesso una funzione positiva: il ricordo della vita trascorsa ed il senso di continuità che la caratterizza dovrebbero favorire l'integrazione. Ma non sempre è così: di fronte al tema della vecchiaia e della morte non si riesce facilmente ad entrare in contatto con il mondo interno dei soggetti che vivono in prima persona questa esperienza. Molti aspetti di questo problema rimangono al di fuori della nostra portata, come se inconsciamente cercassimo di evitare un accostamento partecipativo ad eventi così lontani dal nostro bisogno di esperienze fiduciose e vitali e rimanessimo quindi in una posizione di semplici osservatori esterni. Così ad esempio quando ci chiediamo di che cosa i vecchi possono avere paura quando hanno paura della morte spesso le risposte riguardano

il dolore, l'incognito, la sofferenza per sé e per coloro che restano. Ma forse queste espressioni che veicolano fondamentalmente l'aspetto cosciente al pensiero della morte riescono a occultare la vera paura, profondamente repressa e che potrebbe essere quella di immaginare e concepire mentalmente la propria morte, la inevitabile finitezza, non come violenta o accidentale ma come un evento inscritto nell'ordine naturale delle cose, la rinuncia alla nostra umana convinzione, presente anche in vecchiaia, di essere immortali [1]. Tale paura può ritrovarsi anche in esperienze di morte del tutto immaginarie. In certe occasioni assistiamo a scompensi emotivi, crisi d'ansia o episodi depressivi, quando una persona raggiunge l'età in cui morì un proprio genitore. In altri casi vediamo che l'indicazione ad un ricovero a causa di una malattia somatica può essere fonte di angoscia per le paure di abbandono e di morte.

Nella esperienza con anziani malati ci sembra rilevante la loro comunicazione di una paura di morire in solitudine o in abbandono, tema affrontato tempo addietro da de M'Uzan [9] secondo il quale il "lavoro del trapasso" necessita della presenza di un oggetto prescelto, cioè di una relazione privilegiata. Nella nostra esperienza non si tratta di un qualsiasi bisogno relazionale, ma di una crescente necessità di comunicazione non verbale e fondamentalmente fisica. L'importante è che questo oggetto prescelto sia capace di esporsi senza eccessiva angoscia al momento captativo del morente, realizzando una buona identificazione tra ciò che egli è e la sua rappresentazione nell'animo del paziente. Il vecchio prossimo alla morte forma con il suo oggetto ciò che de M'Uzan chiama la sua ultima diade, con allusione alla madre di cui l'oggetto è la tardiva reincarnazione.

Molte espressioni si trovano associate al tema della morte, come il freddo, il vuoto, l'oscurità, …, ma in vecchiaia più che in altre epoche della vita l'immagine più di frequente evocata è quella della notte, del sonno e forse della stessa posizione distesa. L'idea di un corpo immobile e allungato con perdita del contatto con la realtà (sonno) evoca spesso fantasmi intollerabili e alterazioni del comportamento. Un paziente descritto da Thomas [10] rifiutava di distendersi sul letto per la paura che la morte lo sorprendesse e riusciva a dormire soltanto seduto, dopo aver passato parte della notte continuamente affaccendato nella convinzione che attività e morte non possono coesistere, o che si muore meglio fintanto che si è attivi. Anche nella nostra esperienza abbiamo incontrato decine di casi simili, e quando non ha avuto effetto la presenza di un oggetto prescelto abbiamo ottenuto un vantaggio clinico solo con l'uso di adeguati farmaci antidepressivi.

Contrariamente allo stereotipo, dunque, che vuole il vecchio docile e rassegnato e pronto a lasciare questo mondo la realtà ci sembra assai diversa: molti vecchi esprimono nel corpo e con il comportamento il rifiuto a morire e moltiplicano fantasie di rassicurazione preparando tramite il linguaggio e i giochi dei preparativi funerari l'incontro con la morte, sia quando è imminente e reale, sia quando è concepita e vissuta solo in termini fantasmatici. In altri casi assistiamo a quadri di scompenso emotivo in soggetti anziani che vengono a trovarsi di fronte ad una malattia somatica, anche se transitoria e non necessariamente severa ma che rappresenta il segnale di un cambiamento minaccioso, in grado di attivare sentimenti di angoscia e di insicurezza esistenziale. In questi stessi soggetti scompensi psicopatologici si sono spesso attivati di fronte alle inevitabili modificazioni somatiche legate al proprio invecchiare, suggerendo dunque che, almeno in alcuni, i cambiamenti dovuti alla vecchiaia suscitano intense risonanze emotive, che sembrano strettamente connesse con l'angoscia di morte. Ci colpisce come in tali soggetti la tematica della corporeità assuma un ruolo cosi incisivo, come se il corpo fosse stato investito come magico protagonista nella trama della loro esistenza e avesse rappresentato una modalità per mantenere viva una immagine di sé positiva e vincente. Nella vecchiaia è necessario elaborare una serie di lutti inerenti la trasformazione del corpo, ma questi soggetti non hanno mai potuto accedere alla sofferenza di un corpo che cambia e perde vigore, contrapponendo una rigida difesa, un corpo immutabile nella sua efficienza. Il fallimento avviene quando il corpo comincia ad evidenziare le sue ineludibili scadenze.

Nella vecchiaia dunque come sottolineano anche i casi descritti da Segal [12] e da Abraham [13], in assenza di gravi deficit cognitivi, i fattori di personalità sono gli elementi più importanti nel caratterizzare il rapporto di un vecchio con la morte e i suoi possibili richiami. Le personalità narcisistiche vivono la vecchiaia e la morte strettamente dipendenti l'una dall'altra, come una ferita irrimediabile, un attentato a posizioni idealizzate, con sentimenti di frustrazione, umiliazione e rabbia. Il meccanismo difensivo in risposta all'invecchiamento e alla idea della morte è centrato sulla negazione, come descrive Kernberg [7]. L'artificioso giovanilismo di certi vecchi, l'intraprendere con frenesia ipomaniacale certe attività normalmente limitate dagli anni sono esempi di tale meccanismo difensivo. È frequente che tali soggetti ricerchino, talvolta in modo quasi grottesco, il successo ottenuto nel passato, e non accettano da anziani che le loro prestazioni di un tempo subiscano un ridotto apprezzamento: a lungo si soffermano a parole sui successi ottenuti, su quel che erano ed invidiano il mondo dei giovani quando dimostrano potenzialità e capacità. Quando in soggetti anziani con tale organizzazione del carattere si instaura la necessità di un sostegno o di dipendenza si produce vergogna e senso di fallimento, per la proiezione di atteggiamenti svalutativi e sprezzanti su coloro dai quali essi dipendono. Ciò aumenta la intolleranza verso la vecchiaia, verso la malattia, verso la perdita delle funzioni corporee, aumenta la paura della morte e rinforza cosi la negazione. Negando la depressione e le sottostanti perdite è impossibile sviluppare una "confortante fantasia di immortalità" [14] e ci si costringe a comportarsi valorizzando gesti e comportamenti non potendo contare sul pensiero. Quando però questo meccanismo fallisce emerge la depressione, come perdita di funzioni narcisisticamente investite o come consapevolezza di solitudine e della mancanza di buoni rapporti con altri se nel passato l'invidia ed il disprezzo hanno impoverito il mondo degli affetti e delle relazioni. Il suicidio può allora diventare un recupero del potere perduto, imponendo il tempo e le circostanze alla morte.

Un altro aspetto particolare del rapporto tra morte e vecchiaia si può avere in presenza di alterazioni cognitive. Nella demenza al posta di difese mature affiorano meccanismi immaturi come la proiezione ed il diniego e così, di fronte ad eventi che accentuano la "perdita di continuità del proprio Sé", vissuto frequentemente presente nelle forme di entità severa, si hanno allucinazioni e idee persecutori terrifiche. Così quando la malattia si struttura come non riconoscimento della realtà un semplice cambiamento ambientale, un evento

insolito, una nuova persona che interagisce con il soggetto può generare vissuti di condanna a morte con ovvie conseguenze reattive.
In conclusione se comunemente si sostiene che la morte è più facilmente tollerata in vecchiaia, ci sembra che questo riguardi prevalentemente gli aspetti coscienti e non quelli inconsci di tale problema. Quando la durezza della realtà è negata invece che trasformata in fantasie difensive e consolatorie si passa da un mondo simbolico ad uno infinitamente più limitato e mutilante che impoverisce la libera espressione della paura ed espone maggiormente all'angoscia.

Bibliografia

1 Benvenuti P, Gori G. *Angoscia di morte e invecchiamento.* In: Fossi G, Benvenuti P, (a cura di). *Dolore e angoscia di morte.* Borla 1988.
2 Musco E. *Osservazioni sui centenari*. In: Fossi G, Benvenuti P, (a cura di). *Dolore e angoscia di morte.* Borla 1988.
3 Kubler-Ross E. *On death and dying.* London: MacMillan 1969.
4 Lieberman MA, Coplan AS. *Distance from death as a variable in the study of aging*. Develop Psychol 1968;2:71-84.
5 Leonard NC, Aiach P, Henrad JC. *Attitude devant le vieillesment, la viellesse e la mort. Le colloque de l'inferm.* Paris 101, 1981.
6 Erikson EH. *Identity and the Life Cycle.* New York: Int. Univ. Press. 1959.
7 Kernberg O. *Mondo interno e realtà esterna.* Torino: Boringhieri 1986.
8 Butler RN. *The life review: an interpretation of reminescence in the aged.* Psychiatry 1963;26:65-76.
9 de M'Uzan M. *Le travail du Trepas.* Paris: Gallimard 1977.
10 Thomas LV. *Antropologie de la mort.* Paris: Payot 1975.
11 Gori G, Mencarelli A, Giardini S, Benvenuti E. *Nonni e nipoti: la realtà e l'immaginario, incontri e scontri tra le generazioni*. Giornale di Gerontologia 2005;53:449-54.
12 Segal H. *Fear of death. Notes on the analysis of an old man.* Int J Psychoanal 1958;39:178.
13 Abraham G, Goda G, Kocher P. *Psychoanalisis and ageing.* Int Rev Psychoanal 1980;7:147-55.
14 Busse EW, Blazer DG. *Handbook of Geriatric Psychiatry.* New York: Von Nostrand 1980.

Venerdì, 28 novembre 2008

SECONDA SESSIONE

Moderatore: G. Gori (Firenze)

Vissuti di malattia e di morte in oncologia geriatrica: spunti di riflessione

A. Belloni Sonzogni

UOC Psicologia Clinica "Pio Albergo Trivulzio", Milano

Nell'immaginario comune la "diagnosi di tumore" e la "morte per tumore" sono concetti, per quanto non sovrapponibili, molto prossimi ed affini. L'ascolto dell'anziano affetto da patologia oncologica offre pertanto l'opportunità, qualora sia sollecitata l'espressione e la condivisione dei vissuti di malattia, di entrare in contatto con possibili vissuti di morte; in tal senso la tipicità di alcune dinamiche psicologiche ad essi correlate stimolerebbe la riflessione su alcuni rilevanti quesiti. Il soggetto vive meglio se attribuisce il suo stare male ed il morire alla vecchiaia piuttosto che al tumore o ad altra patologia? Come favorire l'elaborazione e l'espressione di costruzioni personali sul tema morte che rafforzino l'immagine del sé, piuttosto che svilirla? Come riuscire a rispettare quei bisogni più strettamente connessi alla dimensione privata e soggettiva del morire in ambiti che, per loro stessa natura pubblica e sanitaria, danno maggior rilievo all'obiettività e alla dimensione sociale? Una più mirata attenzione al vissuto di malattia e di morte faciliterebbe l'attuazione di strategie diagnostiche e terapeutiche maggiormente confacenti alla realtà clinica perché libere da dogmatismi interpretativi, rigidità e banalizzazioni.

Vissuti di malattia e vissuti di morte. I risultati di un'indagine esplorativa (Belloni Sonzogni, Stella, 2004) che ha utilizzato il colloquio clinico ed il Reattivo delle Frasi da Completare sul Vissuto di Malattia per rilevare il vissuto di trenta anziani affetti da patologia oncologica, degenti nell'arco di un mese in un reparto di oncogeriatria, hanno evidenziato in quale misura la patologia tumorale si presenti come discriminante rispetto ad altri quadri morbosi – eventualmente concomitanti e caratteristici dell'età anziana – rendendo conto di alcune peculiarità dei vissuti di morte. I soggetti reclutati sono stati giudicati uniformi dai medici per quanto attiene la gravità del quadro clinico complessivo, lo stadio di avanzamento della malattia oncologica, il livello di compromissione funzionale.
Lo strumento delle frasi da completare si compone di trentadue item che riguardano sia il vissuto esplicito di malattia (otto item con un riferimento specifico alla malattia), sia altre sei dimensioni psicologiche relative ad un possibile vissuto implicito (risorse personali, aspirazioni, timori, sessualità, tonalità affettiva, frustrazioni) valutate ognuna col completamento di quattro item. La mancanza di riferimento alla malattia oncologica nel completamento delle frasi del reattivo denoterebbe o una disinformazione totale o un atteggiamento denegante. Nella fattispecie, si rileva una differente distribuzione dei soggetti in merito al fatto che nel vissuto di malattia la patologia indagata si presenti come: unica/prevalente (43,3%) (G1); presente ma non prevalente (6,7%) (G2); inesistente (50%) (G2). L'evitamento della consegna o completamenti evidenzianti meccanismi di diniego e negazione sono massicciamente presenti, sia nel G1 sia nel G2, in tutti gli item volti a delineare il vissuto esplicito di malattia (Tab. I): il primo dei due gruppi si presenta meno denegante e con minori aspettative circa un possibile miglioramento del quadro clinico, ma più reattivo in senso aggressivo. Nell'item "Quando mi hanno detto a che cosa erano dovuti i miei disturbi" il 21,2% del campione (G1 maggiormente di G2) fa riferimento alla diagnosi: cancro in G1, osteoporosi in G2. In quello relativo agli interrogativi che il soggetto vorrebbe porre ai sanitari si ha una spiccata centratura sulla prognosi in termini di sopravvivenza e qualità di vita (soprattutto nel G2) ed in particolare nel G1, sulla diagnosi. Sostantivo questo ultimo, in tal caso mai utilizzato dai pazienti, che si è ritenuto di collegare alle più generiche frasi: "perché sto così male?", "che cosa ho?". Le differenze più evidenti tra i due gruppi (valori più alti in C1 rispetto a C2) negli item che non hanno esplicito riferimento alla malattia (Tab. II) emergono nelle aree Risorse Personali/Valenza Negativa, Aspirazioni/Valenza Negativa, Sessualità, Tonalità Affettiva/Ambivalenza, Frustrazioni, palesando l'ipotesi che nel G1 la maggiore consapevolezza di malattia tumorale arrivi ad incidere più pesantemente nel determinare disagio emotivo.

Tab. I. Reattivo delle frasi da completare sul vissuto di malattia (vissuto esplicito) (valori percentuali).

Penso che la causa della mia malattia	**G 1**	**G 2**
Scarsa prevenzione sul lavoro	46,1	29,4
Causa imprecisa, "Non so"	30,8	23,5
Specifiche patologie	15,4	29,4
Vecchiaia	7,7	5,9
Altro (es. Fato, esperienze di lutto)		11,8
Quando penso alla mia malattia	**G 1**	**G 2**
"Non ci penso", "Ci penso raramente"	23,1	47,1
Reattività aggressiva	23,1	5,9
Tristezza, scoraggiamento, preoccupazione	15,4	17,6
Riferimento alla guarigione	15,4	11,8
Fatalismo, iella	15,4	5,9
Sopportazione e adattamento	7,7	
Riferimento alla vecchiaia		5,9
Sconcerto ("Non so come ho fatto ad arrivarci")		5,9
Ho sempre pensato che le malattie come la mia	**G 1**	**G 2**
"Non esistessero", "Non devono venire"	30,8	23,5
"Guariscono"	23,1	17,6
"Non guariscono"	15,4	
"Fossero rare"	15,4	
"Non so", "Non ci ho mai pensato"/Nessuna risposta	7,7	35,3
"È meglio non averle"	7,7	
Riferimento alla sintomatologia		17,6
"Siano dovute a debolezza" (Riferimento alla vecchiaia)		5,9
Quando mi hanno detto a che cosa erano dovuti i miei disturbi	**G 1**	**G 2**
Riferimento alla diagnosi	35,5	11,8
Incredulità, minimizzazione/negazione della diagnosi/Nessuna risposta	30,8	53,0
Paura, preoccupazione, avvilimento	15,4	11,8
Reattività aggressiva	7,7	5,9
Accettazione della malattia e delle sue conseguenze	7,7	
Riferimento a cause generiche di "fragilità" (riferimento alla vecchiaia)		17,7
Riferimento alla guarigione		11,8
Relativamente alla mia malattia vorrei sapere	**G 1**	**G 2**
"Niente", "So già tutto"/Nessuna risposta	38,5	41,1
Prognosi/ Evoluzione della patologia	30,8	57,1
Diagnosi	23,1	11,8
"Se in futuro si potranno guarire i malati di tumore"	7,7	

Nei soggetti del G2 che, invece, riconoscono la patologia principale nell'osteoporosi, nell'ipertensione, nel diabete e nella frattura, la situazione di malattia risulterebbe meno pervadente, connotando in senso meno negativo la percezione di sé. In questa direzione potrebbe essere interpretata anche la differenza tra i due gruppi nell'area delle Risorse Personali: più della metà dei soggetti del G2 (58,8%), a fronte di una più esigua porzione del G1 (31,8%), non pensa di essere stata colpita, a seguito della patologia, in tale versante e non sente l'immagine di sé impoverita nelle sue componenti essenziali, ritenendo, al più, che le diminuite abilità siano un'inevitabile conseguenza dell'età. In entrambi i gruppi, tuttavia, è presente un forte senso di vulnerabilità: indipendentemente dalla percezione della natura della malattia, i pazienti avvertono come fattore determinante l'essere anziani, e per ciò stesso l'essere a rischio rispetto ad una serie di malattie invalidanti; esprimono preoccupazione per la compromissione del livello di indipendenza. Per quanto attiene l'area dei Timori la maggior parte dei completamenti fa esplicito riferimento alla morte o all'invalidità permanente o, diversamente, presenta aspetti deneganti ("non ho paura di niente"; "non so"; "non ci ho mai pensato"), segnali di una situazione ansiogena da cui il soggetto vuole emotivamente distaccarsi. Il fatto che l'esplicitazione di angosce di morte sia presente, in percentuali simili, nel gruppo di pazienti che hanno un vissuto di patologia tumorale e nel gruppo di pazienti in cui tale vissuto non sussiste (Tab. II), confermerebbe quanto l'età senile faciliti la mentalizzazione dell'evento morte (Cesa-Bianchi Cristini, 2007), come accadimento sempre più frequente con l'avanzare dell'età e perché parrebbe consono alla comune cultura accettare (o per lo meno, mostrare di accettare) ciò che si presenta inevitabile in quanto dettato da una superiore legge naturale.

Tab. II. Reattivo delle Frasi da Completare sul Vissuto di Malattia (vissuto implicito) e distribuzione dei soggetti in riferimento alle variabili "Presenza di angosce di morte" e "Vissuto della patologia tumorale" (valori percentuali).

Aree	G1	G2	Aree	G1	G2
Risorse personali/Valenza positiva	23,1	23,5	Timori	69,2	76,5
Risorse personali/Valenza negativa	38,5	11,8	Sessualità	23,1	5,9
Risorse personali (Ambivalenza	7,7	5,9	Tonalità affettiva/Valenza positiva	7,7	11,8
Aspirazioni/Valenza positiva	61,5	58,8	Tonalità affettiva /Valenza negativa	38,5	41,1
Aspirazioni /Valenza negativa	15,4	5,9	Tonalità affettiva /Ambivalenza	53,8	11,8
Aspirazioni /Ambivalenza	23,1	17,6	Frustrazioni	76,9	58,8
Vissuto della patologia tumorale				**Angosce di morte**	
Pazienti con vissuto dì malattia tumorale come patologia unica/prevalente				53,8	(7 soggetti)
Pazienti con vissuto di malattia tumorale come patologia non prevalente/assente				52,9	(9 soggetti)

Se da un lato il paziente geriatrico manifesta, senza reticenza, un vissuto di vulnerabilità legato all'invalidità grave o permanente, dall'altro sembra permanere una forte resistenza a dichiarare la natura della patologia oncologica in corso. La difficoltà non risiederebbe tanto nel riconoscimento degli aspetti sintomatici relativi a molteplici patologie considerate come tipiche della vecchiaia, ma nell'attribuire i disturbi ad una diagnosi precisa o, come probabile, a quella diagnosi oncologica. Gli anziani riconoscerebbero soprattutto quanto ritengono fisiologicamente connesso all'invecchiamento o al quadro sintomatologico che ad esso attribuiscono. Il tumore rappresenterebbe, invece, la patologia inaccettabile, probabilmente perché connessa ad una morte "non naturale" (Tramma, 2007), carica di sofferenza. Negherebbero, pertanto, l'attribuzione dei sintomi alla patologia tumorale nel tentativo rassicurante di non percepire, come riguardanti se stessi, le immagini di sofferenza, le paure e le angosce dì morte evocate dal cancro; tenderebbero a riconoscersi affetti da patologie che cronicizzano, purché non vissute come ad esito fatale, dato che con esse è possibile "convivere", pur se con forti limitazioni personali. Da tali premesse sul tema del morire possono scaturire suggestive implicazioni in ambito pedagogico e clinico.

La mia morte. Nelle fasi avanzate di patologie gravi come quelle oncologiche il soggetto anziano sembrerebbe attuare strategie di coping al fine di preservare i vissuti di morte dai più dolenti significati di sconfitta e resa incondizionata. Nel vissuto di malattia di queste persone sarebbe implicitamente iscritta l'essenza più profonda della condizione umana così bene espressa da Guido Sala (2007) là dove, rifacendosi a Foucault, ricorda che non si muore perché compare la malattia, ma compare la malattia perché si è destinati a morire: un sentire, come si è visto, non sempre lucidamente soggetto al vaglio della consapevolezza, metabolizzato solo parzialmente perché si è resistenti ad accettare la realtà integrale e se ne recepisce una rielaborazione consolatoria che talvolta ha il sapore della mistificazione e dell'autoinganno. Si confermerebbe anche l'importanza di offrire al paziente oncologico un contesto comunicativo per relazionare il vissuto attivato dalla morte, dal quale possa trarre sollievo nell'esternare le proprie emozioni senza vedere suscitata l'angoscia in colui che ascolta (Filiberti, 2002). Colpisce, invece, il mancato riscontro di aspetti ritenuti importanti in queste fasi della malattia, come il "passaggio del testimone", l'"eredità", il "lascito per le generazioni future": la diversità del contesto culturale (Seale, Addington-Hall, McCarthy, 1997) italiano, rispetto ad altri paesi, può spiegare solo in parte il fenomeno. Se è pur vero che il paziente che "organizza l'evento della propria morte" si trova più facilmente in una società che apertamente informa sulla natura della patologia e l'esito prognostico infausto, tuttavia, si è più volte osservato che l'esigenza del "dono di sé" in una prospettiva di permanenza trans-temporale, anche se difficilmente espressa come atto spontaneo di autodeterminazione, costituisce una risorsa importante per molti anziani, se supportata e ben gestita a livello relazionale. In merito ai dibattuti quesiti "si può pensare alla propria morte?", "si può imparare a morire?" condividiamo la posizione di chi ritiene che la morte possa essere accolta, vissuta, sentita, anche se nell'impossibilità di rinserrarla in un reticolo di pensiero (Ancona, 2002); crediamo che il pensiero del morire non tolga valore, qualità, desiderio al vivere, ma ne rappresenti l'orientamento, la misura, l'apporto nel suo procedere ed arrivare, in una sempre rinnovata disposizione allo sviluppo, alla realizzazione ed alla conoscenza di sé (Cesa-Bianchi, 2004). Tuttavia, come è possibile valorizzare l'opportunità di comunicare con chi è disposto a parlare del proprio morire (Pangrazzi, 2006)? Dobbiamo meglio capire quale possa essere il metodo ed il frangente migliore per aiutare l'anziano a dialogare con se stesso e con l'altro sulla propria morte; per sostenerlo nel familiarizzare con essa, pensandola, al fine di invogliarlo a parlare della vita: spingerlo dolcemente ad affacciarsi sul vuoto del mistero che può essere riempito dei significati personali che fino alla fine ci identificano. Poiché la maggior parte delle testimonianze e degli studi si riferiscono a soggetti malati o in fase terminale, ad indicare la resistenza ad affrontare questo tema come qualche cosa che riguarda tutti ed il tentativo di confinarlo a quelle condizioni che ne presentano gli aspetti più dolorosi e terrifici (Pinkus, 2002), riterremmo utile allargare l'interesse euristico e clinico ad uno spaccato più ampio di osservazione e comparazione, coinvolgendo soggetti di varie età, non necessariamente malate o in fase terminale, utilizzando metodiche che, attraverso la suggestione di stimoli verbali e iconografici, aiutino a trovare o a non perdere il contatto personale con la morte.

Bibliografia

1 Ancona L. *Qualità di vita e qualità di morte.* In: Pinkus L, Filiberti A, eds. *La qualità della morte*. Milano: Franco Angeli, 2002, p. 201-12.

2 Belloni Sonzogni A, Stella M. *Il vissuto di malattia nel paziente oncologico anziano.* In: Cesa-Bianchi M, Albanese O. *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*. Milano: Edizioni Unicopli 2004, p. 103-23.

[3] Cesa-Bianchi G, Cristini C. *Aspetti psicologici del morire. In: Cristini C, ed. Vivere il morire. L'assistenza nelle fasi terminali.* Roma: Aracne 2007, p. 107-31.

[4] Cesa-Bianchi M. *Ai confini tra la vita e la morte: l'ultima creatività.* In: Stroppa C, ed. *Ai confini tra la vita e la morte. Fede ed etica nella vita quotidiana.* Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane 2004, p. 79-93.

[5] Filiberti A. *Quando il nulla seduce. Il desiderio di morte nell'imminenza della morte*. In: Pinkus L, Filiberti A, eds. *La qualità della morte.* cit. 2002, p. 180-98.

[6] Pangrazzi A. *Vivere il tramonto. Paure, bisogni e speranze dinanzi alla morte*. Erickson, Trento 2006.

[7] Pinkus L. *L'accompagnamento spirituale di chi muore,* In: Pinkus L, Filiberti A, eds. *La qualità della morte.* cit. 2002, p. 58-73.

[8] Sala G. *Morte ed eutanasia in medicina.* In: Cristini C, ed. V*ivere il morire*. cit. 2007, p. 251-78.

[9] Seale C, Addington-Hall J, McCarthy M. *Awareness of dying: prevalence, causes and consequences*. Soc Sci Med 1997;45:477-84.

[10] Tramma S. *Vivere il morire: il punto di vista pedagogico.* In: Cristini C, ed. *Vivere il morire.* cit. 2007, p. 65-76.

Tra paura e depressione: intrecci emotivo-relazionali nelle donne anziane

E. Bavazzano
Firenze

Premessa.

"La psicologia geriatrica nota come le persone anziane dedichino sempre più tempo a fare il proprio inventario, passare in rassegna la vita. (…) Via via che invecchiamo, c'è qualcosa dentro di noi che vuole ritornare in stanze lontane dagli specchi polverosi. Io penso che il carattere voglia cercare di capirsi, accrescere la propria capacità introspettiva e la propria intelligenza."

(Hillman J. La forza del carattere. 1999).

Solitamente per spiegare la vecchiaia ci rivolgiamo alle scienze mediche, ma, per comprenderla, forse abbiamo bisogno di qualcosa di più. "La vecchiaia è mediata dalle storie che si raccontano su essa"; è necessario "psicologizzare la vecchiaia, scoprire l'anima che ha dentro" (Hillman, 1999).

"Anima" insita dentro l'idea e il senso della vecchiaia è la paura, di fronte alla quale le possibilità di scelta che compaiono sulla scena sono principalmente due:

– la fuga dalle paure – preoccupazioni, insite nel comune vivere (ex farmaco);
– l'accoglienza delle paure – emozioni, messaggi che provengono da dentro di noi e dall'ambiente dove viviamo e un tempo abbiamo vissuto.

È attraverso l'analisi del carattere della persona che invecchia che possiamo esaminare quali siano realmente le possibilità di scelta della cura rispetto alla propria sofferenza (paura).

Mi interrogo, in questo mio intervento, in merito alle possibilità che trattamenti di natura psicologica-psicoterapica possano portare la persona anziana "impaurita" (non solo dal vivere ma anche dal tanto vicino approssimarsi al morire) a giovamenti significativi.

Le fasi deflessive delle persone che invecchiano: quali le cure.

"Guardarsi allo specchio è per tutti un'esperienza spaesante: massimamente durante l'adolescenza e l'invecchiamento. Ma, se nella giovinezza la quotidiana metamorfosi si accompagna ad una sensazione di potenza che corrisponde all'aprirsi al mondo di una vita, nell'invecchiamento guardarsi allo specchio diventa testimonianza di una frattura.

Quelle incancellabili tracce dell'invecchiare stanno lì, a significare un rapporto di estraneità tra l'io che vede un me che non si vorrebbe riconoscere; tra l'io che vede un me la cui proiezione nel mondo è difficile e la cui rappresentazione nel mondo è meno gradevole."

(Mistura S. Invecchiamento e vecchiaia. In: Spagnoli A., 1995).

È importante considerare che la persona che invecchia cresce attraverso molteplici esperienze, che sovente la conducono ad attraversare vere e proprie fasi deflessive nel tono dell'umore (sane quando gradualmente realizzi che le persone che prima le erano accanto se ne vanno – per decesso o per lutti parziali), o semplicemente periodi di preoccupazione – paura – ansia connesse a sintomi fisici (nonché psichici) che riguardino sé oppure l'altro.

La depressione, da un punto di vista psicodinamico, è infatti "movimento evolutivo" che occorre durante un periodo di crisi, suscettibile di:

– svilupparsi nel corso di uno scompenso in una personalità fragile;
– risolversi con la risoluzione del "conflitto" che l'ha originata.

Del resto l'isolamento affettivo dell'individuo che invecchia, insieme alla consapevolezza del tempo limitato che gli resta da vivere, della prossimità della morte, di limitazioni imposte dall'ambiente possono essere vissuti come ferita all'immagine narcisistica di sé (Simeone, 2001).

La vita stessa è un susseguirsi di acquisizioni e perdite. E, se le acquisizioni sono il corrispettivo di investimenti oggettuali, le perdite sono riconducibili a ferite narcisistiche. Ecco che la vecchiaia, quella psichica, insorge nel momento in cui avviene la rottura, talora causata da eventi banali, del bilancio tra acquisizioni e perdite ("una perdita di troppo"), con una conseguente impossibilità di integrare il dolore e andare avanti, rinnovando gli investimenti. La persona, invecchiando, non riesce più a percepirsi quale oggetto di desiderio, né ritrova oggetti di desiderio (Spagnoli, 1995).

In concomitanza ad un graduale procedere del Ciclo vitale, alla persona che invecchia vengono via via proposte cure che, come è noto ai più, se sul momento conducono ad un miglioramento a livello di singole patologie prese in carico, al contempo portano ad un presentarsi sempre più frequente di effetti collaterali che, nell'anziano fragile (con comorbilità fisiche, psicologiche e relazionali), rendono sempre più complessa la gestione delle cure medesime (senza dimenticarsi che la persona talora le tollera per compliance verso il medico prescrittore, talora le accetta consapevolmente).

Certa dell'importanza di una Integrazione tra cure di natura diversa tra loro, laddove mi interroghi anche in merito ai "costi" complessivi delle cure, nonché tenga bene a mente la multidimensionalità della persona (con i suoi bisogni bio-psico-sociali), vorrei proporre una possibilità di ascolto delle Paure della persona che invecchia quali espressioni di bisogni profondi del soggetto:

– bisogno di apertura a livello dell'"Ombra" (legittimando che la vecchiaia sia "grigia");
– bisogno di comprensione di sé nell'identificazione con un "Senex" autenticamente "Vecchio Saggio".

La "cura psichica" per le donne che invecchiano, attraversando fasi deflessive.

"È strano vagare nella nebbia! Isolata è ogni pietra, ogni cespuglio; non c'è albero che l'altro veda, tutti sono soli. Pieno di amici era il mio mondo quando chiara era la vita mia; adesso, che calata è la nebbia, non ne vedo più nemmeno uno. Certamente non può esser saggio chi non conosca le tenebre che, ineluttabili e lievi, da tutto separano. È strano vagare nella nebbia! La vita è solitudine. Non c'è uomo che l'altro conosca, tutti sono soli."

(Hesse H. Pellegrinaggio d'autunno. 1905).

Solo dando ascolto ai segnali-sintomi della persona che invecchia, non tanto come indicatori di patologia psico-fisica, quanto come modalità (sia pure di tono deflessivo) per uscire da Sé ed andare verso l'altro con la mano tesa in segno di aiuto, risulta possibile, a mio parere, comprendere quanto realmente possa essere di giovamento una cura di natura medica-farmacologica, anche insieme ad una cura psicologica-psicoterapica. Ed allora quale può essere la cura psichica per il soggetto che vive Paure proprie di chi sta invecchiando? Quale cura offriamo alla donna, che si trova, sovente più dell'uomo, sopravvivendo a lui, a rivedere ruoli e posizioni assunte, nel corso degli anni, davanti agli altri ed a se stessa? Se è vero che davanti alla perdita dell'oggetto (la persona amata) viene avviato il meccanismo del lutto, come può avere luogo una elaborazione che conduca ad una "ristrutturazione di personalità"? Nel lutto c'è un "lavoro da fare" (Simeone, 2001), un'elaborazione che consiste essenzialmente in quattro compiti:

– accettare la realtà della perdita;
– provare il dolore del lutto;
– adattarsi ad un ambiente deprivato della persona amata;
– spostare l'energia legata alla persona amata persa e investirla in altra relazione-situazione.

Ecco che quindi potremmo trovare due esempi di modalità di vivere il lutto-depressivo:

– Antonia è una donna, che forse per una difficoltà individuale, forse per mancate opportunità di visioni del mondo diverse rispetto a quelle di un regime patriarcale di vecchio stampo, non riesce a modificare la sua posizione di "vittima", attuando invero un meccanismo difensivo di spostamento proiettivo dal marito al figlio, per "affrontare" il cambiamento dovuto alla perdita del coniuge;
– Giovanna è una donna che, restando sola dopo il lutto, ritrova, forse trova per la prima volta nell'arco della sua vita, la fiamma interna per attivare alcuni cambiamenti di ruolo, di quella visione di sé interiormente diversa rispetto al proprio modello idealizzato di donna "Mater" (frutto di uno spostamento da sua madre a sé – figlia).

Due vignette cliniche esemplificano possibili modalità di attuazione delle proposte di lettura fin qui, in breve, anticipate; a queste seguono alcuni suggerimenti di intervento psicologico-psicoterapico, da effettuarsi principalmente a vantaggio della donna anziana, ancora lucida, cognitivamente sana, bisognosa dell'aiuto psichico che la sorregga nell'affrontare transizioni per lei ancora possibili nella sua ultima fase di vita, entrando nei suoi intrecci (intra- ed inter-psichici) emotivo-relazionali.

Considerazioni conclusive.

"CONTINUITÀ

Nulla mai viene veramente perduto, o può venir perduto, non nascita, identità, forma-oggetto veruno del mondo, non vita, non forza, né cosa alcuna visibile; le apparenze non devono ingannare, sfera mutata non deve confonderti il cervello. Vasti sono il Tempo e lo Spazio – vasti i campi della Natura. Il corpo torpido, vecchio, freddo – ceneri rimaste dai fuochi d'un tempo, la luce offuscata degli occhi tornerà a splendere: il sole ora basso a occidente rinnova perenne mattini, meriggi; alla zolla gelata ritorna perenne, invisibile, la legge della primavera, con erba, fiori, frutti estivi e grano."

(Whitman W. Foglie d'erba. 1950).

Principalmente a partire dagli intrecci emotivi interni a sé (nei ricordi del passato, in special modo, in connessione e continuità con l'oggi) e dai legami che uniscono (nel passato come nel presente), è importante porsi in atteggiamento di osservazione autentica, al fine di impostare programmazioni personalizzate di interventi che i singoli operatori coinvolti nella cura potranno mettere in atto con la finalità precipua di aiutare la donna che invecchia a fare i conti con le proprie paure – espressioni di sconcerto di fronte ai dolori che sono parte integrante del vivere, senza negarli, ma elaborandoli così da avviare quel doloroso processo di attraversamento delle fasi del Lutto, che deve essere affrontato, senza difese (quelle che paralizzano), con gli occhi aperti sulla realtà dei propri vissuti.

Bibliografia

Hesse H. (1905). *Eine Fussreise im Herbst.* (trad. it. Pellegrinaggio d'autunno. Roma: Newton Compton, 1992).

Hillman J. (1999). *The force of character and the lasting life (trad. it. La forza del carattere.* Milano: Adelphi, 2000).

Mistura S. *Invecchiamento e vecchiaia.* In: A. Spagnoli (1995).

Simeone I. *L'anziano e la depressione*. Roma: Casa Editricie Scientifica Internazionale, 2001.

Spagnoli A. *"… e divento sempre più vecchio"*. Jung, Freud. La psicologia del profondo e l'invecchiamento. Torino: Boringhieri, 1995.

Whitman W. (1950). *Leaves of Grass* (trad. it. Foglie d'erba. Torino, Einaudi, 1993).

TERZA SESSIONE

Moderatore: G. Zeloni (Firenze)

Significato di vita o attesa di morte nella prescrizione dell'ausilio nell'anziano disabile

G. Melli[1], V. Da Pieve[1 2]

[1] Istituto di Psicologia "Clinica Rocca", Stendoro, Milano, [2] Casa di Cura "Le Terrazze", Cunardo

Con questo lavoro ci proponiamo di rilevare quanto la prescrizione di un ausilio, nella vita di un anziano disabile, si ponga come oggetto transizionale che apre i più svariati scenari nel profondo e nell'inconscio del soggetto, portando, a volte, ad un vissuto involutivo di "morte psicologica", a volte, ad uno evolutivo di speranza futura, altre volte ad una completa dipendenza dall'oggetto inanimato.

Siamo partiti dall'idea che le relazioni esistenti fra la dimensione quotidiana della disabilità del paziente anziano e la risposta dell'ambiente richiedano, necessariamente, dei presupposti teorici e pratici

per un adeguato intervento riabilitativo nella prescrizione di ausili il più possibile aderenti alle reali necessità.
Il progetto riabilitativo sul paziente anziano, qualsiasi siano le condizioni patologiche di base, deve considerare, fra i principali obiettivi, il perseguimento della migliore qualità di vita: ogni azione intrapresa con intenzionalità riabilitativa, quindi, deve ristabilire, là dove sia possibile, o adattare al meglio il rapporto dinamico fra soggetto e contesto nel quale vive.
Di qui si deduce come lo sforzo non possa essere riconducibile unicamente al medico o ai medici, che si occupano degli aspetti funzionali ed organici della disabilità del soggetto o della situazione che ha generato tale condizione, ma ad un'équipe intera, che adotti il progetto riabilitativo ed educativo, operato sul paziente, alla eterogeneità di parametri clinici, riabilitativi, psicologici e sociali. Il modello di riferimento dev'essere in grado di convogliare tutti gli indicatori in un paradigma universalistico (che in realtà siamo ancora lontani dal possedere).
La finalità dell'intervento riabilitativo è permettere il raggiungimento di un rapporto il più possibile ottimale fra capacità di autonomia residua del soggetto, potenzialità espresse o da consolidare, progetto di vita del soggetto e del suo gruppo familiare; risulta fondamentale in merito alla prescrizione dell'ausilio, sia esso di semplice o complessa fattura, la valutazione complessiva di ciò che si può sinteticamente definire come "modificabilità ambientale", intendendo per "ambiente" non solo luogo, con le sue connotazioni fisiche e sociali, ma, più profondamente, dove si sviluppano la personalità e i comportamenti dell'individuo.
Rocca e Stendoro, nel loro libro "L'Immaginario teatro delle nostre emozioni" (2001), scrivono: "L'uomo non può esistere senza il suo ambiente sociale: l'uomo è la sommatoria delle interazioni reciproche che si stabiliscono fra sé e gli esseri umani [...] anche l'Io dell'uomo maturo è comunque formato da una presa di coscienza sociale riflessa. Ma spesso, nel relazionarsi con il mondo, l'opinione degli altri non coincide con lo stato emotivo del proprio Io: così si possono sviluppare le interrelazioni emotivo-affettive deformate che coinvolgono l'uomo negativamente".
Questa prospettiva presuppone un'accezione ampia della valutazione necessaria per la prescrizione di un ausilio, in quanto esso va a modificare le sinergie ambientali riferibili agli aspetti di ordine spaziale e temporale, oltre che, inevitabilmente, di ordine psichico, cioè legati all'immagine che il soggetto ha di sé e alla relazione con oggetti e altri soggetti.
È implicito, quindi, che l'uso di orientamenti valutativi considerati singolarmente appaia limitante; è necessario considerare per i nostri scopi, un modello multivariato che prende corpo dal gioco delle interazioni fra i tre ordini di fattori: indicatori oggettivistici, indicatori legati al grado di integrazione sociale e indicatori soggettivistici; questi ultimi vanno a costruire, insieme alla definizione della situazione, gli indicatori di stato e di qualità sulla valutazione della modificabilità ambientale.
Un concetto che molti autori utilizzano per sottolineare le funzioni stabilizzatrici dello spazio per il mondo sociale è quello di "luogo".
Il "luogo" è lo spazio di piccole dimensioni, di entità unica, con un contenuto profondo e significativo che va oltre l'esperienza diretta e contingente, produce affezione, memoria, emozione estetica in colui che lo designa come tale; gli spazi di vita diventano luoghi, il luogo differenzia le nostre azioni e trasforma in simboli culturali, per esemplificare la casa intesa come "dimora".
In questo senso l'ausilio è interpretabile come "estensione, pelle o confine del corpo", permette l'accesso ai "luoghi", esso stesso tuttavia è "luogo" con tutte le connotazioni affettive e simboliche che ne conseguono.
Il "luogo" esprime, quindi, la potenzialità dell'agire – vivere si embrica con il "luogo" interno del vivere e del ricordare.
L'essere "luogo" presume l'esistenza di "non luogo", inteso come spazio non contraddistinto, senza le caratteristiche stabilizzatrici sopra citate: ne sono esempi le sale di attesa nelle stazioni, i luoghi informali e standardizzati, non riconosciuti, possiamo aggiungere certe corsie di reparti ospedalieri; nella nostra esperienza di riabilitatori il "non luogo" è anche uno spazio che non si può fruire, di cui non si può avere diretta esperienza, ricordo, relazione, ciò che ostacola: in sintesi è "barriera".
Da queste premesse si può individuare la complessità ed il significato profondo che ha il lavoro riabilitativo svolto nella "semplice" prescrizione di un ausilio verso il paziente anziano disabile.
L'ausilio quindi deve essere interpretato come ambiente che espande il proprio spazio corporeo e costituisce un potenziale aiuto alla comunicazione, presenta contenuti di rifugio, ampiezza ideale, posizione, condizioni fisiche e di igiene e possibilità interazione con il mondo in contenuti determinati culturalmente ed affettivamente.
Proprio per indagare, esplorare i vissuti degli anziani disabili a cui viene prescritto un ausilio a seguito di eventi più o meno traumatici (eventi, comunque, che modificano il processo di vita di un soggetto, caratterizzato già, per età e natura, da una miriade di cambiamenti, di adattamenti a nuove condizioni, nuove potenzialità, ma anche paure, lutti, abbandoni, perdite) abbiamo svolto due colloqui con un piccolo gruppo di pazienti (escludendo, naturalmente soggetti con deterioramento cognitivo o con patologie psichiatriche significative), concentrandosi sulle loro "narrazioni" dell'evento, sul loro significato interno di evento disabilitante, della loro disabilità e dei loro vissuti rispetto all'ausilio.
Binswanger nel 1979 dice: "L'uomo è una totalità composta di mente e di corpo, il corpo occupa uno spazio; studiando lo spazio si può comprendere anche il corpo che ha bisogno di comunicare con la mente e con il fuori di sé [...] la psicologia non ha mai a che fare con un soggetto privo del suo mondo, perché un simile soggetto non sarebbe altro che un oggetto".
Sempre all'interno di questi incontri, attraverso un'attenzione fluttuante, abbiamo cercato di cogliere la rappresentazione psichica del loro problema fisico, il corpo immaginato (R. Rocca e G. Stendoro, 2005: "Il corpo immaginato rappresenta uno dei luoghi principali in cui la persona, di tutte le età, mette in scena le vicende alterne del proprio sentimento d'identità ..."), l'Io-corpo e la distanza spaziale tenuta dall'anziano nel dialogo, incontro con noi: "il tratto di distanza personale che separa un individuo da altri individui o oggetti, è regolato, predisposto gerarchicamente dalla presenza di fantasmi di fuga – pericolosità – angoscia o di avvicinamento – intimità – piacevolezza propri di ogni essere" (Rocca e Stendoro, 2005).

Ci sembra, quindi, necessario nella prospettiva di un incontro autentico con l'Altro, tenere conto del significato simbolico della situazione spaziale che il paziente assume consciamente o inconsciamente per sé nel dialogo-incontro e il nostro corpo-spazio-apertura.
Da questo, se pur esiguo, numero di colloqui abbiamo cercato di trarre alcuni spunti riflessivi sia rispetto ai vissuti ed all'immaginario dei soggetti riguardo alla prescrizione dell'ausilio, sia rispetto ad un modello di intervento idoneo alla presa in carico di questi stessi soggetti durante e dopo la prescrizione stessa.

Bibliografia

Ammaniti M, Stern D. *Attaccamento e psicoanalisi.* Roma: Laterza 2003.

Binswanger L. *Essere nel mondo.* Roma: Astrolabio 1979.

Bronfenbrenner U. E*cologia dello sviluppo umano.* Bologna: Il Mulino 2002.

Herzlich C, Philippe A. *Sociologia della malattia e della medicina.* Milano: Franco Angeli 1999.

Liverta Sempio O, Marchetti A. (a cura di), *Il Pensiero dell'altro. Contesto, conoscenza e teorie della mente.* Milano: Ed. Raffaello Cortina Editore 1995.

Rocca R, Stendoro G. *L'immaginario teatro delle nostre emozioni.* Bologna: Ed. Clueb 2001.

Rocca R, Stendoro G. *Psicosomatica, una risposta dall'Immaginario.* Roma: Armando Editore 2005.

Tacchi EM. *L'anziano e la sua casa.* Milano: Franco Angeli 1995.

Troppo futuro: siamo pronti a gestire le nuove fasi che si aggiungono alla vita?

S. Lera

"Fondazione Don C. Gnocchi" Onlus-Centro IRCCS, Pozzolatico, Fac. di Psicologia Università di Firenze

Il marcato invecchiamento della popolazione si configura come uno dei maggiori progressi e al tempo stesso come problema per eccellenza delle società moderne.
Si sostiene ormai una ripartizione dell'invecchiamento in demografico, biologico e sociale, a causa
di un crescente gap tra la vecchiaia biologica e quella sociale e ciò prevede la necessità di una revisione, non solo demografica, ma anche sociale, politica ed economica, della soglia di accesso alla classe degli anziani (Cagiano de Azevedo, 2004).
Infatti come sostengono Lewontin e Levins (1978) l'evoluzione non è né un fatto né una realtà, ma solo un modo di organizzare la conoscenza del mondo.
Oggi sembra affermarsi con sempre maggiore intensità il paradigma di vecchiaia di successo (Successfull ageing), che prevede un'efficace antagonizzazione dei fattori di rischio per l'insorgenza della malattia, un livello di salute percepito soddisfacente e alti gradi di autonomia fisica e psicologica. Al modello biomedico sembra sempre più affiancarsi il modello psicologico-esistenziale che prevede la possibilità di sperimentare ancora la capacità di gioire, in equilibrio tra il desiderare e l'accettare di potere appagare desideri in forma ridotta.
In fondo si suggerisce una visione del mondo "pacificata", un senso di dignità ed apprezzamento personale della propria vita, inclusa l'accettazione della propria mortalità.
In accordo con Tramma (2000), la persona che invecchia "si renderà conto che la sua terza età è tutta da inventare, da costruire, da immaginare, proverà cioè l'esile e gravoso piacere della libertà in una via nella quale non si contemplano patetici e inutili consigli su come invecchiare bene, né discutibili inviti a pensarsi saggi e rassegnati.
In accordo con Galimberti, se il fine di invecchiare fosse quello di morire, avrebbe ragione Montanelli: una bella eutanasia al momento giusto come gesto di restituzione della dignità dell'individuo nei confronti delle indifferenti leggi di natura. Ma Hillman … giustamente sostiene che il fine di invecchiare non è quello di morire, ma di svelare il nostro carattere che ha bisogno di una lunga gestazione per apparire, a noi stessi prima che agli altri.
Con queste premesse la mia relazione cercherà di indagare quelle dimensioni di libertà, creatività, inventività, indispensabili per la vecchiaia più che per ogni altra età.

Bibliografia

Galimberti U. *La lunga durata: che cosa significa invecchiare*. In: La Repubblica 6 gennaio 2001.

Cagiano de Azevedo R, (a cura di). *The european welfare in a counterageing society*. Roma: Ed. Kappa 2004.

Lewontin RC, Levins R. Evoluzione. In: *Enciclopedia.* Torino: Einaudi 1978.

Galimberti U. *La lunga durata: che cosa significa invecchiare.* In: La Repubblica 6 gennaio 2001.

Tramma S. *Inventare la vecchiaia.* Roma: Meltemi 2000, p. 113.

La capacità conversazionale, risorsa e strumento nella coppia caregiver-paziente

L. Borgia, L.A. Nava

A.M.A.P. Associazione Malattia D'Alzheimer Padova in collaborazione con C.S.V. Provincia di PD

Scopo. Il Conversazionalismo distingue nell'attività del linguaggio, due funzioni autonome: la funzione comunicativa e la funzione conversazionale. Nell'Alzheimer fin dalle prime fasi della malattia la funzione comunicativa si frammenta, al contrario la funzione conversazionale, fino a fasi molto avanzate, si mantiene intatta, con la possibilità per il paziente di intrattenere conversazioni, in cui le regole della cortesia conversazionale siano facilmente osservate [1]. La possibilità più importante che il Conversazionalismo ci propone, è quella di considerare il malato di Alzheimer come "conversante" a pieno titolo, e di individuare nelle sue parole delle linee di senso non immediatamente evidenti che, se colte e restituite al paziente (nella forma della restituzione del "motivo narrativo") permettono di "accompagnarlo nel suo mondo possibile" [2]. Lo scopo di questo lavoro è quello di ristabilire una relazione comunicativa tra la paziente e chi se ne prende cura, dove malattia e razionalità si possano amalgamare lasciando spazio a un contatto più emotivo e più possibile. L'intervento si è svolto con la paziente attraverso un ciclo di colloqui basati sulla tecnica conversazionale e parallelamente con i caregivers attraverso il sostegno psicologico, la formazione e l'addestramento all'approccio conversazionale.

Materiali e metodi. L'intervento ha interessato una signora di 72 anni con diagnosi di A.D. da cinque anni e la coppia di caregivers, figlia e genero che se ne prende cura. La paziente è stata sottoposta a valutazione neuropsicologica pre e post trattamento (Esame Neuropsicologico Breve, MMSE T0 19,03 T1 16,03) dalla quale è emerso un peggioramento nelle prestazioni delle diverse abilità, soprattutto a carico della memoria episodica e di lavoro, è preservata la comprensione del linguaggio mentre la capacità di produzione linguistica seppure alterata al confronto con la prima valutazione appare meno compromessa rispetto al quadro generale. I colloqui conversazionali con la psicologa sono stati audioregistrati e successivamente trascritti parola per parola ai fini dell'analisi degli indicatori testuali. Il bisogno espresso dai caregivers di essere informati sulla malattia e aiutati a comprenderla nelle sue diverse manifestazioni, di essere sostenuti psicologicamente e soprattutto di essere aiutati a ristabilire una nuova relazione comunicativa ed emotiva con la paziente, ci ha portato a strutturare l'intervento attraverso le seguenti fasi: colloqui di sostegno, inserimento nei gruppi psicoeducazionali e addestramento alla tecnica conversazionale.

Per valutare il carico di stress dovuto all'assistenza ai caregivers è stato somministrato il *Caregiver Burder Inventory.*

Risultati. I colloqui conversazionali con la signora hanno portato ad un miglioramento di alcuni indicatori conversazionali. Dall'analisi dei testi si evidenzia un aumento progressivo della durata dei colloqui, cosi come un numero maggiore di parole e di turni verbali. Risultati che si sono tradotti in una variazione positiva del Tasso dei Nomi (T0 7%, T1 11%) e dell'Indice di Riferimento (T0 0,49 T1 0,93). I risultati al *Caregiver Burder Inventory* in merito al lavoro svolto con i caregivers evidenziano una diminuzione del carico assistenziale percepito (T0 49/96 T0 58/96; T1 42/96 T1 53/96).

Conclusione. La conversazione da prima più incoerente, ripetitiva ed interrotta, povera di parole (onomapenia), diventa con l'applicazione della tecnica conversazionale più fluida, si registra un maggior utilizzo di nomi. L'esperienza di una conversazione felice, una situazione in cui il paziente non viene giudicato, non viene corretto, non viene interrotto, non si sente inadeguato, è un'esperienza che sembra creare uno stato di grazia nel paziente e che lascia una traccia profonda positiva e durevole [3]. Nella nostra esperienza abbiamo potuto notare come l'approccio conversazionale e le attività di sostegno e psicoeducazionali rivolte ai caregivers abbiano mitigato l'impatto negativo del loro comunicare. L'intervento ha permesso di ritrovare alla pz. un senso di libertà comunicativa, pur negli evidenti limiti cognitivi e, all'intera famiglia la possibilità di ricreare una nuova sintonia nella relazione che la malattia aveva interrotto.

Bibliografia

1 Liscio MR, Cavallo MC. *La comunicazione non verbale nel malato di Alzheimer.* Milano: McGraw-Hill 1999.

2 Lai G. *Cambiamenti nella teoria della conversazione e cambiamenti nella relazione con i pazienti Alzheimer.* Psicoterapia e Scienze Umane 2001;2:56-68.

3 Vigorelli P. *La conversazione possibile con il malato Alzheimer.* Milano:Franco Angeli 2004.

Terapia psicologica risocializzante in gruppo: l'esperienza con pazienti geriatrici in lungodegenza

F. Pecci

Unità Psicologica Casa di Cura Nepi (VT)

Scopo. La psicoterapia e la psicologia applicata agli anziani e ai grandi anziani è stata per lungo tempo trascurata; esistevano infatti seri dubbi sulle potenzialità di qualunque trattamento psicologico, in termini di incisività e di efficacia, di agire su persone di età avanzata. Attualmente, però, comincia ad esserci accordo sul fatto che i disturbi psichici delle persone anziane non si distinguano particolarmente da quelli delle persone più giovani, ne per le cause, che per i sintomi e come non sia vero che alle persone anziane manchi la capacità di riflettere e di ragionare criticamente sulla propria esistenza. In particolare, l'approccio gruppale ha acquistato molta importanza nel trattamento di numerosi disturbi psichici e nella gestione del passaggio all'istituzionalizzazione del soggetto anziano.

Lo scopo di questo lavoro è presentare il Gruppo di Risocializzazione psicologica, nelle sue caratteristiche strutturali e in quelli che sono gli scopi clinici che si prefigge. L'obiettivo fondamentale dell'intervento è: favorire e stimolare l'aspetto della socializzazione in gruppo, contrastare e limitare la tendenza dell'anziano all'isolamento, attivare il soggetto attraverso gli interessi per gli stimoli ambientali, potenziare le sue abilità sociali e di relazione, contribuire a migliorare e regolarizzare il tono dell'umore dell'anziano. Questa tecnica è particolarmente indicata per coloro che risiedono in strutture geriatriche e che manifestano sintomi depressivi e deficit cognitivi lievi, ma che sono in grado di affrontare agevolmente una conversazione.

Materiali e metodi. Gli incontri di gruppo si tengono con costanza da due anni presso la Casa di Cura "Nepi", due volte a settimana per la durata di un'ora ciascuno e sono condotti dalla psicologa; si rivolgono ad un gruppo aperto, che oscilla di volta in volta dalle 10 alle 15 persone. Per la loro realizzazione, viene utilizzato un approccio integrato, che prende ispirazione dalla Terapia di Reminescenza di Butler [1], in cui gli eventi del passato, soprattutto quelli positivi, vengono rievocati per stimolare le risorse mestiche residue e per recuperare il ricordo di esperienze piacevoli, cosi da agire positivamente sul tono dell'umore e sull'autostima. Inoltre, l'intervento di Risocializzazione si avvale del contributo della terapia di Rimotivazione di Weiner et al. [2], ovvero una tecnica strutturata in cui si discute in gruppo di temi di attualità, con lo scopo di riattivare nel paziente anziano gli interessi per gli stimoli ambientali e, basandosi sul "qui ed ora", aiutarlo a migliorare le sue abilità sociali e di relazione.

Inoltre, l'intervento di gruppo cerca di fornire ai pazienti dei modelli per incoraggiare lo sviluppo personale, l'elaborazione emotiva e l'autosservazione; lavora con tutti i membri del gruppo, affinché, di volta in volta, ognuno di essi possa cercare ed esporre la soluzione ad uno o più problemi che quotidianamente si presentano; contribuisce ad esporre l'anziano a nuove stimolazioni sociali, così da favorire la verbalizzazione delle emozioni e la meta-riflessione. Durante gli incontri, è possibile avvalersi di materiali di supporto, quali fotografie, quotidiani, riviste, supporti audio e cinevisivi, ovvero di quanto contribuisca a stimolare cognitivamente i soggetti, a tenere vigile la loro attenzione e il coinvolgimento emotivo.

Risultati. Per valutare l'efficacia dell'interevento, al termine del secondo anno di attività è stato somministrato all'interno del reparto un questionario creato ad hoc ed indirizzato sia al personale medico, che infermieristico, con lo scopo di valutare una serie di variabili (andamento della sintomatologia medica, tono dell'umore e comportamento, compliance al trattamento farmacologico, socializzazione, comunicazione, autonomia ed attività), come indicatori dell'efficacia dell'intervento di Risocializzazione sui pazienti partecipanti, rispetto a quelli che non partecipano abitualmente o assiduamente al gruppo.
Dall'analisi delle valutazioni, è emerso come il gruppo, nella sua dimensione socializzante, di scambio e di confronto, rappresenti un valido sostegno per controbilanciare i vissuti di solitudine e di depressione, spesso legati alla stessa condizione di anzianità e di istituzionalizzazione e come l'anziano, potendosi confrontare con altre persone che presentano problemi simili ai suoi e vissuti analoghi, ridimensioni la sensazione di sentirsi incompreso o isolato e riesca cosi a "decentrarsi", a favore dell'acquisizione di pensieri alternativi.
Conclusione. Possiamo dire che l'importanza dell'attuazione di un interevento psicologico Risocializzante in gruppo è legato al fatto che l'invecchiamento è da considerarsi come l'espressione di una interazione fra la persona e il contesto in cui vive: vi è cioè una interdipendenza fra abilità fisiche, cognitive, affettive e risorse sociali, contesto e supporti. La complessità dell'invecchiamento è data proprio dal fatto che, oltre cha dalle determinanti biologiche, dipende anche da quelle eco-psicologiche, quali l'ambiente, le relazioni sociali, il livello di attività, elementi che sono ritenuti fondamentali per la qualità della vita e per la soddisfazione autoriferita.

Bibliografia

1 Butler RN. *The Life Review: an Interpretation of Reminescenze in the Aged.* Psychiatry 1963;26:65-76.

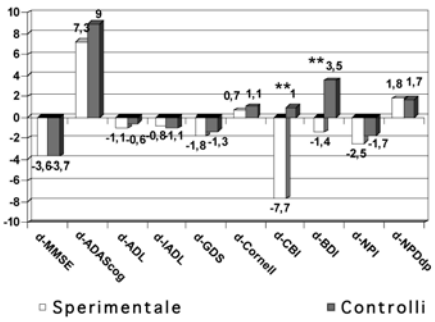
2 Weiner MA, Brock A, Snowdosky A. *Working with the Aged.* New York:Appleton-Century-Croft 1987.

Prevenzione del caregiver burden: effetto di un intervento psicologico di gruppo rivolto ai familiari di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer

S. Sampietro, A. Coin, L. Borgia*, A. Girardi, M. Najjar, G. Orrù, S. Catanzaro, S. Sarti, E.M. Inelmen, E. Ruggiero, G. Enzi

*Clinica Geriatrica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova; *Associazione Malattia di Alzheimer Padova*

Scopo. Scopo del nostro lavoro è indagare gli effetti sul carico assistenziale percepito, di un percorso psico-educazionale e di sostegno psicologico in gruppo, rivolto ai familiari caregiver di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer. Si è voluto inoltre valutare se l'intervento sui familiari contribuisca alla riduzione dei disturbi cognitivi e comportamentali nel paziente affetto da Malattia di Alzheimer.
Materiali e metodi. È stato effettuato un confronto tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo, entrambi valutati al tempo zero e a 12 mesi di distanza (tempo 1). Il gruppo sperimentale è costituito da 14 caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer che si sono rivolti all'Associazione Malattia di Alzheimer di Padova, e che hanno partecipato ad un percorso psico-educazionale per la gestione del familiare malato e di sostegno psicologico in gruppo. Il gruppo di controllo è costituito da 14 caregiver di pazienti affetti da Malattia di Alzheimer che non hanno intrapreso alcun tipo di percorso psicologico, reclutati tra i soggetti afferenti all'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) della Clinica Geriatria, presso l'Ospedale di Padova. Ogni gruppo è formato da coppie paziente-caregiver principale. Al caregiver sono stati somministrati: il CBI *(Caregiver Burden Inventory)*, il BDI *(Beck Depression Inventory)* e l'NPI-dp *(NeuroPsychitric Inventory Caregiver Distress Scale)*. Al paziente sono stati somministrati: il MMSE *(Mini Mental State Examination)* e l'ADAS-cog *(Alzheimer's Disease Assessment Scale)*, ADL (B*asic Activity of Daily Living*) e IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*), la GDS (*Geriatric Depression Scale*) e la Scala Cornell per la Depressione, l'NPI (*NeuroPsychitric Inventory*). L'analisi statistica dei dati è stata condotta mediante il software SPSS per Windows, versione 15.0.



Risultati: Per quanto riguarda il CBI, emergono differenze significative tra i due gruppi, tra il tempo 0 e il tempo 1; nel gruppo sperimentale, infatti, il carico evolutivo (GS =-0,8 ± 2,3 *vs.* GC=1,5 ± 2,9, $p < 0,05$) fisico (GS = -3,4 ± 3,7 *vs.* GC = 0,7 ± 1,5 $p < 0,01$) ed emotivo (GS = -1,5 ± 2,4 vs. GC = 0,3 ± 1,7 $p < 0,05$) si sono ridotti (Fig. 1). Il punteggio totale del BDI aumenta significativamente nel gruppo di controllo, dal tempo 0 al tempo 1 (GS = -1,4 ± 4,5 *vs.* GC = 3,5 ± 2,3 $p < 0,01$). Relativamente ai disturbi comportamentali, dal tempo 0 al tempo 1, si rileva un aumento dell'attività motoria aberrante nel gruppo di controllo (GS = -1,7 ± 3,1 *vs.* GC = 0,2 ± 1,3 $p < 0,05$).
Conclusione. I nostri risultati, in accordo con precedenti ricerche [1] indicano che intraprendere un percorso psicoeducazionale e di sostegno psicologico in gruppo riduce il livello del carico percepito dal caregiver, in particolare il carico evolutivo, il carico fisico e quello emotivo. Lo stato depressivo dei caregiver e i disturbi comportamentali nei pazienti del gruppo di controllo aumentano, mentre nel gruppo sperimentale viene mantenuta una condizione di stabilità, rispetto a questi due livelli. Esistono studi che dimostrano una riduzione della depressione nei caregiver [2] e dei disturbi comportamentali nei pazienti, in seguito ad un intervento di sostegno psicologico con i caregiver [3 4].

Bibliografia

1 Schulz R, Martire LM. *Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies.* Am J Geriatr Psychiatry 2004;12:240-9.

2 Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, et al. *Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: The REACH multisite initiative at 6-month follow-up.* Psychology and Aging 2003;18:361-74.

3 Nobili A, Riva E, Tettamanti M, et al. *The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors: A randomized controlled pilot study.* Alzheimer Disease and Associated Disorders 2004;18:75-82.

4 Dröes RM, Breebaart E, Meiland FJM, et al *Effect of Meeting Centres Support Program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia.* Aging and Mental Health 2004;8:201-11.

3° Corso per Assistenti Sociali

L'Assistente Sociale a servizio delle persone anziane: metodi e strumenti per l'ascolto, la valutazione, la presa in carico integrata

Giovedì, 27 novembre 2008

PRIMA SESSIONE

Efficacia e costi delle cure domiciliari basate su progetti personalizzati

T. Vecchiato

Il problema. Le persone anziane che ricevono risposte a domicilio sono aumentate negli ultimi anni passando dal 18,6 anziani del 2000 al 29,4 per 1000 anziani nel 2005, con una previsione di arrivare a 35,0 per 1.000 anziani nel 2013. Le differenze regionali (Fig. 1) si caratterizzano per una sostanziale difficoltà a garantire equità e giustizia distributiva nelle risposte di welfare.

Il finanziamento dell'assistenza domiciliare integrata per le persone non autosufficienti dipende da tre fonti: la spesa sanitaria, quella sociale e quella delle persone e/o delle famiglie a titolo di compartecipazione ai costi dei servizi.

La componente di spesa sociale è meno conosciuta. Nel 2004 è stata di circa 1 miliardo e 304 milioni di euro, così ripartiti: 76.849.111 euro per l'accesso, 540.862.461 per le risposte domiciliari, 182.388.872 per quelle intermedie e diurne, 483.376.727 per quelle residenziali, 20.260.890 per la voce "altra assistenza".

Nella successiva tabella (Tab. I), il quadro nazionale e regionale della spesa sociale è articolato su base pro-capite per meglio evidenziare le differenze.

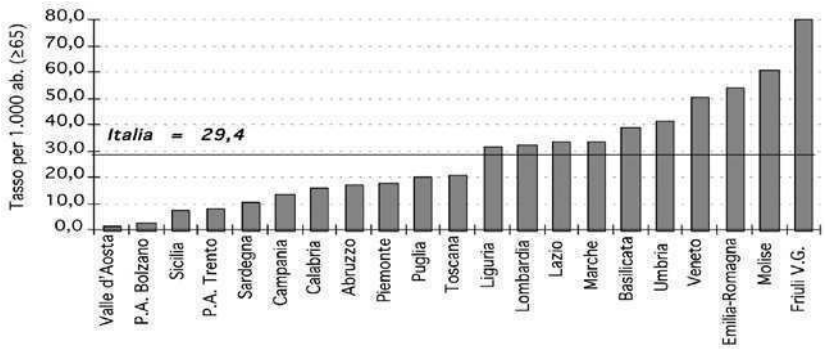


Fig. 1. Persone trattate in Adi per 1.000 ab. (≥ 65), nell'anno 2005

Fonte: elaborazione Fondazione Zancan su dati Ministero Salute.

Tab. I. Spesa per servizi sociali alle persone anziane, 2004, valori pro capite in euro.

	Accesso	Domiciliare	Intermedio	Residenziale	Altro	Totale
Piemonte	3,36	11,07	1,27	11,97	0,36	28,03
Valle d'Aosta	0,00	59,41	16,58	118,34	22,83	217,15
Lombardia	1,65	10,80	4,84	10,52	0,69	28,50
PA Bolzano	1,37	24,80	37,63	42,16	1,05	107,02
PA Trento	2,75	37,40	9,27	8,24	0,86	58,53
Veneto	1,76	14,16	2,21	8,37	0,28	26,78
Friuli V. G.	2,67	14,61	2,99	21,57	0,65	42,49
Liguria	4,45	10,93	1,85	11,34	0,20	28,77
Emilia-Romagna	1,74	13,79	4,85	11,39	0,50	32,27
Toscana	0,91	9,00	3,62	17,17	0,19	30,89
Umbria	0,56	6,27	1,69	6,53	0,33	15,38
Marche	0,55	5,54	2,59	7,23	0,29	16,21
Lazio	0,49	7,66	3,80	4,93	0,10	16,98
Abruzzo	0,31	8,28	2,51	2,12	0,13	13,36
Molise	0,61	8,51	2,35	0,56	0,30	12,34
Campania	0,54	4,03	1,47	1,54	0,09	7,67
Puglia	0,43	3,44	1,41	2,17	0,10	7,56
Basilicata	0,60	3,47	0,69	4,17	0,04	8,97
Calabria	0,18	1,34	0,64	0,76	0,03	2,96
Sicilia	0,75	7,37	1,67	4,88	0,12	14,79
Sardegna	1,43	11,44	2,46	7,59	0,16	23,08
Italia	**1,32**	**9,30**	**3,14**	**8,31**	**0,35**	**22,41**

Elaborazione Fondazione Zancan su dati Istat.

La spesa sociale per interventi a domicilio (9,30 euro procapite) non è superiore a quella residenziale (8,31 euro), a cui va aggiunto un valore pari ad almeno il 50% della spesa totale (di 22,41 euro) in termini di concorso di spesa privata per rette.
La ragioneria generale dello stato, a partire dai dati del 2005, stima una spesa complessiva per assistenza sociosanitaria alle persone con 65 anni e oltre pari a 1,13 punti di Pil (Fig. 2). Essa si articola in: spesa sanitaria (0,50), spesa per indennità di accompagnamento (0,51) e per altre risposte (0,12). Se consideriamo lo stesso volume distinto per macrofunzioni il risultato è: 0,29 di Pil per cure domiciliari, 0,32 per cure residenziali, 0,52 per trasferimenti monetari.

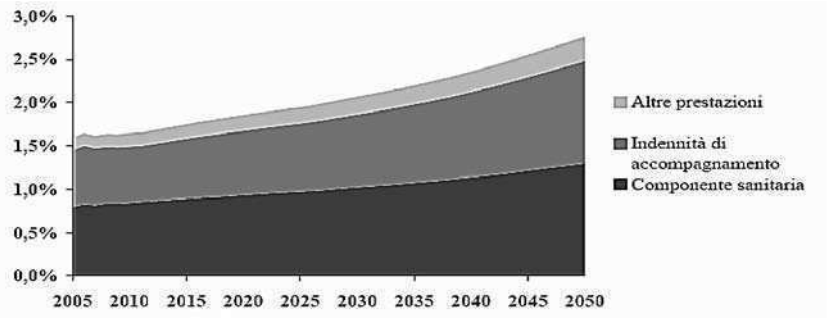


Fig. 2. Proiezioni spesa pubblica per le cure di lungo periodo alle persone ≥ 65 non autosufficienti, 2005-2050 in Pil

Fonte: Ragioneria generale dello stato, 2007

La proiezione non ci consegna un futuro ingovernabile, pur sapendo che una criticità rilevante è soprattutto il peso dei trasferimenti monetari (erogati in forma di indennità di accompagnamento) che vale quanto la spesa sanitaria per gli stessi servizi.
Come sappiamo, il rendimento della spesa sanitaria è dato dalla totale trasformazione in servizi, mentre la spesa per indennità ha un rendimento molto basso e non contribuisce significativamente a ridurre il tasso di povertà di una parte dei beneficiari.

Ragioni per investire nelle cure domiciliari integrate. Come sappiamo, gli interventi domiciliari, insieme con quelli erogati in regime diurno, concorrono a promuovere la permanenza a casa delle persone non autosufficienti, garantendo loro una migliore condizione di vita. Agiscono sui bisogni di rilevanza clinica e sociale, sostengono e allargano lo spazio di vita della persona e le capacità di cura dei familiari, coinvolgendo quanti si rendono disponibili (a titolo di parentela, vicinato, volontariato).
L'incontro terapeutico diventa così una soluzione tecnica per operare dalla casa alla comunità e viceversa, facendo leva sulla presa in carico professionale, familiare e comunitaria. Infatti, l'aiuto personalizzato va oltre il lavoro per prestazioni e rende possibile la presa in carico del bisogno con la persona e la famiglia e ha soprattutto maggiore probabilità di efficacia.
In particolare le cure domiciliari diventano più efficaci quando si passa dalla presa in carico "*per prestazioni*" alla presa in carico "*per progetti personalizzati*". Con questa ipotesi abbiamo sperimentato *soluzioni tecniche e metodologiche* per l'analisi globale dei bisogni, la formulazione dei piani personalizzati di cura, la valutazione di efficacia (Pompei et al., 2004; Pompei et al., 2005; Vergani et al., 2004; Vecchiato, 2007b; Zeira et al., 2008; Vecchiato, Mazzini, 2008).

Consideriamo due studi sperimentali. Un primo studio basato sulla metodologia S-P [1] (Fig. 3) ha considerato gli indici di efficacia di un nuovo protocollo "Malattia terminale". Sono stati arruolati 61 casi da sei unità operative di altrettante regioni (Assr e altri, in corso di stampa).
La maggior parte dei casi presentava una compromissione grave nel settore funzionale organico (56,7%) e una compromissione meno significativa in quello cognitivo comportamentale (26,7%) e socioambientale e relazionale (16,7%).
Misure di outcome sono state ottenute confrontando la condizione media dei casi a T_0 e T_1. Si è osservato un miglioramento con ICA, SR e LPSV, tutti e tre afferenti al settore socioambientale relazionale. Nel contempo si è osservata una riduzione dei vettori BADL, BI, e CIRS. Il profilo a T_1 risultava sostanzialmente traslato nell'asse orizzontale verso sinistra, con un risultato importante: i peggioramenti del settore funzionale organico sono stati compensati da parametri positivi nel settore socioambientale e relazionale, grazie al maggiore sostegno dato alla - e dalla - famiglia e dalla rete solidale.

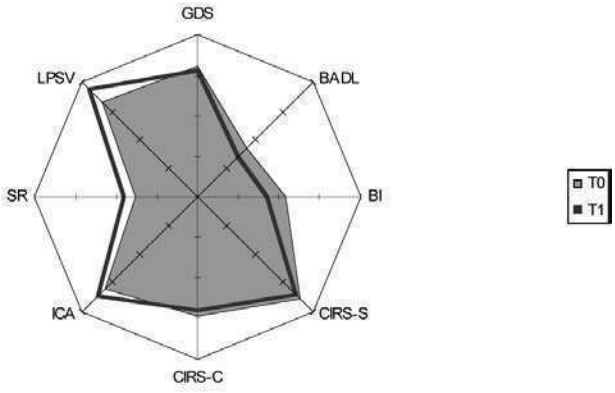


Fig. 3. Confronto della condizione dei casi a T_0 e T_1 (per 59 su 61 persone arruolate).

[1] La metodologia S-P realizzata dalla Fondazione Emanuela Zancan onlus nell'ambito delle sue attività di ricerca è stata sperimentata nell'ambito di progetti di ricerca sanitaria ex art. 12 in diverse regioni italiane, Si basa su una strategia valutativa unitaria, con diversi contenuti di osservazione e decisione clinica da parte dei professionisti impegnati nella presa in carico della persona. I valori rappresentati nello schema polare facilitano una valutazione globale dei bisogni e la conoscenza dei cambiamenti ottenuti, facilitando la valutazione di efficacia. Di conseguenza, qualificano le scelte professionali, il confronto tra problemi e risultati attesi, la misurazione di ciò che è stato raggiunto, con quali risorse e responsabilità, con quali indici di efficacia. Le sperimentazioni e lo sviluppo del progetto S-P (e del relativo software) sono state realizzate in Campania, Toscana, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Abruzzo, Veneto, Sardegna, Emilia Romagna, Provincia Autonoma di Trento, Lombardia.

Trattandosi di patologia ad esito infausto, gli indici di miglioramento hanno compensato significativamente il decorso della malattia in fase di fine vita. Per apprezzare meglio questo aspetto è risultato particolarmente utile sviluppare un'analisi di outcome di secondo livello, cioè non soltanto basata sul confronto tra condizioni della persona in tempi diversi, ma, mettendo a confronto la condizione osservata al tempo T_0, i risultati attesi e quelli ottenuti. Gli esiti hanno avuto un campo di variazione da 0,8 e 1 (dove per 1 si intende il pieno raggiungimento del risultato atteso), quindi molto postivi in termini di capacità da parte delle unità operative di identificare obiettivi conseguibili, dando adeguata attenzione a tutte le possibili dimensioni di aiuto.

Bezze, De Leo e Vecchiato (2005) in un'altra ricerca hanno approfondito le conoscenze disponibili sulla valutazione di efficacia degli interventi a favore di persone anziane affette da depressione con altre patologie. Nella successiva Figura (Fig. 4) il confronto tra gruppo target e gruppo di controllo evidenzia come, nella presa in carico basata su progetti personalizzati, le azioni di cura finalizzate a ridurre l'incidenza della depressione abbiano dato benefici maggiori rispetto alla presa in carico per prestazioni.

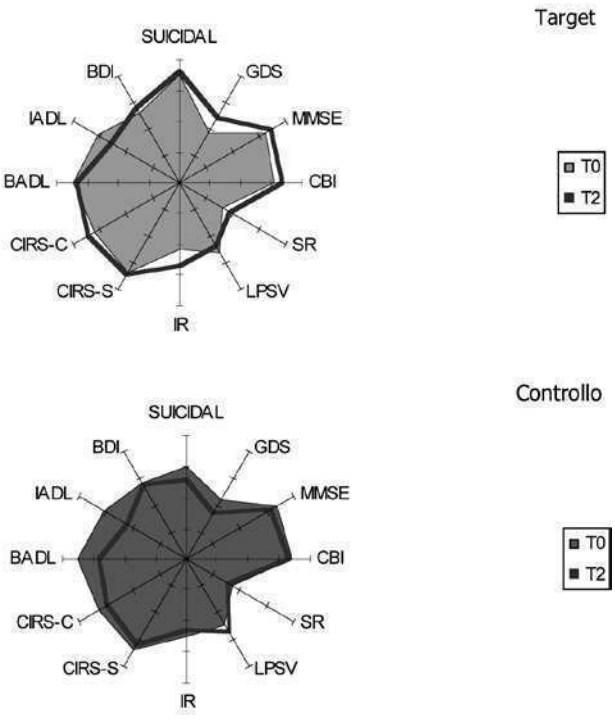


Fig. 4. Evoluzione del bisogno nel tempo T_0-T_2 per i casi target e controllo.

In conclusione, il fattore "lavoro per progetti personalizzati" è stato, in entrambi gli studi, determinante per spiegare i risultati e ha concorso, più di ogni altra variabile, a spiegare gli indici di efficacia conseguiti.

Bibliografia

Assr, Fondazione Pfizer, Fondazione Zancan, *Strumenti Operativi per una Rete Integrata di Servizi Sanitari e Sociosanitari sul Territorio*, Rapporto di ricerca sanitaria finalizzata art. 12 D.lgs 299/99, in corso di stampa.

Bezze M, De Leo D, Vecchiato T, a cura di (2005), *La valutazione di efficacia degli interventi con le persone anziane*. Padova: Fondazione E. Cancan.

Pompei A, Bavazzano A, Bezze M, Corsi M, Vergani C, Vecchiato T. *Un nuovo strumento per la valutazione del bisogno: l'Indice di copertura assistenziale*. Studi Zancan 5/2004.

Pompei A, Bezze M, Corsi M, Vecchiato T. *Due nuovi strumenti per la valutazione del bisogno sociale: la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita*. Studi Zancan 6/2005.

Vecchiato T. *Nuove prospettive della progettazione personalizzata e della valutazione di outcome*. Giornale di Gerontologia 2007;55403-6.

Vecchiato T, Mazzini ELL, a cura di. *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia.* Padova: Fondazione E. Cancan 2008.

Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. *A polar diagram for comprehensive geriatric assessment*, Archives of Gerontology and Geriatrics 2004;38,Issue 2 , March-April.

Zeira A, Canali C, Vecchiato T, Jergeby U, Thoburn J, Neve E. *Evidence-based social work practice with children and families: a cross national perspective,* European Journal of Social Work 2008;11:57-72.

SECONDA SESSIONE

STRUMENTI E PROCESSI DI VALUTAZIONE

Coordinatori: A. Bavazzano (Firenze), L. Lucetti Masini (Firenze)

Il sistema di Valutazione Multidimensionale della Regione Piemonte quale espressione dell'integrazione sociosanitaria

I. Gili Fivela, G. Marrone[1], F. Lovaldi[2], G. Novero[3], V. Celentano[4]

Assistente Sociale, Responsabile Domiciliarità del Settore Famiglia, Promozione Sussidiarietà e Domiciliarità del Comune di Torino; [1] Assistente Sociale, Responsabile Area anziani e nuove povertà del Consorzio socioassistenziale Alba-Langhe-Roero; [2] Funzionario del Settore Programmazione Sanitaria della Direzione Sanità della Regione Piemonte; [3] Funzionario del Settore Programmazione Politiche Sociali della Direzione Politiche Sociali e per la Famiglia; [4] Dirigente medico, Presidente U.V.G. Zona distrettuale Valenza, Casale dell'ASL di Alessandria

Obiettivo del contributo. Questo contributo vuole sottolineare l'importanza di un lavoro integrato condotto in Piemonte per la revisione degli strumenti di valutazione dell'UVG, con una specifica attenzione riconosciuta alla valutazione sociale e alla definizione degli strumenti più adeguati per effettuarla.

Questa esperienza ha visto il coinvolgimento significativo di operatori sociali che hanno contribuito fattivamente alla realizzazione di un sistema di valutazione più adeguato ed efficace.

Introduzione. In Piemonte è stata identificata l'UVG [1] quale commissione preposta alla valutazione dei bisogni degli anziani non au-

[1] D.G.R. n. 113/1992, n. 188/1993 e seguenti.

tosufficienti attraverso la Valutazione Multidimensionale e l'utilizzo di specifiche scale valutative.

Per la valutazione sanitaria le scale erano IADL; ADL; SPMSQ e DMI con un punteggio massimo di 12; per quella sociale veniva indicata una scheda con un punteggio totale di 7.

Tale sistema di valutazione aveva evidenziato alcune criticità, tra cui, in particolare:

1) le scale sanitarie non permettevano l'esplorazione dei disturbi comportamentali;
2) la scheda sociale risultava debole sia in termini di punteggio sia per alcuni items poco esplorati.

Inoltre, il recepimento della normativa L.E.A. in Piemonte [2] aveva comportato una revisione degli strumenti per la VMD al fine di equiparare il punteggio sanitario e sociale e identificare una metodologia per il passaggio dalla *complessità* alla *intensità* assistenziale.

Di qui la scelta di rivedere funzioni e compiti dell'UVG e gli strumenti di valutazione, istituendo un gruppo di lavoro di operatori e funzionari sanitari e sociali.

Metodologia di lavoro. Nella valutazione sanitaria si è inserita la scala Dis.Co. (Disturbi del Comportamento) in quanto efficace, semplice, di facile utilizzo e già in uso nelle équipes delle Cure Domiciliari. L'inserimento di tale scala portava il punteggio sanitario da 12 a 14. Per la parte sociale si è rielaborata una nuova scheda con diversi obiettivi:

– portare il punteggio sociale allo stesso livello di quello sanitario;
– combinare un approccio analitico con uno sintetico;
– esplorare la capacità/adeguatezza delle rete familiare di essere sostegno e risorsa per l'anziano, individuando indicatori oggettivi per rilevare problematiche e/o limitazioni;
– prevedere e individuare punteggi per ogni item;
– definire una scheda di sintesi;
– individuare un unico strumento di valutazione per tutti i setting assistenziali.

La scheda sociale. La scheda sociale si compone delle seguenti 4 aree:

a. Condizioni abitative

Si sono individuate variabili rappresentative delle diverse realtà presenti sul territorio regionale.

Gli indicatori dell'area sono 6.

Se la persona da valutare è già ricoverata in struttura, viene attribuito un punteggio di sintesi definito.

b. Condizione economica

La definizione di quest'area ha risentito della mancanza di un atto regionale che stabilisca criteri uniformi per l'erogazione e compartecipazione dei cittadini ai costi dei servizi.

Sono state identificate alcune variabili con indicazione agli Enti Gestori di utilizzare le disposizioni vigenti nei propri regolamenti.

c. Condizioni familiari

È la parte più innovativa della scheda. La valutazione delle capacità/possibilità della rete ad essere concreto e adeguato riferimento e risorsa è stata ristretta alla rete familiare, rilevando condizioni ed eventuali problematiche. Si articola in 3 sub aree tra loro alternative:

A. persona sola (priva di parenti [3] conviventi e non conviventi);
B. persona con conviventi, sia con o priva di rete non convivente;
C. persona che vive sola, con rete non convivente.

Per i conviventi, come per i non conviventi, sono state definite 5 variabili con la compilazione della voce più significativa.

d. Condizioni assistenziali

Quest'area integra le scale ADL e IADL, evidenziando alcuni bisogni e inserendo ulteriori indicatori. È suddivisa in 2 sub aree tra loro alternative:

A persona valutata a domicilio;
B persona valutata in struttura.

Per la persona a casa viene rilevato, senza attribuire punteggio, chi interviene e con quale cadenza rispetto agli specifici bisogni.

Per la persona in struttura gli indicatori aiutano a valutare un eventuale rientro a domicilio o la conferma della residenzialità.

e. Sintesi valutazione sociale

Nella sintesi i totali di area vengono convertiti in un punteggio, secondo un range prestabilito, così ripartito:

– condizioni abitative = 2 punti;
– condizione economica = 4 punti;
– condizioni familiari = 4 punti;
– condizioni assistenziali = 4 punti.

La somma di questi punteggi costituisce il totale della scheda.

Il passaggio dalla complessità al livello d'intensità assistenziale. Oltre agli strumenti e ai punteggi per definire la complessità assistenziale, si è identificato il meccanismo per passare al livello di intensità assistenziale e ad una determinazione di spesa.

Per la definizione del livello assistenziale domiciliare sono utilizzati i punteggi delle cinque scale sanitarie e di tre aree della scheda sociale (abitativa, familiare e assistenziale).

Per la definizione del livello d'intensità residenziale vengono considerati i punteggi di quattro scale sanitarie (ADL, SPMSQ, DMI, DISCO).

In entrambi i casi, il punteggio che ne deriva è quello che permette di collocare la situazione in un determinato range, il quale delimita i tre diversi livelli d'intensità assistenziale possibili.

Le scale sanitarie, la scheda sociale e le definizioni dei livelli d'intensità assistenziali sono state oggetto di sperimentazione sul territorio regionale tra novembre 2004 e gennaio 2005 su oltre 1.500 casi [4], con successivo questionario sottoposto alle UVG e agli Enti Gestori per rilevare suggerimenti e criticità.

Alla luce degli esiti sono state apportate varie modifiche e migliorie, con significativi cambiamenti introdotti nella scheda sociale, e, dopo ulteriori sperimentazioni, si è giunti alla deliberazione del marzo 2008 [5] che contiene in allegato la cartella geriatrica.

Conclusioni. La metodologia di lavoro descritta consente che su tutto il territorio regionale si possa valutare con gli stessi parametri, giungendo ad esiti misurabili e confrontabili.

[2] D.G.R. n. 51/2003.

[3] Quelli indicati nell'art. 433 C.C.

[4] Alcuni territori, tra cui il Comune di Torino di concerto con le 4 ASL, hanno continuato di fatto la sperimentazione arrivando a oltre 10.000 casi.

[5] D.G.R. n. 42/2008.

In particolare, rispetto agli aspetti sociali, la messa a punto di uno strumento di valutazione più standardizzato e ancorato a specifici items e punteggi, ha permesso di giungere a valutazioni con caratteristiche più omogenee e scientifiche, contribuendo a dare un più corretto peso agli elementi sociali che concorrono in modo significativo alla definizione dei bisogni della persona anziana.
Tutto il percorso ha il merito di migliorare e rendere più adeguato il processo di valutazione ed i suoi esiti, con garanzie di maggior equità nell'accesso ai servizi stessi e ricadute positive sia per gli operatori e soprattutto per i cittadini.

Bibliografia

[1] Cai M. *La qualità dell'accesso ai servizi come livello di cittadinanza.* in: Studi Zancan n. 4/2003.
[2] Civenti G. *La valutazione del lavoro sociale*. In: Prospettive Sociali e Sanitarie n. 1/2004.
[3] Massaro AS. *Gli strumenti del servizio sociale professionale: criteri scientifici o consuetudine esperenziale*? In: La professione sociale n. 27/2004
[4] Pesaresi F, Simoncelli M. *Le unità di valutazione multidimensionale.* In: Prospettive Sociali e Sanitarie n. 9/2006

La valutazione dell'assistente sociale nell'area dei servizi anziani del Comune di Bologna: l'indice di autonomia sociale

M. Braca, R. Gavazzi[1], A. Viaggi[2]

Assistente Sociale del Servizio Sociale Territoriale, Q.re Navile, Comune di Bologna; [1] Responsabile del Servizio Sociale Territoriale, Q.re Savena, Comune di Bologna; [2] Responsabile del Servizio Sociale Territoriale, Q.re San Donato, Comune di Bologna

La scheda IAS, uno strumento utilizzato dagli assistenti sociali operanti nell'area anziani del Comune di Bologna, risponde all'esigenza di omogeneizzare la valutazione del quadro sociale degli utenti seguiti giungendo ad una quantificazione misurabile della situazione esaminata senza ricorrere a parametri rigidi. È dunque uno strumento che accompagna e supporta il lavoro professionale di servizio sociale ordinariamente svolto.
Tale strumento si inserisce in un percorso sulla qualità avviato dal Comune di Bologna nei primi anni '90, percorso che ha coinvolto in modo importante gli interventi rivolti alla popolazione anziana gestiti dai Quartieri.
Le azioni e la progettualità diffusa su cui i Servizi territoriali per gli anziani si sono messi in gioco in questi anni, hanno avuto sicuramente un impatto positivo sulla cultura professionale, promuovendo capacità di analisi e di autovalutazione, orientamento a razionalizzare e standardizzare i processi pur prestando la massima attenzione alla personalizzazione degli interventi.
Questo percorso sulla qualità svolto dagli assistenti sociali dei Quartieri cittadini ha fatto emergere l'esigenza di dotarsi di strumenti professionali idonei alla registrazione dei contenuti della valutazione e alla verifica periodica del Programma Assistenziale Individualizzato. Tale operazione ha comportato anche l'adeguamento del sistema informativo in uso nel Comune di Bologna.

La scheda presentata è quindi la rielaborazione di uno strumento valutativo ideato e sperimentato già tra la fine del 2003 e l'inizio del 2004 da un gruppo di lavoro composto da alcuni Responsabili del Servizio Sociale dei Quartieri cittadini, avvalendosi di un precedente lavoro avviato con la Fondazione Zancan e del contributo fornito dal CeSdiSS (Centro Studi di Servizio Sociale).
A novembre 2004 si è così avviato l'utilizzo della scheda BINAS (Breve Indice della Non Autosufficienza Sociale). Dopo circa un anno di sperimentazione si è proceduto a una verifica della sua efficacia e si sono raccolti elementi che hanno portato ad una sostanziale revisione dello strumento e alla elaborazione della Scheda di valutazione dell'Indice di Autonomia Sociale (IAS).
La scheda IAS è suddivisa in sei aree di analisi che esaminano le risorse personali, familiari, ambientali del richiedente:

1. economica: la scala reddituale di riferimento per l'attribuzione del punteggio è il "minimo vitale", importo stabilito con delibera del Comune di Bologna e aggiornato annualmente;
2. abitativa: caratteristiche oggettive dell'alloggio e del suo contesto, loro incidenza sulla qualità/autonomia di vita della persona;
3. risorse del contesto vitale: adeguatezza della rete famigliare o sociale su cui l'anziano può realmente contare, con riferimento anche agli assistenti familiari;
4. autosufficienza funzionale: l'autonomia fisica è misurata su una ulteriore scheda specifica (valutazione dell'autonomia funzionale) composta da 14 items che indicano le attività che l'anziano è in grado di svolgere; il risultato viene tradotto sulla IAS;
5. capacità personali: capacità di autodeterminarsi, di gestire la propria vita quotidiana con consapevolezza, di collaborare con i Servizi o con altre figure della rete sociale;
6. possibilità relazionali: capacità/volontà/possibilità della persona di avere relazioni sociali e/o familiari.

La competenza valutativa dell'assistente sociale e il concreto utilizzo della scheda vengono supportati da indicazioni per la compilazione che sono parte integrante della IAS e che forniscono le linee interpretative essenziali a garantire omogeneità nell'uso dello strumento.
Per ogni item la scheda utilizza le stesse scansioni di punteggio (10 – 40 – 70 – 100) e lo stesso scarto (30) tra una voce e l'altra fornendo quindi identico valore alla gradualità di ognuna delle aree esaminate:

– al punteggio 10 corrisponde una situazione ottimale in cui non è richiesto alcun intervento da parte del Servizio;
– al punteggio 100 corrisponde invece una situazione di grave emergenza che rende assolutamente prioritario e urgente l'intervento su tale area di problemi;
– i restanti due punteggi si riferiscono a situazioni che richiedono sicuramente un'attenzione e un rilevante impegno del Servizio (punteggio 70) o, invece (punteggio 40), una situazione migliorabile ma che abbisogna di un lavoro di sostegno abbastanza ridotto perché comunque già su un livello di sufficienza.

La consapevolezza di questa gradualità permette all'assistente sociale di identificare il punteggio più idoneo anche nelle situazioni in cui non vi sia piena corrispondenza tra la situazione esaminata e le diciture riportate nella scheda.

Si è pure individuato un punteggio che discrimini tra autonomia e non autonomia (240) anche se l'utilizzo più interessante della scheda sta nella lettura di una situazione (permettendo anche di confrontarla ad altre) piuttosto che nello stabilire il punteggio/soglia dell'autonomia sociale dell'anziano.
Il suo valore sta quindi più a supporto di una valutazione professionale che indichi in quali aree operare prioritariamente piuttosto che nell'individuare un punteggio di accesso a determinati servizi o prestazioni (cosa per cui la scheda è utilizzata limitatamente).
Precisiamo che l'IAS fornisce un indice della situazione dell'utente indipendentemente dai servizi fruiti, i quali, comunque, vengono indicati automaticamente nella scheda dal sistema informativo in modo da fornire un quadro più chiaro della situazione complessiva.
Per il monitoraggio dell'utilizzo della scheda è stato costituito un gruppo di studio/lavoro che garantisce un'attività permanente di:
– consulenza ai colleghi assistenti sociali;
– raccolta di elementi di criticità e/o di miglioramento dello strumento;
– raccordo della scheda con altri strumenti valutativi sanitari o sociali utilizzati nell'ambito dei servizi per anziani.

L'omogeneità della valutazione, quale risultato del costante monitoraggio effettuato, ha portato all'utilizzo della scheda con continuità in tutto il Servizio Sociale Anziani del Comune di Bologna; l'uso è poi stato esteso a collaborazioni con l'Azienda USL e in occasione di équipe di assistenti sociali preposte a valutare l'accesso a determinate prestazioni.

Bibliografia

1 Campanini AM. *La valutazione nel Servizio Sociale. Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale.* Roma: Carocci Faber 2006.

2 Massaro AS, Samory E, (a cura di). *Presentazione di uno strumento metodologico validato scientificamente (BINAS)*. In: "La Professione Sociale" 27/2004.

La valutazione multidimensionale nell'esperienza della Regione Abruzzo

V. Bellafante, B. Bosco[1], D. Buracchio[2], R. Borgia[3]

Assistente Sociale Specialista DSB, Distretto Sanitario di Base di Francavilla al Mare, ASL Chieti (CH); [1] Dirigente Medico DSB, Distretto Sanitario di Base di Francavilla al Mare, ASL Chieti (CH); [2] Assistente Sociale Coordinatore DSB, Distretto Sanitario di Base di Francavilla al Mare, ASL Chieti (CH); [3] Direttore DSB, Distretto Sanitario di Base di Francavilla al Mare, ASL Chieti (CH)

La valutazione multidimensionale (VMD) rappresenta uno dei più riusciti esempi di "soluzione" che, nel coniugare la ricerca dell'appropriatezza clinica con quella organizzativa, sancisce l'irrinunciabilità di un approccio globale al paziente complesso.
Non è un caso che l'alveo in cui questo approccio è maturato sia stato quello geriatrico, dal momento che, nelle società occidentali, l'allungamento della vita e la sempre maggiore rilevanza delle patologie cronico-degenerative ad effetto invalidante, hanno fatto emergere sempre più l'anziano come il soggetto portatore per antonomasia di bisogni molteplici e complessi (situazione abitualmente riassunta con il termine di *frailty*, "fragilità").
La valutazione multidimensionale si configura infatti come un'operazione dinamica e continua che segue il paziente "fragile" nel suo percorso, dentro la rete dei servizi socio-sanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione.
L'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, con il contributo dell'Agenzia Sanitaria Regionale, in concerto con l'Assessorato delle Politiche Sociali, aveva già emesso con il Piano di rientro 2007, il documento del Sistema delle Cure Domiciliari-Linee Guida, in cui si dava ampia rilevanza alla VMD.
Successivamente, e in accordo tra gli Assessorati Sanitari e Sociali, sono stati formulati il Piano Sociale Regionale 2007/2009 ed il Piano Sanitario Regionale 2008/2010.
In entrambi i Piani, la Valutazione Multidimensionale viene intesa come la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio- economiche. Essa rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno soggettivo del singolo paziente, individuare le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definire gli obiettivi, consentire la presa in carico, valutare gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza, garantendo la continuità assistenziale.
Secondo quanto stabilito dai due Piani, la VMD è effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), un'apposita équipe che viene attivata all'interno del Distretto, successivamente alla rilevazione, effettuata dal Punto Unico di Accesso, di un bisogno complesso.
L'UVM, unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione nelle residenze, è prevista in ciascun Distretto Sanitario di Base ed è composta da:
– Direttore del Distretto Sanitario;
– Assistente Sociale del Servizio Sociale d'Ambito;
– Infermiere;
– Medico di Medicina Generale dell'utente;

e a rotazione, oltre al familiare di riferimento (caregiver), altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona.
Costituiscono attività specifiche della UVM:
– analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
– individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semi-residenza, residenze sanitarie);
– l'individuazione del responsabile del caso (*Case Manager*) nella prima riunione di valutazione;
– la elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
– la rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Ogni valutazione richiede:
– analisi del bisogno socio-sanitario, a partire dalla domanda espressa, utilizzando specifiche competenze per una valutazione complessiva dei bisogni;
– individuazione dei servizi più idonei a soddisfare i bisogni relativi con le risorse a disposizione della rete;

– modulazione del singolo caso dell'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

La Valutazione Multidimensionale si avvale dell'uso di "scale" scientificamente validate, ciascuna delle quali approfondisce una specifica area di bisogno.

Per i diversi capitoli della presa in carico territoriale (Cure Domiciliari, Residenzialità, Piano Locale per la Non Autosufficienza), il Piano Sanitario Regionale ha varato l'uso delle seguenti scale:

– Cure Domiciliari (CD): BADL, IADL, SPMSQ, BRADEN, KARNOWSKY, SSS;
– Residenzialità (RSA): BADL, IADL, SSS, DMI, RUG;
– Piano Locale per la Non Autosufficienza (PLNA): BADL, IADL, SPMSQ, FIM.

Da gennaio a giugno 2008, dalla reale attuazione della UVM nel DSB di Francavilla al Mare (12 Comuni, 65.000 abitanti), risultano complessivamente n. 513 casi di Bisogni Complessi inviati all'UVM e passati per il Punto Unico di Accesso, di cui, n. 262 sono valutazioni UVM per ADI, n. 110 sono valutazioni UVM per RSA, e n. 141 sono valutazioni UVM Riabilitazione.

Inoltre, la Regione Abruzzo al fine di sostenere la qualità di vita delle persone in condizioni di non autosufficienza, di precarietà psicofisica e fragilità, in particolare delle persone disabili gravi ed anziane con più di sessantacinque anni, promuove nell'intero territorio un complesso di interventi finalizzato alla domiciliarità, caratterizzato da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, pianificato e gestito prioritariamente proprio tramite il PLNA.

Il DSB di Francavilla al Mare in accordo con l'Ente d'Ambito Sociale n. 29 "Foro-Alento", per il biennio 2008/2009 avvia un progetto di PLNA con l'obiettivo di rendere esigibili i diritti degli utenti, definendo modalità operative per l'attuazione a livello locale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale, degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza.

Fondamentale risulta essere l'Unità di Valutazione Multidimensionale. Infatti, dal contatto con l'utente e dalla segnalazione di disagio, gli operatori svolgono opportune indagini tenendo conto della complessità del caso e individuando le strategie per il superamento o la riduzione delle singole problematiche.

I casi proponibili dai Comuni dell'EAS per la valutazione ed eventuale inserimento in PLNA risultano essere n. 41. Nel semestre gennaio-giugno 2008 solamente n. 35 sono stati valutati, n. 29 sono stati inclusi nel PLNA e n. 6 sono stati esclusi e rimasti di competenza del PdZ.

Nell'intento di collocare il sistema integrato dei Servizi Sociali nell'ambito delle politiche universalistiche l'azione ha voluto sperimentare nuove soluzioni per la presa in carico integrata del bisogno complesso.

Il Servizio Sociale ha contribuito ad ottimizzare risorse e sforzi stimolando processi di cambiamento ed empowerment al fine di garantire appropriatezza ed equità nelle prestazioni.

Valutazione dell'impatto della musicoterapia sulla percezione della qualità di vita in RSSA tramite la somministrazione di un questionario

C. Tavella, A. De Santis[1], D. Pignatale[2], D. Balducci[3]

Assistente Sociale, Residenza Socio Sanitaria Assistenziale "Villa Giovanna" Bari; [1] Responsabile, Residenza Socio Sanitaria Assistenziale "Villa Giovanna" Bari; [2] Pedagogista, musicoterapeuta, Residenza Socio Sanitaria Assistenziale "Villa Giovanna" Bari; [3] Assistente Sociale, Residenza Socio Sanitaria Assistenziale "Villa Giovanna" Bari

La struttura e l'organizzazione delle Residenze Assistenziali mirano principalmente a soddisfare il fabbisogno assistenziale, sanitario e sociale delle persone ospitate e tra gli obiettivi prioritari ci deve essere il raggiungimento del miglior livello possibile di qualità della vita dell'ospite.

Questo termine si presta a diverse possibili definizioni e interpretazioni, ma un traguardo importante è stato il prendere consapevolezza che la Qualità della Vita è qualcosa di soggettivo, legato al benessere di un individuo con tutte le sue specificità e peculiarità.

Per valutarne il grado di percezione, negli ultimi 20-25 anni si è assistito ad un fiorire di molti strumenti che hanno il compito di documentare il risultato degli interventi medico-sanitari in termini di salute percepita, all'interno di contesti di valutazioni riguardo agli outcomes di tipo clinico, umanistico ed economico.

Spesso in questi contesti, la valutazione delle attività alle quali partecipano gli ospiti delle residenze assistenziali è spesso sottovalutata. La percezione di queste attività da parte dell'ospite e del suo familiare, le ricadute sulla qualità della vita e i benefici ad essa connessa, sono invece significative al fine di monitorare le effettive risposte che la struttura offre in risposta ai bisogni del proprio assistito.

Per questo l'équipe socio-assistenziale della Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA) "Villa Giovanna" di Bari ha strutturato una valutazione dell'impatto di una attività quale la musicoterapia che è ormai presente in struttura ormai da diversi anni.

In riferimento a questa attività, il ruolo del servizio sociale è fondamentale per la corretta realizzazione del laboratorio di musicoterapia. Gli assistenti sociali di struttura infatti, dopo le procedure di valutazione dell'ospite che entra in residenza, hanno il compito di segnalare all'operatore di musicoterapia i soggetti potenzialmente interessati a tale attività dopo essere stati individuati dall'équipe multidisciplinare. Sta poi alle stesse assistenti seguire l'andamento del laboratorio ed il corretto inserimento dell'ospite nell'attività.

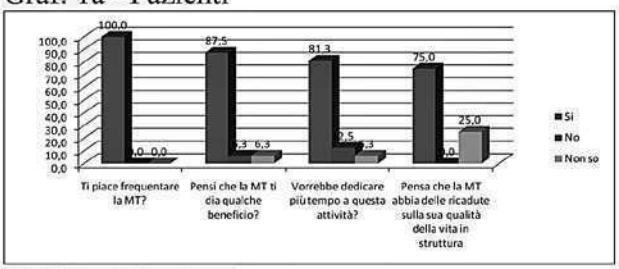
Nell'ottica della ottimizzazione delle risorse e del monitoraggio dei progetti assistenziali individuali, ci si è posto il problema di valutare se i servizi offerti dalla residenza ed in particolare la musicoterapia avessero effettivamente una buona ricaduta sulla percezione che gli ospiti ed i parenti hanno della loro vita in struttura.

L'obiettivo dello studio quindi è stato quello di verificare quanto l'attività in oggetto sia significativa in termini di ricadute sulla migliore percezione della propria qualità di vita in una struttura residenziale sia da parte dei diretti interessati, gli ospiti, che dei loro familiari.

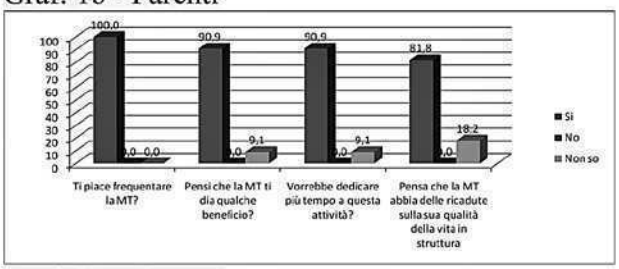
Questionario di Valutazione del Pz	**Questionario di Valutazione del Famigliare**
Ti piace frequentare le sedute di musicoterapia?	Pensa che al suo parente piaccia frequentare le sedute di musicoterapia?
Quanto ti piace frequentare le sedute di musicoterapia?	Quanto?
Pensi che la musicoterapia ti dia qualche beneficio?	Pensi che la musicoterapia dia qualche beneficio?
In cosa pensi che la musicoterapia ti da qualche beneficio?	In cosa?
Attende con desiderio la seduta settimanale di musicoterapia?	Pensa che il suo parente attenda con desiderio la seduta settimanale di musicoterapia?
Il tempo dedicato alla seduta di musicoterapia è..	Il tempo dedicato alla seduta di musicoterapia è..
Vorrebbe dedicare più tempo a questa attività?	Vorrebbe far dedicare più tempo a questa attività?
Quale momento è il più piacevole della seduta?	Quale momento pensa sia il più piacevole della seduta?
Pensa che la musicoterapia abbia delle ricadute sulla sua qualità della vita in struttura?	Pensa che la musicoterapia abbia delle ricadute sulla qualità della vita in struttura del suo famigliare?
Quanto pensa che sia importante per la sua qualità di vita in struttura?	Quanto?

La valutazione è avvenuta tramite l'elaborazione di un questionario composto da 10 domande a risposta chiusa, e somministrato ad un campione di 16 ospiti residenti in struttura, di cui 14 donne e 2 uomini, con un età media di 83,6 anni ed una scolarità media di 9,4 anni, ed ai loro parenti. La somministrazione è avvenuta individualmente. Le 10 domande che componevano il questionario riguardavano la piacevolezza riguardo alla partecipazione all'attività, le eventuali ricadute e l'adeguatezza del tempo dedicato (Fig. 1).
Dalla elaborazione dei dati è emerso che entrambe le valutazioni sono molto simili. Per la quasi totalità degli ospiti e dei parenti la frequenza al trattamento musicoterapico è gradita, e percentuali molto elevate si sono registrate in tutte le domande che riguardavano l'atteggiamento di attesa per il trattamento, il tempo dedicato all'attività, e le ricadute della musicoterapia sulla qualità della vita, confermando un ottimo livello di soddisfacimento in relazione al servizio offerto dalla struttura. Significativo è il dato sul quale si rileva che per gli ospiti i benefici della musicoterapia si orientano prevalentemente nell'area dell'umore e della socializzazione, dato quest'ultimo meno rilevante per i parenti che invece ritengono la socializzazione l'area più stimolata dal trattamento musicoterapico.

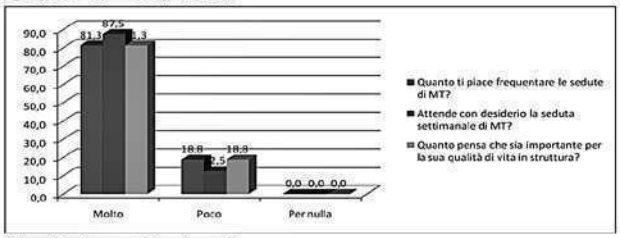
Graf. 1a - Pazienti



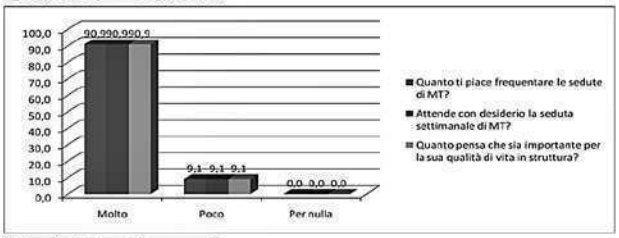
Graf. 1b - Parenti



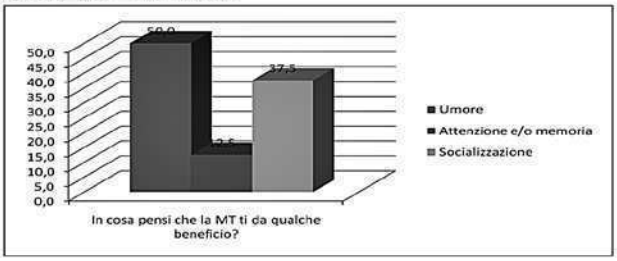
Graf. 2a – Pazienti



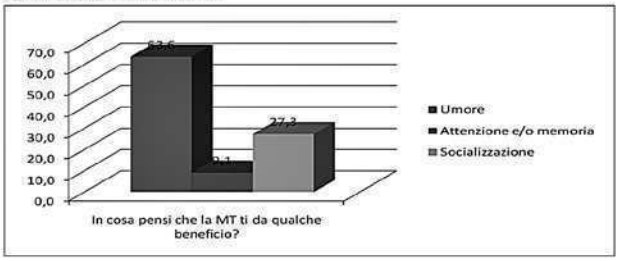
Graf. 2b – Parenti



Graf. 3a – Pazienti



Graf. 3b - Parenti



In definitiva quindi si può riscontrare una valutazione globalmente positiva dell'efficacia dell'intervento.
Alla luce dei dati, possiamo affermare che l'attività di musicoterapia proposta agli ospiti riveste particolare rilevanza nella loro percezione e in quella dei loro parenti per ciò che riguarda il benessere all'interno della vita in struttura in quanto rappresenta un'occasione per socializzare e quindi evitare l'isolamento nonché un momento per cambiare stati d'umore potenzialmente negativi. Il valore aggiunto dell'assistente sociale, e più in generale del servizio sociale, all'attività di musicoterapia risiede nella funzione di tramite, di collante, di induttore alla integrazione. Infatti le attività socio-assistenziali e terapeutiche devono essere integrate e gestite da un'équipe multidisciplinare, di cui l'assistente sociale fa parte, affinché le valutazioni e l'identificazione dei bisogni, consentano la programmazione di interventi mirati ed efficaci per il benessere complessivo dell'ospite e della propria famiglia.

Bibliografia

1 Mastroianni F, Pignatale D, Netti P, Bufi C, Tavella C, De Santis A. E*ffetto di un programma di musicoterapia in un gruppo di soggetti anziani affetti da demenza.* Giornale di Gerontologia 2001;49.

2 Mastroianni F, Pignatale D, Netti P. *Effetto di un programma di musicoterapia in un gruppo di soggetti anziani affetti da demenza.* Ospedale Miulli, rassegna trimestrale 2001;3/4.

3 Mastroianni F, Pignatale D, Netti P. *Impatto di un programma di riabilitazione attraverso la musicoterapia in soggetti anziani istituzionalizzati affetti da demenza*. Psichiatria in Puglia 2002;8.

4 Pignatale D, Matroianni F, et al. *Impatto della musicoterapia sul mmse e sull'uso di farmaci neurospichiatrici in soggetti anziani istituzionalizzati.* Giornale di Gerontologia 2004;52.

5 Pignatale D, Matroianni F. *S.V.A.M. – Scala di valutazione dell'attività di musicoterapia. Uno strumento di valutazione e programmazione terapeutica.* Giornale di Gerontologia 2007;55.

TERZA SESSIONE

LE SFIDE PER I SERVIZI

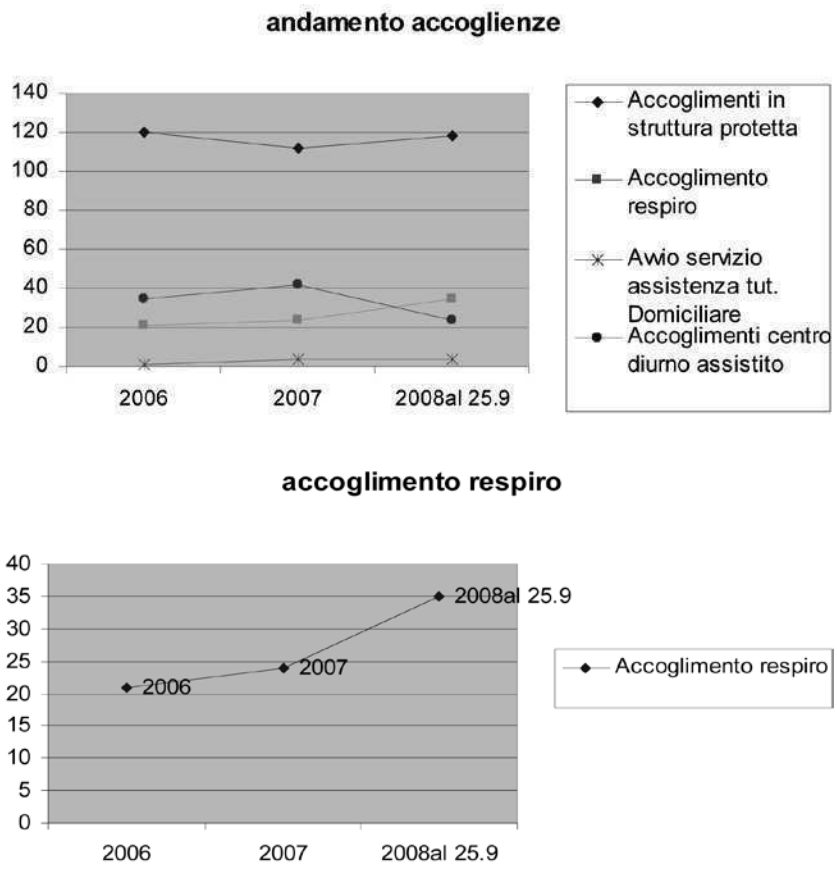
Coordinatori: E. Neve (Verona), G. Pasti (Bologna)

Il processo di trasformazione di un servizio da "istituzionalizzato" a servizio aperto ed elastico: la nascita di un Centro Diurno Assistito

I. Maracchi, F. Mosetti D'Henry

Itis, Trieste

Il processo di trasformazione. L'Itis è un'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, la sua finalità primaria è l'assistenza alle persone anziane; trae origine dall'Istituto Generale dei Poveri sorto nel 1818 sotto l'Impero Asburgico al fine di dare cura e assistenza ai poveri.
Oggi l'ASP Itis è un'Azienda di Servizi alla Persona, che ricerca soluzioni ai bisogni degli anziani attraverso risposte dinamiche, graduate ed elastiche sia di tipo residenziale che non e che si propone al territorio come un centro di servizi aperto e integrato.
L'Itis, conosciuto ancora dai vecchi triestini come "l'istituto", nonostante il valore delle azioni che negli anni ha svolto, era considerato, nell'immaginario collettivo, un'istituzione chiusa, da evitare, immagine che ancora oggi fa difficoltà a scrollarsi.
Potremmo cercare nella riforma delle Ipab (L.19/ 2003) il primo passo per la trasformazione da Istituzione ad Azienda, non solo in termini formali, ma soprattutto nei termini concettuali e culturali, ma ciò che ci preme sottolineare, di questa fase, è il valore ricoperto dall'operatore sociale [1], propulsore essenziale nel processo di trasformazione.
Centrale è stato anche il ruolo del servizio di segretariato sociale [2], dove l'ascolto attivo, attento ai bisogni dell'utenza e dei loro familiari, ha permesso di sviluppare nuove idee e realizzare risposte adeguate alle richieste emergenti e ai principi di qualità e di appropriatezza.
Ed è dall'attenta analisi della domanda – ma di quella domanda reale, a volte nascosta – che sono stati letti i nuovi bisogni e creati i nuovi servizi, proposti dagli operatori con volontà di sperimentazione, con fantasia e professionalità, con criticità e disponibilità al cambiamento.
La trasformazione concettuale in Azienda di Servizi alla Persona è avvenuta, anno dopo anno, con un approccio ai bisogni diverso e con l'offerta di una serie di servizi volti ad allontanare l'istituzionalizzazione (intesa nel senso di ricovero, di cristallizzazione, di chiusura …) e a supportare gli anziani e le loro famiglie, non delegando la responsabilità ad altri, ma affrontando direttamente i bisogni emergenti. Si sono sviluppati così i centri di aggregazione per gli anziani non autosufficienti, un centro diurno assistito e il servizio domiciliare: ulteriori opportunità alternative al ricovero.
Il ricovero – parola molto spesso demonizzata (la sostituiamo con il termine accoglienza in struttura protetta) – è un passo a volte assolutamente necessario anche in presenza di servizi alternativi; chiarito questo, il problema non è più quello dell'accoglienza in struttura o meno, ma parallelamente all'obiettivo di garantire dignità e qualità di vita, evitare che una volta entrati non ci sia più la possibilità di un ritorno a casa.
In quest'ottica il ruolo dell'assistente sociale è stato fondamentale in quanto, ha fatto sì che i servizi diventassero flessibili, proponendo gli accoglimenti diurni e "respiro", che hanno avuto il pregio di modellare sulla persona le risposte, personalizzandole per necessità e tempo, programmando, con famiglie e servizi, la precisa data del rientro a domicilio.
Il passaggio da istituzione chiusa a servizio aperto ed elastico, è stato favorito anche dall'apertura della struttura al territorio, con l'offerta dei numerosi spazi presenti, ai servizi territoriali (es. ambulatori distrettuali e associazioni varie) e con la trasformazione di ambienti sterili, come i lunghissimi corridoi, in percorsi accoglienti grazie all'allestimento di una pinacoteca che accoglie una mostra permanente di 350 opere d'arte, visitate da scuole, gruppi di appassionati d'arte e cittadini.
In tutto ciò hanno avuto un ruolo fondamentale tutto il gruppo di lavoro, dalla Direzione agli operatori degli uffici e dei servizi, che hanno lavorato con entusiasmo e professionalità sapendo coinvolgere anziani, familiari e cittadinanza.



Tab. I. Evoluzione dei servizi.

A fronte di accoglimenti residenziali abbastanza stabili, c'è stata una continua crescita di accoglimenti in modalità respiro, spesso abbinata all'offerta di accoglienza in centro diurno.
Gli accoglimenti in centro diurno, nei tre anni di avvio, hanno avuto un decremento per raggiunto limite di posti in CD.
Nota 1: il termine operatore sociale include gli operatori del servizio alla persona: assistenti sociali, animatori, i responsabili di nucleo (rdn: sono assistenti sociali o infermieri).
Nota 2: Il segretariato sociale è un servizio dell'Itis volto ad accogliere le domande e a fornire informazioni sui servizi agli anziani, è aperto al pubblico 2 giorni alla settimana e le altre giornate su appuntamento. Vi prestano servizio 2 assistenti sociali e un'impiegata. Si stimano circa 1000 contatti all'anno.

La nascita di un Centro diurno assistito. L'ascolto attivo della domanda ha portato l'équipe sociale a trovare delle risposte che fossero nel contempo professionali e realistiche.
Inizialmente si organizzò un "ACCOGLIMENTO DIURNO", le persone che fruivano di questo nuovo servizio venivano accolte, con le stesse modalità di un accoglimento residenziale, nei nuclei delle residenze; ma l'équipe sociale si accorse presto che con questa modalità di "ACCOGLIENZA" si rispondeva parzialmente alla domanda delle famiglie e dell'assistito e la persona non riceveva un'assistenza personalizzata e veniva "curata" con metodi e pratiche che rispondevano prevalentemente alle persone che risiedevano nella struttura e che non rientravano a casa la sera.
Il problema emerso, e naturalmente anche evidenziato dalle famiglie che non erano troppo soddisfatte della nostra risposta, portò il gruppo di operatori sociali a progettare un vero e proprio CENTRO DIURNO ASSISTITO.
Il centro diurno è un servizio aperto, integrato nella comunità, in grado di favorire la permanenza a domicilio di persone non autosufficienti. Tale servizio si pone come supporto ai familiari nell'assistenza anche dei soggetti affetti da demenze e come punto di riferimento stabile per informazioni e sostegno.
Il centro diurno accoglie persone non autosufficienti ultrasessantacinquenni. La maggior parte dei frequentatori sono persone affette da deterioramento cognitivo.
La principale finalità del servizio semiresidenziale è accogliere le persone non autosufficienti; contenere l'evoluzione della malattia degenerativa, tentando di far mantenere le abilità residue ancora presenti e operando per un miglioramento dell'autonomia personale; migliorare la qualità di vita del malato e della sua famiglia. La partecipazione al Centro consente ai frequentatori di accrescere gli ambiti relazionali, l'autostima e d'altro lato di permettere ai familiari di essere sostenuti e vicariati nei propri compiti; non ultimo per importanza evitare od allontanare il momento dell'istituzionalizzazione.
Al Centro diurno opera un'équipe multiprofessionale che valuta, predispone i progetti individualizzati e ne verifica gli esiti in stretta collaborazione con i familiari.
Gli interventi programmati sono prioritariamente rivolti alla realizzazione di attività della vita quotidiana (semplici compiti quotidiani come vestirsi, lavarsi, cura della persona, ecc.) affinché l'individuo possa recuperare un senso nel fare e quindi una propria identità.
Vengono inoltre previste attività di psicomotricità, musicoterapia, attività ludiche con finalità di tipo riabilitativo.
Durante la permanenza al Centro è possibile usufruire delle cure igieniche necessarie, dell'assistenza infermieristica (per la somministrazione della terapia e per eventuali medicazioni) oltre alla riabilitazione fisioterapica.
L'équipe di lavoro si ispira, per la programmazione delle attività, al metodo della reminescenza, della ROT e soprattutto della Validation Therapy con diversi operatori specializzati in questo metodo.
Per rispondere al meglio alle richieste pervenute dalle famiglie e dai frequentatori, fin dall'inizio del servizio è stata garantita la massima flessibilità nella frequenza al Centro, che può essere non solo giornaliera, ma anche oraria.
Il Centro è attivo nei giorni feriali da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00 e le famiglie possono fruire del servizio del trasporto per far frequentare il loro congiunto al Centro.

Dal primo semestre 2005 al primo semestre 2008 si sono avvicinate al servizio 123 persone, l'età media di queste persone è per le donne di 80,57 e per gli uomini di 78,53 anni (con il più giovane 62 anni e il più anziano 96). Frequentano il servizio 30 persone alla settimana con una frequentazione media di 3 giornate su 5.

Nell'arco temporale preso a campione (1/1/2005-31/5/2008) su 83 persone che hanno frequentato il centro per un periodo maggiore a 90 giorni: 4 persone continuano a frequentare dal primo mese di apertura del servizio, 3 persone hanno migliorato le loro condizioni psicofisiche e non hanno più avuto bisogno del servizio, 9 persone sono state accolte in case di riposo, 15 sono stati accolti nella struttura protetta dello stessa Azienda ITIS, 30 sono decedute nel corso della loro frequentazione.

L'ultimo dato, forse meglio di quelli riferiti ai ricoveri in struttura, delinea la complessità e la fragilità delle persone che accedono a questo tipo di servizio.

Ulteriore considerazione che ci sentiamo di affermare sulla base dei dati analizzati di seguito è come la frequentazione ad un centro specializzato può aiutare l'anziano e il suo nucleo familiare a migliorare la qualità della vita.

Una ricerca effettuata sui frequentatori utilizzando i test MMSE (Mini-Mental State Examination) per valutare il grado di compromissione cognitiva e il GDS (Geriatric Depression Scale) per valutare lo stato depressivo somministrandoli con cadenza trimestrale, ha evidenziato che il 70% dei frequentatori dopo sei mesi non peggiora dal punto di vista cognitivo e addirittura c'è un miglioramento notevole dal punto di vista depressivo: difatti all'inizio della frequentazione l'85% delle persone presenta uno stato depressivo, dopo tre mesi manifestano uno stato depressivo il 50% dei frequentatori e dopo sei mesi la percentuale si abbassa al 35%.

Ulteriore aspetto significativo è la valutazione del gradimento del servizio da parte dei familiari, la valutazione è stata effettuata attraverso la somministrazione del test CBI ed attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento dal quale si evince che il 60% dei familiari notano un miglioramento del loro congiunto, il 30% nota uno stabilizzarsi del decadimento e solo il 10% nota un peggioramento, inoltre il 90% dei familiari si dichiarano sollevati dal carico assistenziale con la frequentazione del loro congiunto al centro.

Questi risultati ottenuti possiamo facilmente dedicarli all'ascolto attivo della domanda, alla valutazione di una prima risposta non adeguata permettendo l'innescarsi di una riflessione etico-professionale da parte dell'équipe sociale che, sostenuta da una Direzione lungimirante, ha concepito un percorso di risposta che ha prodotto il nuovo servizio.

Fattori determinanti per il buon esito del progetto sono stati il coinvolgimento umano e professionale degli operatori, l'utilizzo di strumenti metodologici e organizzativi innovativi e l'applicazione di procedure e protocolli stilati dall'équipe.

Bibliografia

1 Penzo P. *L'altra casa, pratica e teoria del centro diurno per anziani non autosufficienti.* Biella: Edizioni Vega 2000.

2 Regione Toscana. *Architettura per l'Alzheimer, il malato di Alzheimer e l'ambiente.* Firenze: Regione Toscana 2002.

Il ruolo del servizio sociale nell'ambito dell'offerta socio-sanitaria territoriale in tema di demenza: gli esiti di un'indagine di qualità percepita

M. Dotti, L. Aldrovandi[1]

Assistente Sociale Specialista, Sociologo Sanitario, Sistema Qualità, Azienda USL di Modena; [1] Esperto nei processi formativi, Sistema Qualità, Azienda USL di Modena

Scopo. La demenza è una patologia in costante aumento nei Paesi occidentali. Nella Regione Emilia-Romagna, le Aziende USL, a partire dal 1999, attraverso delibere e protocolli, hanno avviato i Centri Esperti quali contesti in cui valutare, diagnosticare, predisporre un programma terapeutico per le persone affette da demenza o da sospetta demenza e per supportare coloro che ad esse forniscono assistenza e cura.

Una ricerca effettuata nell'ambito della "qualità percepita", realizzata nel 2007, che ha coinvolto i familiari dei pazienti frequentanti il Centro Esperto di un distretto modenese, ha messo in luce gli aspetti positivi e negativi di questo Servizio, nonché quelli presenti nella rete socio-sanitaria territoriale, evidenziando nello specifico anche il ruolo significativo svolto dal Servizio Sociale nel contribuire alla "tenuta" della rete stessa e di quella familiare.

Materiali e metodi. Interviste semistrutturate e focus group realizzate con professionisti sociali e sanitari territoriali ed ospedalieri, hanno permesso di approfondire la tematica da indagare. La stessa metodologia è stata applicata ad un gruppo di familiari.

I contenuti emersi hanno consentito di costruire un questionario in grado di evidenziare i reali bisogni dei caregiver nella gestione quotidiana dei pazienti. È stato richiesto il consenso scritto dei familiari a partecipare al percorso di ricerca.

Il questionario, preceduto da un pre-test, è stato somministrato per via postale a 154 familiari di pazienti seguiti dal Centro Esperto nel corso dell'ultimo anno. Le aree di indagine sono state le seguenti: periodo di frequenza del Centro, inviante, tempo trascorso tra la percezione da parte dei familiari dei primi sintomi della malattia e la prima visita, motivazioni per un'eventuale attesa nell'accesso, valutazione sul servizio offerto dal Centro Esperto in termini di facilità di accesso, tempi di attesa, informazioni sulle attività svolte, chiarezza delle risposte fornite dai professionisti, competenza e disponibilità, rispetto della dignità del paziente, eventi significativi che si sono manifestati nella vita del caregiver dopo la malattia, modalità attraverso le quali il Centro ha contribuito a modificare la qualità dell'assistenza al paziente, supporti ai caregiver individuati a livello territoriale ed eventuali ambiti da potenziare.

Risultati. L'indagine, a cui hanno risposto 107 persone, ha evidenziato come il "familiare-tipo", sia generalmente femmina, con un'età media di 58 anni, figlia del paziente. Spesso i familiari inizialmente non si "rendono conto dell'entità del problema". Le attività svolte dal Centro Esperto sono state connotate in modo molto positivo.

L'Alzheimer e le demenze diventano patologie "di tutta la famiglia" e stravolgono la vita dei caregiver che spesso a causa della non autosufficienza del congiunto, sono costretti ad accogliere il paziente

presso il proprio nucleo, ad abbandonare il proprio lavoro, all'assunzione stabile di una "badante", al non avere più tempo per sé stessi e al non riuscire a seguire adeguatamente la crescita dei figli.
Ai servizi, le famiglie chiedono di non essere lasciate sole, di andare oltre all'approccio farmacologico, di fornire indicazioni comportamentali, di individuare modalità di intervento "flessibili" anche a livello domiciliare, di incentivare i gruppi di auto-aiuto e l'area del sollievo costituita dagli operatori domiciliari, dalle strutture residenziali e semi residenziali, di potenziare l'area di intervento economico.
Dall'indagine realizzata, il Servizio Sociale appare come il servizio più conosciuto, in grado di facilitare l'accesso ai servizi territoriali, di porre al centro dell'attenzione i bisogni del paziente e dei suoi familiari, in un contesto di ascolto e di attenta valutazione professionale dei bisogni e delle risorse presenti.
L'obiettivo è quello di attivare una progettualità individualizzata in grado di essere di reale supporto ed efficace nelle risposte programmate, monitorando, attraverso periodiche attività di valutazione, il percorso delineato.
Nel contesto preso in esame, il Servizio Sociale ha messo in campo diversi interventi funzionali ai bisogni dei pazienti e delle famiglie, fornendo puntuali informazioni sulle risorse socio-sanitarie presenti, realizzando attività di valutazione sociale e di progettualità condivise tra pazienti, familiari e professionisti, prendendo in carico direttamente, per gli aspetti di competenza, il paziente e la sua famiglia. Il Servizio Sociale ha fornito inoltre attività di counselling sociale per aiutare ad accettare la malattia e ricomporre in modo condivisibile, il significato attribuito alla situazione, bilanciando i cambiamenti di identità e di ruolo esperiti, per far fronte alle "perdite" che si evidenziano fin dall'inizio della patologia.
Conclusione. L'indagine ha evidenziato come i familiari richiedano maggior chiarezza e tempestività diagnostica. La patologia impone anche una graduale riorganizzazione dei tempi, degli spazi e dei ruoli in cui inserire l'assistenza e cura dei pazienti. Destabilizzanti pressioni e tensioni che gravano su di loro nella quotidianità, possono incidere pesantemente a livello individuale e familiare, depotenziando il supporto assistenziale offerto. Considerata la configurazione montana del distretto, che non facilita l'accessibilità ai servizi spesso concentrati nel comune principale, è opportuno anche potenziare l'organizzazione dell'offerta socio-sanitaria ed ipotizzare nuove soluzioni che si adattino maggiormente alle esigenze territoriali.
I familiari che hanno risposto al questionario, hanno percepito che nessun professionista, per quanto competente, possieda da solo soluzioni "magiche", ma è solo da un lavoro integrato e di "squadra" tra operatori sociali, sanitari insieme ai familiari, che è possibile avviare percorsi di cura e di intervento efficaci in tema di demenza.

Bibliografia

1 Gandolfi C, Bonati PA. *In viaggio con Luigi – Come affrontare una metamorfosi.* Edizioni Diabasis, Reggio Emilia 2007.

2 Heron C. *Aiutare i carer. Il lavoro sociale con i familiari impegnati nell'assistenza*. Erikson, Trento 2002.

3 Olmetti M. *La famiglia e la demenza di Alzheimer,* Rassegna di servizio sociale 2/2006.

4 Paroni P, Rizzi MC. Legami di cura. *La famiglia e i suoi anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano 2004.

5 Servizi socio-Sanitari, Regione Emilia Romagna. Non so cosa avrei fatto senza di te. Manuale per i familiari delle persone affette da demenza. Regione Emilia-Romagna 2000.

6 Zanetti O, Trabucchi M, Boschi G, Tonini G. *Conoscere e vivere la malattia di Alzheimer e le altre demenze.* da www.italz.it.

Esperienze di partnership per l'attivazione di progetti innovativi correlati all'evoluzione dei bisogni dei malati di demenza e delle loro famiglie

A. Bondi, R. Gavioli[1], R. Lucchi[2], E. Picchioni[3]

AS Coordinatore Area Adulti/Anziani Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "G. Gasparini", Vignola (MO); [1] Coordinatore Struttura per Anziani "Villa Sorriso" di Marano s/Panaro; [2] AS Responsabile Area Non autosufficienza e Fragilità Ufficio di Piano Vignola; [3] AS Responsabile Adulti/Anziani/Assistenza Domiciliare Azienda Pubblica di Servizi alla Persona G. Gasparini, Vignola (MO)

Il piano demenze della Regione Emilia Romagna ha favorito lo sviluppo di collaborazioni fra pubblico, associazioni no profit e privato profit che hanno portato alla realizzazione, nel 2005, del Progetto "Aiutare i familiari dei malati aiutando i malati", finanziato da Regione Emilia Romagna, Comuni del territorio, Azienda USL, Associazione "Per non sentirsi soli" Villa Sorriso Srl.
Gli obiettivi del progetto si focalizzano sul malato con attività personalizzate di stimolazione cognitiva-funzionale che lo accompagnano durante il decorso della malattia e sul caregiver, con attività di ascolto e consulenza pratica. Il servizio è quindi un'opportunità per sostenere il malato e la famiglia a domicilio e per orientarlo verso altri progetti/servizi coerenti con i bisogni manifestati.
Il ruolo del Servizio Sociale si esplica su due livelli:
- uno come Responsabile del caso che cura la presa in carico attraverso la realizzazione del Progetto Individualizzato Riabilitativo/Assistenziale;
- l'altro contribuendo in modo specialistico agli strumenti di Programmazione locale a favore della popolazione anziana, che hanno come obiettivo garantire le maggiori condizioni di benessere per i cittadini e l'accesso ad opportunità volte a favorirle, quindi coerenza tra bisogni e servizi.

Organizzazione e finalità. I Soggetti Pubblici e del Privato sociale che gestiscono il servizio per il Distretto di Vignola (MO) sono:
- Distretto Sanitario (Vignola);
- Enti Locali del Distretto (Vignola);
- ASP "G. Gasparini" (Vignola);
- Comune di Montese;
- Struttura per Anziani Villa Sorriso Srl di Marano s/Panaro;
- Associazione "Per non sentirsi soli" (Vignola);
- Auser di Marano;
- Consulente e ideatrice del progetto, dott.ssa Lidia Silvano.

I Responsabili del servizio sono la Coordinatrice di Villa Sorriso e la Coordinatrice dell'Area Anziani dell'ASP che congiuntamente coordinano l'operatività dell'intero servizio. Ciascun ente mette a disposizione risorse professionali formate e dedicate.

Per il malato il servizio offre attività finalizzate a:
– mantenere competenze sociali, comunicative, affettivo-emotive;
– produrre benessere;
– mantenere capacità cognitive e funzionali con stimolazioni cognitive individuali a domicilio o in gruppo e di accompagnamento ai servizi della rete.

Per i familiari il servizio offre:
– consulenza;
– sostegno;
– pause di sollievo.

Metodi, strumenti e risultati. Per poter accedere al servizio occorre rivolgersi:
– agli Assistenti sociali per una valutazione sociale;
– al Centro Disturbi Cognitivi per diagnosi di demenza ed indicazioni sulle attività di stimolazione cognitiva da programmare.

Dalla valutazione congiunta tra i due suddetti servizi viene predisposto l'accesso e l'assegnazione del caso. La presa in carico comporta la definizione del Progetto Individualizzato Riabilitativo-Assistenziale dove vengono definiti: obiettivi, tempi, risorse ed attività.

Al Responsabile del Servizio compete il ruolo di:
a) raccordo tra i partner della rete, la famiglia e gli operatori impegnati sui casi;
b) assegnazione dell'operatore-tutor, per garantire la continuità;
c) progettazione e supervisione delle attività del Progetto Individuale;
d) sottoscrizione di un contratto con il caregiver, con l'indicazione della durata, delle finalità e dei referenti;
e) verifica a tre mesi per valutazione degli esiti di benessere avvenuti e rivalutazione del progetto con possibilità di ampliamento verso il laboratorio della memoria o altri servizi della rete.

Le tre fasi principali del percorso vengono sinteticamente riassunte di seguito (Tabb. I, II e III).

Tab. I. I requisiti di ammissione/dimissione.

Tipologia servizio	Requisiti ammissione	Durata servizio	N° accessi settimanali	Requisiti dimissione
Servizio domiciliare Demenze	Diagnosi di demenza Valutazione risorse sociali e personali	Di norma tre mesi	1-2 accessi	Decorsi i tre mesi
Laboratorio della Memoria	Diagnosi di demenza Valutazione risorse sociali e personali	fino al raggiungimento dei requisiti di dimissione	1-2 accessi	grave afasia MMSE[1] < 18 memoria autobiografica e logico-semantica < 50%

Tab. II. Le attività di stimolazione cognitiva[2] proposte dal servizio che gli operatori personalizzano e plasmano sulle reali capacità e bisogni dei malati.

Programma di Stimolazione Cognitiva	Programma di Terapia Comportamentale e di Stimolazione Aspecifica
ROT	Tecniche di rilassamento
Memory Training	Terapia occupazionale
Stimolazione abilità motorie	
Stimolazione abilità cognitive	
Tecnica di Spaced-Retrieval	
Attività di reminiscenza	
Terapia di validazione	
Terapia di rimotivazione	

Tab. III. La verifica dei risultati attraverso la misurazione dell'efficacia degli interventi, mediante diversi indici che ci consentono di fare le seguenti proiezioni rispetto al campione selezionato e agli strumenti utilizzati.
Indice di benessere

Strumenti		esiti di miglioramento a 3 mesi di intervento domiciliare (% sui casi trattati)	esiti di miglioramento a 6 mesi con 3 mesi di attività di laboratorio (% sui casi trattati)
ROT[3]	Orientamento personale	19%	8%
	Dimensione logico-semantica	11%	34%
	Orientamento temporale	Mantenimento performance	40%
	Orientamento spaziale	Mantenimento performance	89%
Scala MMSE		Mantenimento del punteggio	Incremento medio di 3 punti

[1] MMSE, scala di valutazione Mini Mental State Examination.
[2] Da Linee Guida del sito http://sezionedemenze.emiliaromagnasociale.it
[3] Reality Orientation Therapy (ROT).

L'indice di partecipazione che misura il rapporto tra accessi programmati ed accessi realizzati è pari al 90% nei casi seguiti al domicilio e al 78% nei casi seguiti al laboratorio.
L'indice di efficacia che misura il rapporto di efficacia tra obiettivi programmati ed obiettivi raggiunti è risultato pari al 87%.
L'analisi delle risposte ai questionari (Customer satisfation) somministrati ai familiari hanno messo in luce che gli stessi si sono sentiti ascoltati ed hanno ricevuto una risposta adeguata ai loro bisogni, gli orari sono risultati coerenti anche al bisogno di sollievo, le attività realizzate hanno valorizzato le capacità del malato che si pensavano perdute e il desiderio di proseguire l'esperienza anche dopo i 6 mesi rilevando l'elevata utilità del servizio che consiglierebbero anche ad altri.
Tali risultati hanno anche rafforzato il rapporto positivo delle famiglie e degli utenti con i servizi in special modo con l'Assistente Sociale a cui viene riconosciuto appieno il ruolo di responsabile del caso sia nell'orientamento nella rete dei servizi sia negli interventi di supporto e counseling.
Conclusioni. Il progetto promuove la dignità della persona, anche laddove vi è una malattia che ne modifica la personalità tanto da renderla irriconoscibile per i familiari.
È nella relazione tra malato e contesto ambientale che il servizio sostiene e promuove un'etica di vita apparentemente in antitesi con l'immagine tradizionale della salute, del benessere, dell'efficienza ma che privilegia un benessere ancora possibile dentro un legame diverso, fatto di perdita e dolore ma anche di riscoperta.
Questa riscoperta passa anche attraverso strategie relazionali e di metacomunicazione che l'operatore, mentre realizza attività con il malato, riesce a trasmettere ai familiari.
L'auspicio è che questo progetto trovi sviluppo nella possibilità di investire non solo nelle risorse formali, ma anche in volontari e familiari che, acquisendo competenze, si mettano a disposizione per supportare altre famiglie che si trovano per la prima volta ad affrontare questo problema. Tale investimento sostiene una logica di comunità che accoglie la persona, nella consapevolezza che la demenza non è solo un problema del singolo individuo/famiglia, ma interroga gli spazi più allargati di una società che si trova ad affrontare il cambiamento dell'uomo.

HIV/AIDS – realtà emergente: popolazione anziana ed in età pre-senile. Nuovi bisogni e nuovi orientamenti di lavoro per il servizio sociale di una U.O. di Malattie Infettive

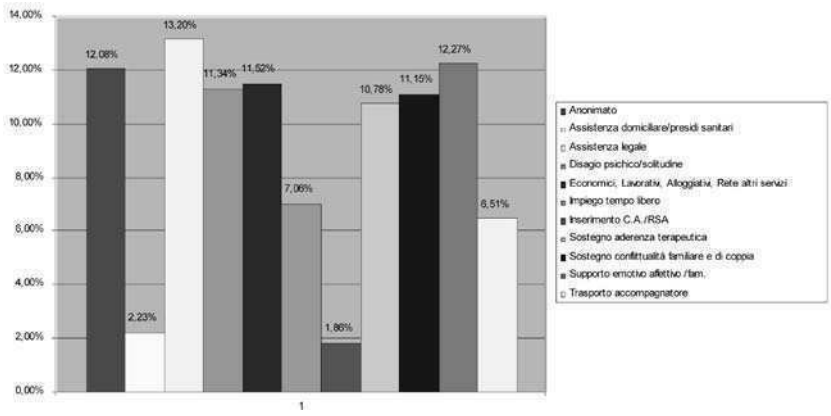
M. Cristina, B.M. Celesia[1]

Assistente sociale, U.O. Malattie Infettive, ARNAS "Garibaldi", P.O. "Garibaldi", Nesima, Catania; [1] Dirigente medico, U.O. Malattie Infettive, ARNAS "Garibaldi", P.O. "Garibaldi", Nesima, Catania

L'epidemia HIV/AIDS ha generato nella comunità mondiale un impatto devastante nel campo della salute e rappresenta un complesso problema umano in cui si intersecano fattori culturali, sociali, religiosi, politici, economici. L'era della cronicizzazione iniziata nel 1996 con l'introduzione delle terapie antiretrovirali potenti (HAART) ha, solo in parte, omologato questa patologia infettive alle altre. L'incremento dei nuovi casi di infezione, la diminuzione dei decessi, i nuovi bisogni espressi dalle persone sieropositive hanno segnato nuovi orientamenti di lavoro per gli operatori del settore.
Si stima che in Italia vivano circa 120.000 sieropositivi con circa 3.500-4.000 nuove infezioni per anno, il 70% delle quali dovute a rapporti sessuali mentre aumenta il numero di persone che scoprono tardivamente di essere contagiate e l'età alla quale viene posta la diagnosi.
Presso la nostra U.O. di malattie infettive nel periodo settembre 2006-settembre 2008, sono state poste 44 nuove diagnosi di infezione da HIV: 66% maschi, età mediana 33 anni (18-68): il 79% ha un rischio sessuale, il 22% sono immigrati. Il 34% è giunto alla diagnosi sintomatico (il 27% AIDS presenter), il 18% ha più di 50 anni (il 75% di questi in AIDS conclamato, il 62% deceduto entro 1-18 mesi dalla diagnosi); infine il 43% necessita di un trattamento antiretrovirale.
In particolare gli anziani utilizzano lo scudo della menopausa come deterrente a gravidanze indesiderate per giustificare il sesso non protetto, utilizzano farmaci per recuperare livelli ottimali nella performance sessuale e comunque non si considerano a rischio e non prestano attenzione alle rare campagne informative.
Obiettivo di questo contributo è 1) descrivere l'attività di un servizio specialistico che si occupa anche della problematica presenile ed anziana in corso di infezione da HIV/AIDS, favorendo scambi professionali con altre discipline e la promozione di momenti di informazione e prevenzione nell'ottica del benessere collettivo; 2) evidenziare la prevalenza dei nuovi bisogni di normalizzazione e domande di sostegno espressi al servizio sociale da una popolazione di utenti sieropositivi over 45 anni.
A fronte dell'allungamento delle aspettative di vita, le persone sieropositive pongono nuovi problemi e domande di sostegno di elevata complessità:
- richieste di assistenza riproduttiva;
- disagio psico-sociale delle persone migranti;
- richieste di nuova progettualità di vita in persone over 50 anni che hanno contratto l'infezione negli anni 80-90 e sono sopravvissuti grazie alla HAART;
- riabilitazione neuro-motoria in residenze sanitarie assistite, sostegno medico-psico-sociale alla persona ed ai familiari, caregiver, inserimento presso case alloggio per l'aderenza terapeutica, supporto ed orientamento nell'espletamento di iter pensionistici e di invalidità, nell'acquisizione di presidi sanitari e nell'accesso ad assistenza domiciliare integrata in popolazione anziana con diagnosi tardiva, comorbidità e bisogni tipici dell'età avanzata.

Il Servizio Sociale svolge le funzioni di accoglienza ed orientamento, di servizio sociale professionale e consulenza (counseling HIV/AIDS e mediazione familiare), di filtro (come garante dell'anonimato a rinforzo della tutela della privacy). Nella presa in carico integrata gli obiettivi vengono ridefiniti secondo il modello di rete per favorire il collegamento e la collaborazione tra diverse figure professionali e i servizi coinvolti e per avviare una progettualità e ricomposizione delle reti primarie e secondarie nell'ottica dell'integrazione.
L'accompagnamento della persona sieropositiva si esplica mediante lo strumento del counseling specialistico, strutturato per aree di sostegno rivolte a:

– persone, partner, famiglia, amici, bisogni di normalizzazione (economici, affettivi ecc.);
– aderenza terapeutica (gestione efficacia terapie, effetti collaterali, miglioramento contrattualità medico-paziente).



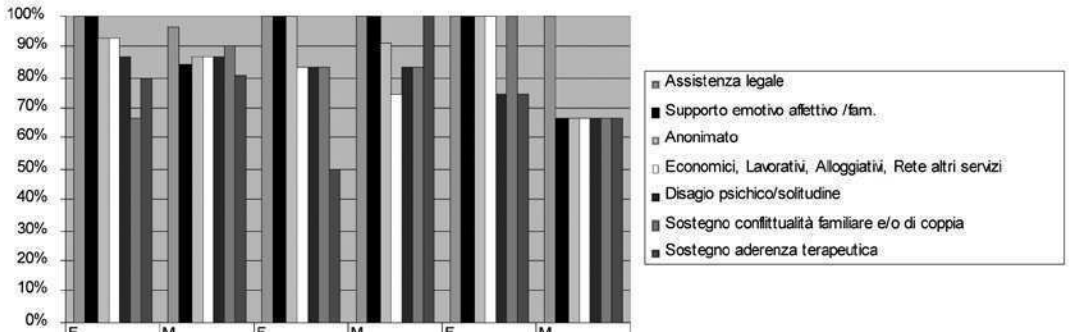
A tale proposito, è stata condotta una indagine di rilevazione di bisogni su un campione di 72 utenti sieropositivi nel periodo 2002/07, 65% maschi, età mediana 53 anni. I soggetti sono stati raggruppati secondo 3 differenti fasce di età (45-54; 55-64; 65-74). Sono stati individuati un totale di 538 bisogni successivamente raggruppati secondo 11 categorie (grafico 1). Relativamente ai principali sette gruppi di bisogni espressi (assistenza legale, supporto emotivo/affettivo/familiare, anonimato, disagio psichico/solitudine, sostegno alla conflittualità familiare e di coppia, sostegno nell'aderenza terapeutica, bisogni economici/alloggiativi) non sono emerse differenze significative nelle tre fasce di età considerate (grafico 2).

La popolazione sieropositiva over 45 anni presa in esame in ordine a problemi di solitudine, disagio psichico, richieste di sostegno per terapie mediche e per conflittualità familiare e di coppia, bisogni connessi a reddito insufficiente e carenza di soluzioni abitative, non si discosta particolarmente dai bisogni tipici espressi, nel nostro panorama nazionale, da una popolazione non sieropositiva over 60 anni, in discrete condizioni di salute o affetta da patologie croniche degenerative. Di contro, si evidenzia una elevatissima richiesta di bisogno di garanzia/anonimato, cardine esasperato ed estrema impalcatura di una patologia devastante nel tempo e ad altissimo impatto sociale.

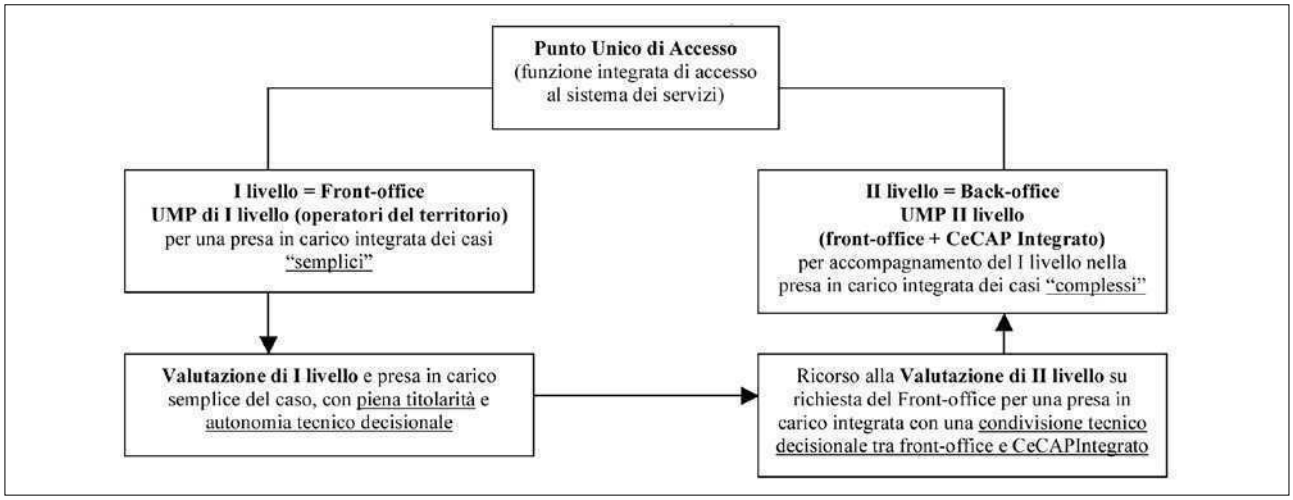
L'obiettivo degli interventi medico psico-sociali, precedentemente finalizzato all'accompagnamento alla morte, è ora prevalentemente rivolto alla nuova progettualità di vita. Questo cambiamento impone serie riflessioni sul senso professionale degli interventi praticati dagli operatori e la necessità di una formazione continua, flessibilità e confronto con altre discipline scientifiche ed altri operatori, soprattutto con il medico di medicina generale (MMG).

Il ritardo di diagnosi è correlato alla scarsa percezione del rischio, probabile conseguenza del successo della HAART: ci si ammala e si muore di meno, aumenta la sopravvivenza, ma ci si infetta perché malattia e morte nell'immaginario collettivo sono state sconfitte.

Appare pertanto necessario attivare campagne di informazione e prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS nei maggiori ambiti e contesti di vita, tempo libero, luoghi di lavoro (incontri e dibattiti presso centri diurni, servizi sociali per anziani, MMG) campagne mediatiche anche a livello locale. Ogni tentativo deve essere esperito affinché informazione e campagne di prevenzione determinino una reale riduzione del rischio correlato ai comportamenti sessuali e sociali. Ciò rappresenta un atto civile e un dovere nei confronti della collettività nel rispetto del diritto alla salute.



	45-54 F	45-54 M	55-64 F	55-64 M	65-74 F	65-74 M
Assistenza legale	100,00%	96,88%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Supporto emotivo affettivo /fam.	100,00%	84,38%	100,00%	100,00%	100,00%	66,67%
Anonimato	93,33%	87,50%	100,00%	91,67%	100,00%	66,67%
Economici, Lavorativi, Alloggiativi, Rete altri servizi	93,33%	87,50%	83,33%	75,00%	100,00%	66,67%
Disagio psichico/solitudine	86,67%	87,50%	83,33%	83,33%	75,00%	66,67%
Sostegno conflittualità familiare e/o di coppia	66,67%	90,63%	83,33%	83,33%	100,00%	66,67%
Sostegno aderenza terapeutica	80,00%	81,25%	50,00%	100,00%	75,00%	66,67%



Il Centro per il Coordinamento dell'Assistenza Primaria integrata (CeCAP Integrato)

S. Covallero

Ambito socio-assistenziale 5.1 Cervignano del Friuli, Udine, Friuli Venezia Giulia

Introduzione. Il "CeCAP Integrato", quale gruppo tecnico multiprofessionale e interistituzionale [1], svolge una funzione volta a promuovere e potenziale, attraverso azioni di formazione, sperimentazione e regia, l'utilizzo e il consolidamento di nuove procedure e strumenti per l'integrazione socio-sanitaria, dal momento dell'accesso alla presa in carico integrata. Recentemente assume anche una funzione valutativa specialistica, in quanto unità funzionale con responsabilità gestionale, di coordinamento e monitoraggio della presa in carico integrata, che si esprime nel ruolo di affiancamento, sostegno e indirizzo svolto in favore dei front-office [2] territoriali nella presa in carico dei casi complessi. Quest'ultima funzione in particolare offre la possibilità di far emergere il ruolo cardine del Servizio Sociale professionale di governo, regia e valutazione di efficacia ed efficienza dei servizi alla persona.

Strumenti e metodi. Il percorso attuativo vedeva la successione di azioni comprendenti una fase formativa per gli operatori coinvolti, l'individuazione di un protocollo operativo condiviso, nonché la definizione di specifici strumenti di valutazione e presa in carico del caso ed in fine una successiva fase di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti. I primi risultati fissati nel piano progettuale erano quindi:

- promuovere un linguaggio comune e allineare il livello di informazione tra gli operatori sui temi: integrazione socio-sanitaria, progetto personalizzato, case manager, presa in carico integrata, complessità;
- individuazione condivisa di un flusso procedurale in grado di orientare gli operatori del front-office nella presa in carico dei casi di I livello e di II livello;
- individuazione degli strumenti valutativi socio-sanitari.

Risultati. Al momento della stesura della presente relazione si è concluso il primo semestre di applicazione delle nuove procedure di presa in carico con l'effettuazione di n. 156 valutazioni integrate di II livello e con la conseguente definizione di altrettanti progetti personalizzati. Uno dei primi effetti attesi dell'attuazione della nuova procedura era il contenimento e il contrasto all'istituzionalizzazione, con lo scopo di pervenire ad una "riorganizzazione sostenibile" della funzione assistenziale domiciliare svolta dalla famiglia. Gli indicatori e i primi risultati a 6 mesi:

Di input	Valutazione della complessità socio-sanitaria	Scheda informatizzata Valgraf. FVG	
		Scheda di valutazione mappa problemi-risorse	
		Scheda piano operativo	
Di percorso	n. valutazioni II livello/n. valutazioni I livello	156/162 = 96,20%	Il 3,80% si è fermato al I livello per assenza di complessità di presa in carico
Di risultato	n. ingressi struttura di persone con progetto personalizzato/n. Progetti personalizzati	3/156 = 1,92%	Il 98,08% a 6 mesi risultano ancora a domicilio
Di impatto	Grado di sollievo delle famiglie prese in carico:		
	indice stress pre-progetto/indice stress post-progetto	Media 41/media 35 = media 38	

[1] I membri sono: Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni dell'Ambito Distrettuale, il Direttore di Distretto Sanitario, l'Assistente sociale dell'Ambito distrettuale, il Referente infermieristico distrettuale e due Infermieri coordinatori distrettuali.

[2] Operatori territoriali raggruppati, per competenze territoriali, in Unità Multi-professionali di I livello (generalmente composti da Assistente sociale di Base, Infermiere di Comunità, Medico di Medicina Generale, Fisioterapista territoriale, altri specialisti/operatori del caso).

Da notare, inoltre, come la formulazione dei progetti personalizzati comprenda un ampio mix di risorse impegnate, sul fronte personale, familiare, informale e istituzionale.

Totale proP	Di cui	Con mix-risorse:						
		Titolare ProP	Famiglia	Terzo settore (formale e informale)	mercato	Servizi istituzionali		
						Servizi e interventi sociali	Servizi e interventi sanitari	Contributi economici sociali
156	121		X		X	X	X	X
	6	X	X		X	X	X	X
	18		X	X	X	X	X	X
	5		X	X		X	X	
	6		X	X	X	X	X	

Emerge, infatti, come l'attenta e approfondita fase valutativa porti alla formulazione di progetti altamente personalizzati basati su un principio di sussidiarietà verticale, nel pieno rispetto del ruolo centrale dell'assistito e della sua famiglia. Si evince come, in un contesto di domiciliarità, la risorsa predominante sia la famiglia, che, beneficiando di un progetto personalizzato, riesce a fronteggiare il carico assistenziale grazie all'acquisizione di nuove capacità e competenze di gestione della non-autosufficienza e dello stress assistenziale, oltre che agli interventi del sistema pubblici e privato.

Conclusioni. Il lavoro di valutazione integrata si basa sulla costruzione della relazione di ascolto con la famiglia, garantendole così il giusto livello di espressività e riconoscimento della funzione svolta. La formulazione del progetto personalizzato rappresenta, infatti, un momento di reciproca acquisizione di consapevolezze (dei propri limiti e delle disponibilità offerte dai servizi) e di fiducia, che rappresenta il presupposto per la costruzione di una cooperazione fra famiglia e servizi. Un'importante ricaduta dell'innovato modello è infine rappresentato dal diverso approccio fondato sulla massima integrazione operativa e fortemente orientato alla persona piuttosto che alla prestazione. In conclusione, fra gli outcome del percorso sperimentato, si evidenzia, quale aspetto qualificante dell'operatività integrata, un modello pro-attivo di approccio ai problemi della persona e della famiglia.

Bibliografia

[1] Gori C. *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*. Franco Angeli, Milano 2001.

L'accoglienza della fragilità anziana nella progettazione della presa in carico privilegiata

P.M.G. Prassoli

Comune di Limbiate, Area Servizi alla Persona, Coord. Area Anziani, Centro Diurno, Sad

Scopo. Dimostrare come nel mondo delle cure rivolte all'anziano, la costruzione di un linguaggio comune condiviso tra geriatra e assistente sociale porta comprensione e chiarezza di cura e permette una presa in carico privilegiata.

Strumenti utilizzati.

- scheda di segretariato sociale;
- scheda personale delle attività area anziani;
- primo colloquio: analisi degli aspetti sociali, raccolta di anamnesi clinica e annotazione di atteggiamenti particolari e ripetitivi dell'utente;
- visita domiciliare con eventuale somministrazione di test o indici;
- colloquio telefonico di supervisione con il geriatra di riferimento formativo;
- colloquio con medico di famiglia in quanto primo responsabile della salute dell'assistito;
- riflessione e pianificazione degli aspetti socio-assistenziali sull'intervento;
- approfondimento, ricerca valutativa; osservazione di eventuali risorse individualizzate;
- proposta del percorso di aiuto in condivisione con il geriatra, anche utilizzando relazione clinica a supporto dell'intervento sociale;
- attuazione del progetto di aiuto privilegiato personalizzato attraverso la stesura di contratto sociale condiviso con la famiglia, il caregiver e, quando possibile, l'utente;
- osservazione dell'utente nel primo periodo di utilizzo del servizio, restituzione dei dati emersi dall'osservazione alla famiglia ed al caregiver.

L'eccellenza del processo di aiuto si ottiene attraverso un efficace coinvolgimento, da subito, del caregiver e di tutti gli attori del percorso di cura, per favorire un percorso comune di lavoro, definendo di volta in volta gli obiettivi da raggiungere in un cammino "a piccoli passi".

Ma la famiglia non trova risposte al bisogno se l'unico interlocutore rimane il servizio sociale, vissuto come erogatore di prestazioni.

Il ruolo essenziale dell'operatore sociale consiste nell'attivazione della rete formale ed informale, nel porsi in altre parole come integratore di sistema.

È essenziale che l'assistente sociale abbia la capacità di costruirsi una serie di rapporti chiari ed efficaci con tutti i nodi della rete delle cure: non è sufficiente che li conosca e fornisca all'utente o alla famiglia l'informazione; dovrà comprendere quando lasciare al caregiver il compito di attivare alcuni punti della rete e quando invece sia più opportuno accompagnare l'utente nel percorso.

Per una valutazione il più possibile vicina al reale è necessario, oltre all'osservazione dell'utente, usare strumenti validati di analisi: schede di valutazione dei bisogni di accudimento, schede sulle capacità residue e delle aree di miglioramento.
Dalla valutazione nasceranno proposte per laboratori, per attività di animazione e di interventi finalizzati al mantenimento delle capacità residue. Tali progettualità mirate potranno essere agite sia a domicilio sia in centro diurno semiresidenziale.
Alle attività svolte direttamente con l'utente si deve aggiungere il sostegno necessario alle figure di riferimento dell'anziano, al fine di evitare il *bourn out* del caregiver, spesso responsabile di fenomeni di esclusione/rifiuto che portano a ricoveri impropri.
Inoltre, è reale come il lavoro di cura degli anziani fragili sia praticamente sostenuto, in maggioranza dalle donne, siano esse familiari, badanti, vicine di casa, volontarie.
Le donne sono una risorsa indispensabile e di grande valore ed hanno una forte tolleranza alla fatica ed alla frustrazione, ma hanno anche bisogno di esprimere le proprie emozioni, i dubbi, essere rassicurate ed aiutate a non crollare sotto la sensazione di inadeguatezza e impotenza.
Un Servizio Sociale di qualità deve porsi il problema del sostegno alle persone che danno assistenza. Uno strumento che, per esperienza personale, si è dimostrato di grande utilità, è stato il gruppo di auto-mutuo-aiuto (AMA), una vera risorsa soprattutto quando gestito con carattere di presenza non sporadica sul territorio.
Auto-mutuo-aiuto come strumento di riconoscimento e di riflessività. L'assistente sociale facilitatore, si mette in gioco nel dare voce e nell'aiutare le "persone normali" nella cura dei loro anziani, in un epoca di modernizzazione accelerata.
L'inserimento dell'anziano in casa di riposo può essere rinviato o riconnotato in altro intervento se le persone che si occupano dell'assistenza parlano tra loro della loro fatica nell'affrontare la vecchiaia, la malattia, la morte, della loro paura di "diventare come mia madre", risolta, a volte con la negazione e l'allontanamento di ciò che ci fa paura. Il compito del gruppo AMA è proprio quello di aiutare a comprendere meglio la propria esperienza di vita e costruire persone che sappiano accogliere, senza rompersi, anche i momenti del dolore, della perdita di ruolo, l'abbrutimento del corpo e l'avvicinarsi della morte.
Il gruppo di auto-mutuo-aiuto affronta le paure, ma anche le esperienze messe in campo, le risorse che altri hanno trovato, la lettura del proprio operato, ed è luogo privilegiato per l'ascolto dell'altro.
Come facilitatore, l'assistente sociale dovrebbe imparare a convivere con le reazioni emotive suscitate dai racconti, perché come professionista non può liquidare i problemi emersi con un intervento immediato, ma tradurre questa esperienza in un valore aggiunto per il suo lavoro.
Risultati.

- Incremento numerico degli accessi nel Centro Diurno e nell'assistenza domiciliare;
- elaborazione di strumenti condivisi per l'ascolto e la valutazione del bisogno;
- elaborazione dei progetti in équipe multiprofessionale, coordinata dall'assistente sociale;
- progettazione di percorso assistenziale personalizzato con uno sguardo "olistico" alla persona e non alle sue carenze;
- attivazione della "regia sociale" nell'intervento socio sanitario;
- diminuzione del ricorso ai ricoveri impropri in ospedale e diminuzione dei ricoveri definitivi in RSA;
- alta frequenza dei caregiver all'offerta del gruppo AMA, che ha rappresentato un reale sostegno ai caregivers.

Bibliografia

1. Ferrio L. *Terminologia medica*, Utet, Torino 1976.
2. Zucchelli G, Silvi G. *La fragilità nell'anziano.* Ord. Prov. Med. Ch. e Odont. Livorno 2001.
3. Giusti C. *Aiutare ad invecchiare*. Belforte & C. Editori, Città di Castello 2000.
4. Taccani P, Dell'Orto F. *Conoscere la vecchiaia.* La Nuova Italia Scientifica, Roma 1990.

QUARTA SESSIONE

L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER LE PERSONE ANZIANE

Coordinatori: C. Pedrelli (Fiorano Modenese), L. Spisni (Arezzo)

Considerazioni sulla funzione del responsabile del servizio assistenza domiciliare all'interno dell'équipe di valutazione multiprofessionale dell'UVM

C. Brogi

Distretto/SIAST 5 Società della Salute Firenze

Il Comune di Firenze, nel proprio ambito territoriale, rappresenta ampiamente il fenomeno che sta coinvolgendo tutto il territorio nazionale: il crescente invecchiamento della popolazione e l'aumento dei grandi anziani in situazione di fragilità, a rischio di perdita della propria autosufficienza fisica e psichica. La tabella sottostante rappresenta tale situazione.

Popolazione residente nel Comune di Firenze per quartiere e fascia d'età (31/8/2008)

SIAST	0-14	15-64	65 ed oltre	Totale
SIAST 1	6.965	44.910	14.527	66.402
SIAST 2	9.947	53.700	24.551	88.198
SIAST 3	4.949	23.988	11.651	40.588
SIAST 4	7.860	41.531	17.245	66.636
SIAST 5	12.027	64.876	26.990 (26%)	103.893 (100%)
Totale	41.748 (11%)	229.005 (61%)	103.893 (28%)	365.717 (100%)

Fonte: Comune di Firenze

Inoltre la struttura della famiglia sta mutando e i patti di reciproco sostegno tra generazioni, che in precedenza garantivano aiuto scambievole, si sono modificati, rendendo fragile o assente la rete familiare.

Anche l'aumento della prospettiva di vita della popolazione anziana fa sì che i figli impegnati nell'assistenza dei genitori ultra-novantenni risultino a loro volta anziani e talvolta bisognosi di cure, come pure occupati a garantire il patto di solidarietà tra sé e la successiva generazione, cioè verso i propri figli impegnati nel lavoro e in difficoltà ad accudire alla loro prole.
Oltre ad una socialità ristretta e uniforme basata su relazioni stabili, chiuse e dense, costruite da parenti stretti, assistiamo spesso ad un'altra, composta da legami deboli e da numerosi interlocutori, individuati dal soggetto. Di fatto, chi ha solo pochi rapporti forti, al momento della loro mancanza sperimenta una situazione di vuoto relazionale, mentre, al contrario, chi ha una numerosa rete di legami anche se deboli può vivere una condizione di solitudine positiva. Questi due tipi di socialità sono estremamente necessari e sono fondamentali per poter organizzare ad oggi un progetto di servizio per la domiciliarità.
Alla conseguente crescita della domanda sociale si contrappone la difficoltà di sostenere un'ulteriore espansione ed articolazione dei programmi pubblici di assistenza sociale, perciò si sta sviluppando, in modo evidente, un mercato del welfare. Il mercato non è capace di risolvere da solo ogni problema, i mercati sono incompleti e l'informazione è imperfetta. Nell'offerta dei beni e servizi si determina una asimmetria informativa a svantaggio dei consumatori che *ex ante* non possono conoscere la qualità del servizio per poter effettuare scelte e valutazioni. Quindi il settore privato non può essere alternativo a quello pubblico ma complementare.
L'operatore sociale non è più principalmente colui che eroga ma colui che, in un'ottica e in un gruppo multidisciplinare, legge il bisogno, interpreta le reti di risorse pubbliche e private intorno al soggetto e diviene colui che le attiva nel progetto personalizzato.
In questo momento ritengo che stiamo vivendo, nell'ambito della città di Firenze, una fase transitoria di sperimentazione in attesa di decisioni legislative in merito al fondo per la non autosufficienza. In ogni caso, si sta lavorando verso un sistema di servizi per la domiciliarietà, servizi e prestazioni economiche finalizzate a favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in condizione di fragilità o di non autosufficienza.
Attraverso le recenti delibere della Giunta della Società della Salute, sono stati attivati gradualmente, dal 2006 ad oggi, cambiamenti nell'attività professionale del servizio sociale e nei confronti dell'utenza.
L'accesso ai servizi, da parte della popolazione anziana, ad esempio, è stato modificato ed avviene non soltanto attraverso il segretariato sociale professionale, ma attraverso il servizio infermieristico, l'ospedale, il medico di medicina generale (Mmg). Viene così effettuata una prima valutazione e, se trattasi di situazione complessa, viene inviata al PUAC (punto unico d'accesso centralizzato) che attiva gli operatori socio-sanitari e calendarizza le sedute UVM. Si effettua la visita domiciliare a cura dell'assistente sociale e dell'infermiera. Nella seduta UVM, si definisce il progetto di assistenza personalizzato. Nella città sono previsti 5 UVM, i cui componenti sono: il medico ASC, l'assistente sociale, l'infermiere, il Mmg, il responsabile del servizio di assistenza domiciliare (SAD), l'addetto amministrativo e i familiari o il legale rappresentante del soggetto interessato, che si aggiungono in un secondo momento.
Ad oggi, sono stati inviati, dal 01/01/2008 al 31/08/2008, dai Servizi Sociali cittadini al PUAC, 702 casi.
Presso il Quartiere 5, sono stati esaminati dall'UVM, dal 01/01/2008 al 31/08/2008, fra nuovi progetti e revisioni, 549 casi di cui nuovi circa 230.
La presenza del responsabile SAD all'interno dell'UVM è risultata, a mio avviso, estremamente proficua perché riveste la funzione intermedia di coordinamento delle risorse, quale necessario tramite tra gli interventi di base e i livelli programmatori e organizzativi più generali, quindi il responsabile SAD ha rapporti e conoscenze con le risorse del territorio e, a differenza degli altri componenti dell'UVM, può disporre della conoscenza diretta dei soggetti valutati, fruitori in precedenza di altri servizi per la domiciliarietà.
Inoltre, offre maggiori garanzie di omogeneità nelle situazioni considerate da diversi operatori, in varie zone eterogenee del quartiere, e ha la possibilità di valutare maggiormente la fattibilità dei progetti mirati al mantenimento presso il proprio domicilio dell'utente, proponendo specifici PAP, mirati ai bisogni di ogni singolo anziano autosufficiente, cercando di attuare progetti con risorse diversificate che possono essere frequentemente seguiti e valutati durante il loro svolgimento dallo stesso responsabile SAD.
È necessario che gli operatori dell'UVM conoscano la realtà quotidiana delle persone di cui l'unità di valutazione si interessa ed è solo su questo piano che si realizza la valutazione, si predispone un'efficace risposta al bisogno e si verificano i risultati.
A mio avviso, altro fattore d'interesse e indicatore di qualità è la presenza dei familiari all'UVM. Non è pensabile, infatti, parlare di lavoro sociale sull'individuo, svincolandolo dalla propria rete familiare e/o dalla propria rete di supporto.
I *caregivers* hanno bisogni di essere informati, preparati, sostenuti, ascoltati. In questi anni di lavoro ho maturato il massimo rispetto per l'assistenza svolta dai familiari, amici, conoscenti e operatori che si prendono cura delle persone con le più variegate patologie. Dobbiamo perciò riconoscere e strutturare relazioni con questi soggetti, che permettono, anche con piccole azioni quotidiane, come "aprire la porta" ad un operatore domiciliare, la possibilità di permanere a casa di una persona non autosufficiente. Sono forme di aiuto insostituibile che l'istituzione pubblica non potrebbe svolgere ma che, di fatto, accompagnano e sostengono gli interventi più specialistici mirati sul caso. In questa fase di sperimentazione, l'UVM del Q5 ha trovato la possibilità di arricchire ulteriormente il momento del rapporto con i familiari, creando una sinergia con la presenza dell'addetto amministrativo. Si permette così, al termine della seduta dell'UVM, la comunicazione di tutte le informazioni per giungere consapevoli a sottoscrivere le indicazioni presenti nel PAP, in vista della sua realizzazione, con la consegna della modulistica. Questo risparmierà la necessità di un ulteriore contatto telefonico, con un successivo appuntamento, senza rimandare nel tempo procedure che trovano in questa sede possibilità di soluzione.
Ovviamente, nei rapporti con i familiari, emergono maggiormente le incongruenze e le criticità del sistema: la trasparenza sui tempi

d'attesa delle liste per giungere alla realizzazione del PAP, l'assenza dell'accreditamento da parte del competente ente pubblico di personale o di gruppi di operatrici atte a svolgere attività di assistenza familiare, l'assenza ricorrente del MMG, la scarsa comunicazione tra gli attori e gli uffici preposti alla gestione delle liste, sia per le soluzioni residenziali, sia per i contributi per l'assistenza familiare. Queste incongruenze tra il PAP e la sua concreta realizzazione rischiano di trasformare i gruppi di unità per la valutazione in un mero passaggio burocratico, obbligatorio per la concessione di specifici vantaggi o servizi. Addirittura, si assiste talvolta ad una sorta di predeterminazione della valutazione, lasciando comunque la famiglia o l'individuo a fronteggiare il problema e realizzare il progetto, sperando solo di poter giungere un domani al beneficio o al servizio promesso.

Camminando si ottengono sempre due risultati insieme: da un lato ci si avvicina ad una meta, dall'altro si costruisce la strada dietro di sé. L'intervento di aiuto sociale è come un "viaggio avventuroso", dove bisogna prendere decisioni in ogni momento, rischiando di sbagliare e di doversi correggere, insomma dove bisogna sempre andare avanti un po' così.

F. Folgheraiter, *L'utente che non c'è*, Erickson, Trento, 2000.

Bibliografia

1 Ranci C. *Il mercato sociale dei servizi alla persona.* Carocci, Roma 2001.

2 Stiglitz JE. *In un mondo imperfetto.* Donzelli, Roma 2001.

3 Cioni E. *Solidarietà tra generazioni*. Franco Angeli, Milano 1999.

4 Fukuyama F. *La grande distruzione*. Baldini-Castoldi, Milano 1999.

5 Folgheraiter F. *L'utente che non c'è*. Erickson, Trento 2000.

6 Hillman J. *La forza del carattere*. Adelphi, Milano 2000.

Un modello di assistenza domiciliare specializzata integrata rivolta ai malati di Alzheimer

A. Galluccio, P. Deboli, L. Pascucci[1], M. Ricci[1]

Assistente Sociale, Cooperativa Sociale "Nuova Socialità" Onlus, Roma; [1] Psicologa, Cooperativa Sociale "Nuova Socialità" Onlus, Roma

Scopo della ricerca. La cura della demenza di Alzheimer in quanto patologia cronica degenerativa, impone la ricerca di strategie assistenziali integrate, diversificate e specializzate per meglio rispondere alle esigenze del malato e del suo caregiver. Ad oggi si stima che l'80% dei malati è assistito dai propri caregivers a domicilio, inteso come luogo di cura privilegiato. In effetti, un adeguato sostegno al malato e al caregiver consente ad entrambi una migliore qualità di vita. A partire da questa consapevolezza, sarebbe opportuno progettare e programmare servizi che garantiscano al malato e alla sua famiglia un sostegno mirato. Dopo 4 anni in cui abbiamo sperimentato un servizio qualificato, le evidenze cliniche confermano che l'assistenza domiciliare integrata specializzata (da ora in poi SADISMA), risponde meglio alle esigenze del malato e del suo caregiver. Scopo del nostro studio è quello di verificare se un servizio dedicato sia in grado di produrre maggiori benefici nella sfera cognitiva, funzionale e comportamentale in pazienti affetti da demenza rispetto ad un servizio di assistenza generica (da ora in poi SAISA). Allo stesso modo vogliamo verificare come il SADISMA possa avere una ricaduta positiva sullo stress del caregiver.

Materiali e metodi. Il campione è rappresentato da un gruppo di 15 persone affette da demenza severa (MMSE < 10) e dai loro caregivers, inserite nel servizio SADISMA. Il sistema del Servizio si ispira al concetto di "*Domicilio Allargato*" nell'ottica del Comunity Care mentre l'approccio metodologico fa riferimento al modello del Gentle Care [1].

Il SADISMA propone, attraverso un'équipe costituita da psicologo, assistente sociale, case manager e operatori sociali appositamente formati, interventi di: stimolazione cognitiva, attività occupazionale, attività motorie, attività di vita quotidiana e di socializzazione. Per i familiari sono previsti interventi di counselling sociale, psicoeducazionali, di sostegno psicologico, segretariato sociale, percorsi informativi, gruppi di mutuo auto aiuto mensili. Il servizio si avvale di un protocollo d'intesa con l'UVA del San Camillo di Roma.

Per ciò che concerne il gruppo di controllo (n = 15), omogeneo per gravità di patologia, scolarità e sesso è costituito da 15 anziani inseriti nel servizio SAISA, il quale propone interventi domiciliari socio-assistenziali generici. Anche in questo campione c'è la presenza di un caregiver familiare.

Per ciò che riguarda le caratteristiche demografiche dei soggetti coinvolti nello studio, abbiamo preso in considerazione l'età, la scolarità e il sesso, sia dei malati sia dei loro caregivers. Per misurare le differenze tra le medie è stato utilizzato il test statistico ANOVA ad una via (one way), mentre per vedere la differenza tra i due gruppi della percentuale di donne è stato utilizzato il metodo del CHI^2.

Pazienti	Gruppo sperimentale	Gruppo controllo	Caregiver	Gruppo sperimentale	Gruppo controllo
Età (M/DS)	M = 80,14 DS = 8,18	M = 86,5 DS = 4,67	Età (M/DS)	M = 55,83 DS = 14,29	M = 55,89 DS = 12,9
Scolarità (M/DS)	M = 9,28 DS = 3,54	M = 6,7 DS = 2,63	Scolarità (M/DS)	M = 12,54 DS = 3,64	M = 11,8 DS = 3,6
Sesso (F%)	50	70	Sesso (F%)	64,3	80

M = Media; DS = Deviazioni Standard

	Gruppo sperimentale				Gruppo di controllo		
	T0 Baseline	T1	T di student		T0 Baseline	T1	T di student
SIB	12,93 (3,75)	15,5 (3,03)	p < 0,0001	SIB	15,1 (4,12)	14,6 (4,06)	n.s.
*AVQ	15,57 (4,05)	18 (2,85)	p = 0,001	AVQ	17,9 (7,1)	18,5 (7,04)	n.s.
NPI	30,36 (6,62)	27,78 (6,66)	p = 0,003	NPI	32,1 (15,23)	31 (14,35)	n.s.
CBI	59,14 (11,86)	46,64 (8,78)	p < 0,0001	CBI	58,7 (10,66)	57,89 (12,9)	n.s.

* Attività di vita quotidiana (AVQ)

Per la verifica dei risultati è stato costruito uno strumento di valutazione multidimensionale costituito da una versione ridotta della SIB, un questionario sulle attività di vita quotidiana AVQ e l'NPI; inoltre è stato somministrato ai familiari il CBI. La valutazione è stata effettuata, ad entrambi i gruppi, nel momento della presa in carico (T0), a tre mesi (T1) e a 6 mesi (T2). Lo studio avrà una durata di 12 mesi.
Risultati. I risultati qui riportati si riferiscono alla prima verifica (T1). Le aree che sono state testate sono: cognitiva, funzionale e comportamentale e il livello di stress del caregiver. La somministrazione dei test è stata affidata a operatori addestrati e specializzati.
I punteggi grezzi inseriti in tabella sono stati standardizzati con il metodo di "T di student".

A distanza di tre mesi, si evidenzia nel gruppo sperimentale un sensibile miglioramento delle capacità cognitive, funzionali e comportamentali e una riduzione dello stress del caregiver, dato maggiormente significativo se si considera la tipologia dei soggetti. Per quanto riguarda il gruppo di controllo non si è verificato un miglioramento significativo nelle aree di studio preposte. Possiamo asserire quindi che, anche nelle fasi più avanzate della malattia, è possibile costruire un percorso terapeutico efficace. L'organizzazione del servizio in pacchetti assistenziali così come l'utilizzo del concetto del domicilio allargato, in una ottica protesica hanno consentito la prevenzione dell'isolamento e dell'emarginazione in cui il malato ed il suo caregiver rischiano di trovarsi. L'articolazione flessibile delle azioni e la considerazione della persona nella sua globalità si sono dimostrate strategie vincenti per garantire la continuità della "cura" e la permanenza della persona nel servizio. Sarà comunque necessario un ulteriore periodo di sperimentazione nel tempo, per verificare l'efficacia della nostra ipotesi e cioè che il SADISMA è in grado di produrre azioni benefiche sia per il malato che per il suo caregiver.
Conclusioni. Questo lavoro ci permette di avvalorare l'ipotesi principale e cioè che il servizio sociale specializzato è più efficace rispetto ad un servizio di assistenza generica ed è nostro auspicio che i servizi dedicati non si riducano a interventi puramente assistenzialistici.
Con questo studio vogliamo sottolineare l'importanza ed il ruolo di un servizio sociale che vada di pari passo con quello sanitario, meta possibile solo se esiste un reale impegno da parte del sociale stesso ad utilizzare strumenti di rigore scientifico per ottenere dei risultati verificabili. Solo in questo modo è possibile promuovere un linguaggio condiviso fondamentale per ogni forma di sinergia.

Bibliografia

1 Jones M. *Gentlecare: changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way.* Richmond, BC, Canada 1996.

2 Maddox MK, Burns T. *Positive approaches to dementia care in the home*. Geriatrics 1997;52(Suppl).

3 Donati P. *Cura della salute e reti sociali: il progetto della Community Care.* L'Arco Di Giano, n 5, Franco Angeli ed. Milano 1995.

4 Folgheraiter F, Donati P. *Community Care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete.* Centro Studi Erickson 1993.

Anziani non autosufficienti: la valutazione del bisogno assistenziale e della risposta della rete sociale, nell'ambito delle cure a domicilio

P. Lonardi

Assistente sociale coord. Comune di Legnago (VR)

Questo contributo nasce dal lavoro svolto come membro del "Gruppo di lavoro regionale per l'implementazione degli strumenti di valutazione individuale", istituito dalla Regione Veneto nel 2006. Lo scopo principale di tale gruppo è di avviare l'implementazione di nuovi strumenti di valutazione per l'accesso agli interventi di sostegno alla domiciliarità. In particolare, per gli interventi di aiuto economico, e dalla necessità del superamento dell'attuale scheda socio-sanitaria di valutazione, mediante la definizione di strumenti valutativi innovativi, utilizzabili nella definizione del progetto individualizzato di assistenza e nell'attribuzione dell'assegno di cura, in collegamento con gli altri strumenti di valutazione in atto, quali la scheda S.Va. M.A. – Dati Statistici (fonti: ISTAT – Regione Veneto e Clesius).
La popolazione anziana (ultrasessantacinquenni) del Veneto nel 2001 era 827.632, pari al 18,3% dei residenti e la previsione per il 2010 è che superi il 20%.
Nel primo semestre 2008 le richieste di assegno di cura nel Veneto sono state n. 30.151, di cui ammesse a contributo economico n. 21.231. Di queste n. 4.034 sono per la presenza in famiglia di malati di Alzheimer o altre demenze e n. 2.621 per la collaborazione di una badante fissa.
Contenuti della nuova scheda. La rappresentazione del bisogno del soggetto, non varia soltanto in relazione alle sue personali abilità, ma anche in relazione alle sue esigenze personali, all'ambiente in cui si trova e all'aiuto che riceve concretamente dalla famiglia e dalla rete informale. La questione è tutt'altro che teorica: gli aiuti pubblici devono dipendere sia dai bisogni del malato, sia da come e quanto vengono soddisfatti dalla famiglia, più che da una mera valutazione della non autosufficienza.
La nuova scheda di valutazione che è in fase di sperimentazione in alcune AULSS della Regione Veneto, deve essere compilata dal medico di Medicina generale e dall'Assistente Sociale che deve rilevare,

oltre al bisogno assistenziale, chi e in che misura lo copre, in modo da poter graduare il contributo economico in base alle prestazioni effettivamente garantite.
Gli indicatori dei bisogni assistenziali della scheda sperimentale sono mutuati dalla scheda S.Va.M.A e sono: preparazione dei pasti, pulizia della casa, lavanderia, effettuazione acquisti, alimentazione, bagno, toeletta personale, abbigliamento, uso del wc, assunzione medicinali, trasferimenti, deambulazione, cura dei propri interessi, sostegno psicoaffettivo, supervisione diurna, supervisione notturna.
In termini di servizio sociale, questa parte della scheda deve essere intesa come una sintesi dell'analisi della valutazione dei bisogni della persona, vista nella sua globalità (non per le sole singole prestazioni), nel proprio ambiente e relazioni, tenendo presenti tutte le variabili, sociali, temporali, emozionali e relazionali che vanno ad incidere sullo stato di salute e la non autosufficienza.
In correlazione, il medico di Medicina generale nella propria parte della scheda rileva le condizioni del "Quadro Fisico", e alcuni elementi di assistenza infermieristica, sulla base di parametri funzionali e di dipendenza, quindi la rilevazione dell'assistente sociale è fondamentale per una valutazione interprofessionale e integrata dello stato in cui si trova la persona e del carico assistenziale della famiglia.
La scala di giudizio adottata per la rilevazione di tali bisogni è di tipo temporale: continuo, quotidiano, frequente, occasionale, assente e dà a ogni singolo giudizio un valore da 0 a 25.
In fase di predisposizione della scheda era stata scelta un'altra scala con giudizi di tipo qualitativo e perciò molto soggettivi. In questo caso è valso trarre dall'esperienza professionale dell'assistente sociale che quotidianamente si trova ad affrontare la dimensione della non autosufficienza e del carico assistenziale che ne consegue, per determinare tale variazione, attraverso un processo circolare che è partito dalla prassi quotidiana alla concettualizzazione delle informazioni, dell'esperienza e del sapere professionale.
Una volta definito il bisogno, aspetto non meno complesso, è capire e soprattutto rilevare correttamente se tali necessità di cura vengono adeguatamente assicurate alla persona dalla rete familiare e sociale.
In questo caso la valutazione si sposta sulla rete: la persona non autosufficiente "appartiene" ad un contesto, in cui trova o dovrebbe trovare una risposta ai suoi bisogni e su cui incide con il proprio stato. In questa fase l'assistente sociale è nelle condizioni non solo di rilevare lo stato delle reti/relazioni, ma eventualmente di supportare la famiglia o la rete esistente, per trovare le risposte più adeguate, operando a livello di legami, interazione e organizzazione.
La scheda quindi diventa strumento della relazione d'aiuto, quando il professionista ne intravede l'opportunità.
Inoltre, non deve essere persa di vista la complessità della situazione da un lato e una visione olistica della persona dall'altro, tenendo presenti tutte le variabili che possono incidere sulla relazione di cura in atto: la qualità, la quantità l'appropriatezza delle prestazioni, nonché lo stress del caregiver …
Terzo aspetto significativo è rappresentare in che misura le persone coinvolte nella cura assicurano la copertura complessiva delle necessità assistenziali e soprattutto quanto la famiglia si fa aiutare sia nell'ambito della propria rete informale, sia da personale privato o dall'ente pubblico. In questo caso nella scheda sono state individuate tre categorie:
1. famiglia, rete familiare, volontariato;
2. personale economicamente a carico della famiglia;
3. personale economicamente a carico dell'Ente Pubblico.

Per ognuna di esse l'assistente sociale deve indicare la percentuale di copertura del bisogno rilevato (da 0 per nessuna copertura a 100% in caso di bisogno interamente coperto).
Questa rilevazione permette di capire quali sono le modalità organizzative adottate dalla famiglia, quanto essa si fa aiutare, quanto copre i bisogni assistenziali e con quali modalità. Inoltre, gli aggiornamenti successivi permetteranno di sapere quanto il contributo economico è decisivo nella scelta di assistere la persona non autosufficiente a domicilio e se incide nella continuità dell'intervento.
Inoltre, l'assistente sociale, qualora rilevi l'insufficienza delle prestazioni o una situazione di grave pregiudizio per la persona debole, può avvalersi di tale valutazione per un'eventuale segnalazione della situazione.
Infine, si sottolinea come il contributo offerto dai professionisti del servizio sociale, dapprima nel gruppo di lavoro per la predisposizione della scheda e successivamente per la sua applicazione possa essere individuato a due livelli.
Un primo livello più teorico, di ricerca e analisi che attraverso una teorizzazione della prassi e l'utilizzo di strumenti della ricerca sociale, ha portato alla individuazione di indicatori del bisogno attendibili e coerenti. Un secondo livello, più tecnico dove la scheda è strumento del professionista, per sintetizzare l'analisi e la valutazione del bisogno, sia in un contesto di relazione d'aiuto, sia per l'accesso ai servizi.

Quando l'ascolto diventa strategia di miglioramento nei servizi di assistenza agli anziani

A. Mennella, M. Sole
Distretto Sanitario B di Eboli

Il Distretto Sanitario "B" di Eboli copre il 20% della superficie dell'ASL SA2 fornendo assistenza ad una popolazione di circa sessantamila abitanti costituita per il 17% da anziani. Nel biennio 2004-2006 la popolazione anziana ha registrato un incremento dell'8,8% determinando un aumentato fabbisogno di servizi sanitari e socio-sanitari per la maggiore esposizione al rischio di patologie di questa fascia di popolazione.
Il servizio distrettuale di assistenza anziani garantisce già da diversi anni l'Assistenza Domiciliare che ha raggiunto, durante l'ultimo biennio, soddisfacenti livelli organizzativi.
Lo scopo di questo contributo è quello di evidenziare il particolare ruolo dell'U.O. Accoglienza e Relazioni con il Pubblico nel perseguimento degli obiettivi di miglioramento complessivo della qualità del servizio.
Il contatto quotidiano e diretto con gli utenti pone, infatti, la nostra U.O. in una posizione strategica, rendendola un osservatorio privilegiato dei disagi, delle difficoltà degli utenti nel rapportarsi ai servizi.

Questi disagi risultano ancora più evidenti nel caso dei pazienti anziani che appaiono spesso frastornati di fronte alle cavillosità di procedure che, per quanto siano oggetto di semplificazione, rimangono comunque troppo spesso tortuose.
Il fatto che la funzione di accoglienza venga gestita da assistenti sociali risulta a nostro parere determinante, poiché il paziente anziano proprio per le sue innumerevoli fragilità fisiche e psicologiche ha bisogno di essere accompagnato e non semplicemente indirizzato nel suo viaggio attraverso la sanità e allo stesso tempo ha bisogno di instaurare una comunicazione vera più che ricevere semplicemente delle informazioni.
Per l'anziano, infatti, la possibilità di dialogare, di essere ascoltato ed accolto, rappresenta un bisogno in sé che accompagna e forse viene prima degli altri bisogni sociali e sanitari che determinano la richiesta del servizio.
È evidente, però, che solo la particolare sensibilità e la capacità di relazione empatica dell'assistente sociale permette di cogliere questi aspetti latenti della richiesta e trasformarli in proposte di effettivo miglioramento del servizio in un contesto, come quello sanitario, in cui spesso l'attenzione si focalizza unicamente sulla malattia tralasciando aspetti che invece sono determinanti nella promozione della salute della persona.
La necessità di realizzare un deciso miglioramento del servizio anziani è apparsa evidente quando, nel 2006 la nostra U.O. ha somministrato agli utenti del distretto un questionario sul gradimento relativo al servizio di accoglienza. Da questa rilevazione sono emersi due fondamentali nodi critici:

1. l'insufficienza delle informazioni che le operatrici dell'URP erano in grado di fornire rispetto ai tempi di attesa per le prestazioni domiciliari;
2. la difficoltà di relazione e di comunicazione con gli operatori degli interventi domiciliari spesso frettolosi nell'esecuzione delle visite e poco propensi al dialogo e all'ascolto.

Sulla base di questa indagine abbiamo, quindi, avviato tutta una serie di iniziative finalizzate a migliorare la qualità del servizio, avendo come obiettivi prioritari la sua efficienza e la sua umanizzazione. Abbiamo promosso la diffusione, in ambito distrettuale, di una cultura dell'ascolto e della comunicazione con il paziente, sensibilizzando medici, infermieri ed operatori sul valore del dialogo e dell'ascolto. Abbiamo cominciato a registrare i tempi di attesa per le visite domiciliari tanto che oggi siamo in grado di fissare un appuntamento con il paziente riducendo i disagi dello stesso e dei suoi familiari che possono gestire più efficacemente i loro impegni quotidiani. Contestualmente abbiamo lavorato per la riduzione del tempo medio di attesa per l'attivazione del servizio tanto che, dall'inizio del 2007 alla fine del primo semestre del 2008, esso è stato oggetto di una riduzione superiore ad un terzo passando da 18 a 5 giorni.
All'inizio del 2008 abbiamo messo a punto un questionario per la rilevazione della soddisfazione degli utenti in ADI procedendo alla sua somministrazione che, entro al fine dell'anno riguarderà la totalità degli utenti che usufruiscono del servizio.
Restano comunque evidenti alcune criticità come, ad esempio, il rapporto con i medici di base che, a differenza del passato, non sembrano più buoni ascoltatori e consiglieri del paziente e spesso riducono il loro ruolo a semplici "prescrittori" di farmaci.
Il più delle volte quando l'utente viene preso in carico dal servizio distrettuale di assistenza anziani il medico di base si volatilizza letteralmente, disertando le riunioni dell'équipe multidisciplinare. La nostra U.O. cerca, per quanto possibile, di fare da ponte, di creare un dialogo tra servizi distrettuali e medici di medicina generale spesso contattandoli in occasione delle visite domiciliari degli operatori sanitari allo scopo di rassicurare il paziente e facilitare il dialogo tra operatori e famiglia dello stesso.
In definitiva possiamo dire che il nostro lavoro di accoglienza e prima valutazione della situazione opera come volano del miglioramento del servizio anziani in una doppia direzione:

– verso l'interno, poiché mediante l'analisi delle richieste, la valutazione del gradimento degli utenti e la gestione dei reclami consente di elaborare quel set di informazioni che si pone come condizione indispensabile per la programmazione del servizio;
– verso l'esterno perché l'essere accolti da professionisti del sociale da un lato riduce il rischio di burocratizzazione del rapporto utente/servizio e dall'altro consente di offrire prestazioni effettivamente rispondenti al bisogno evidenziato.

La "capacità di ascolto" risulta, quindi, *condicio sine qua non* per l'offerta di un servizio di qualità, poiché senza di essa si rischia di investire tempo e risorse unicamente per migliorare gli aspetti tecnici con il risultato paradossale di offrire un servizio qualitativamente elevato ma che non soddisfa l'utente nella misura in cui non risponde alle sue effettive necessità.
L'accoglienza, che trova nella capacità di ascoltare la sua più compiuta espressione, diventa, così, luogo ideale di sintesi tra queste due dimensioni della qualità (quella tecnica e quella percepita), che devono necessariamente essere legate da un rapporto simbiotico poiché l'una non ha ragion d'essere senza l'altra.
In caso contrario, a dispetto delle buone intenzioni, si rischia di ricadere nella logica dell'autoreferenzialità, mentre la "qualità" rimane una chimera, una parola vuota, buona solo per abbellire i documenti di programmazione.
È evidente, dunque, come il lavoro dei professionisti del sociale, svolto spesso sottotono, risulti assolutamente decisivo con la sua capacità di vedere che oltre la malattia ci sono delle persone, delle storie di vita che chiedono di essere ascoltate.

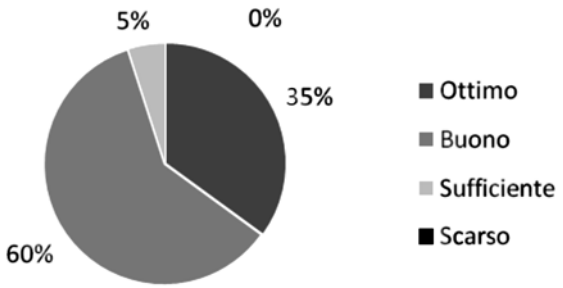
Allegato. Ds "B" ASL SA/2. Indicatori di funzionamento del Servizio Assistenza Anziani, 2006/2007.

	Anno 2006	Anno 2007	Variazione
N. utenti in Assistenza Domiciliare/	374/12.350	850/11.628	+ 3,38%
N. popolazione anziana > 65 anni	3,02%	6,4%	
Utenti in Assistenza Domiciliare/N.	374/732	850/1.000	+ 34%
richieste di Assistenza Domiciliare	51%	85%	
N. prestazioni infermieristiche a domicilio/N. infermieri addetti	3.863/5 (772,6 cad.)	5.000/5 (1000 cad.)	+ 227.4 (cad)
N. presa in carico di pazienti in dimissione protetta/N. richieste di presa in carico	15/15 100%	16/16 100%	—
N. medio di ore finalizzato alla definizione del piano di cura individualizzato	2	2	—
N. visite mediche effettuate/N. medici	Non rilevato	850/2 (425 cad.)	—
N. interventi in primo accesso/N. complessivo di utenti nell'anno	Non rilevato	2500/850 (2,94 cad.)	—
N. medio di ore settimanali di apertura dei servizi per anziani	Non rilevato	36	—
Tempo medio di attesa per visite geriatriche domiciliari	Non rilevato	18 gg.*	—

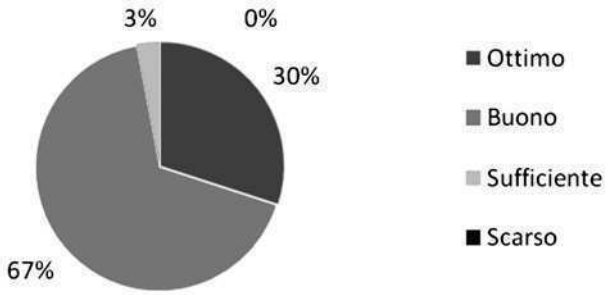
* Operando un confronto con i dati rilevati nel primo semestre del 2008 si registra una riduzione del tempo di attesa superiore ad un terzo con una media di 5 giorni per richiesta.

Sintesi dei risultati emersi dal questionario di gradimento del servizio "Accoglienza e relazioni con il pubblico"

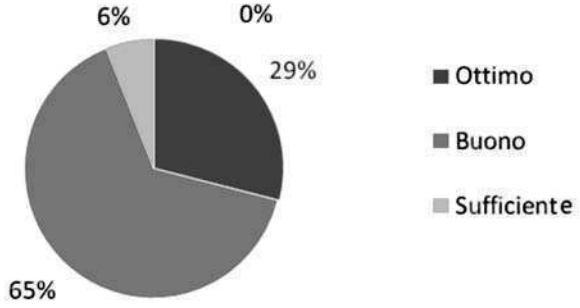
Come vi è sembrata l'accoglienza del nostro Distretto al momento dell'ingresso?



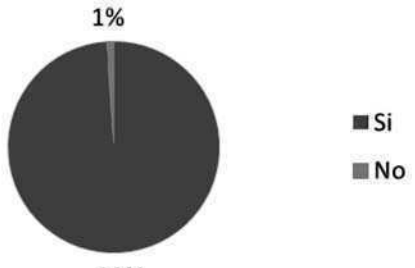
Come considerate il grado di disponibilità e cortesia del personale addetto all'accoglienza?



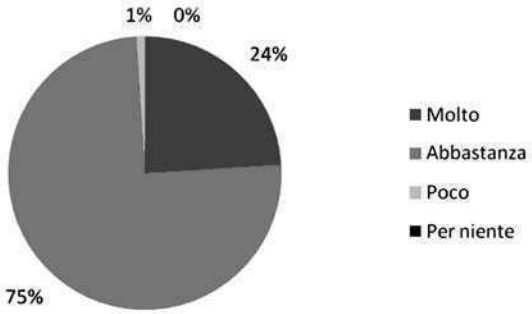
Come considerate il grado di chiarezza delle informazioni date dal personale addetto all'accoglienza?



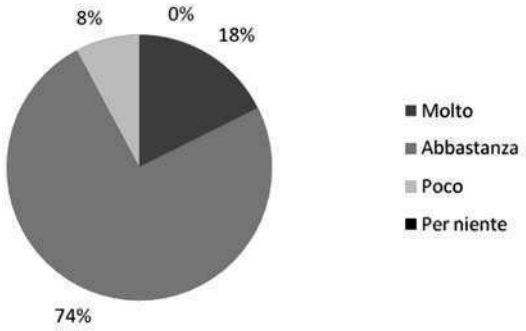
Vi sono state date tutte le informazioni necessarie?



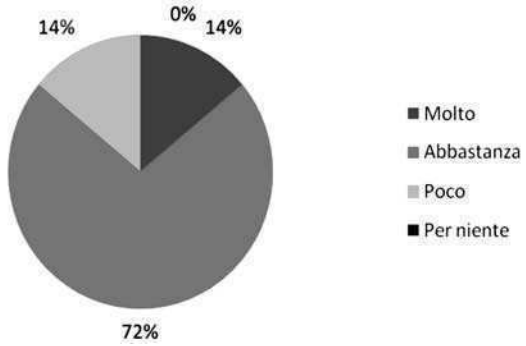
Vi ha soddisfatto l'organizzazione del servizio fornitovi dal personale addetto all'accoglienza?



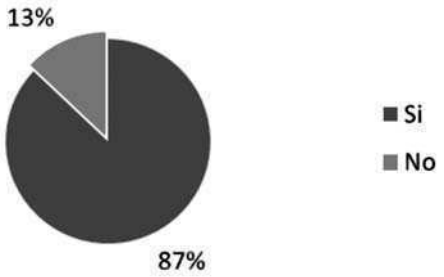
Vi ha soddisfatto il programma assistenziale fornitovi dal personale addetto all'accoglienza?



Le vostre aspettative riguardo all'assistenza sono state soddisfatte?



Vi piacerebbe che si attivasse una linea telefonica per le vostre richieste?



Quali sono i suggerimenti che potete darci per migliorare la qualità del nostro servizio? (ad esempio: più cortesia, più chiarezza, più organizzazione, ecc.)

Risposte più frequenti:

- Riduzione dei tempi di attesa
- Più tempo per le visite domiciliari e per il dialogo con gli operatori
- Maggiore chiarezza e disponibilità da parte degli operatori nelle visite domiciliari
- Adozione della segnaletica all'interno del Distretto

QUINTA SESSIONE

LA PERSONALIZZAZIONE IN AREA RESIDENZIALE

Coordinatori: S. Tonon Giraldo (Roma), A.M. Zilianti (Firenze)

La progettazione personalizzata nei nuclei residenziali

M. Tonetto

Itis, Trieste

All'interno dell'ASP-Itis il servizio sociale assume il compito di programmare, coordinare e indirizzare tutti i servizi rivolti alla popolazione anziana, tra i quali anche l'accoglimento in residenza. Gli assistenti sociali sono dedicati in parte alla funzione di segretariato sociale e, in parte, al coordinamento dei vari nuclei residenziali nel ruolo di "responsabili di nucleo".

Tra i numerosi compiti di tale figura all'interno della residenza, si citano quelli che sono più correlati al tema della progettazione personalizzata. Il responsabile di nucleo, tra le altre attività [1]:

- promuove, coordina e redige, all'interno dell'équipe di nucleo, la stesura di un Piano assistenziale integrato (PAI) entro il primo mese dall'accoglienza dell'ospite, stabilendone i tempi di verifica;
- collabora alle attività delle varie figure professionali coinvolte nel nucleo, provvedendo ad orientare ed integrare tali attività verso il raggiungimento degli obiettivi individuati;
- indirizza, coordina e controlla tutte le attività del nucleo attraverso incontri periodici di programmazione e di verifica degli interventi con i colleghi con cadenza almeno mensile;
- organizza e coordina degli incontri mensili con i familiari delle persone residenti nel nucleo, con la presenza dello psicologo di riferimento o qualche altra figura professionale che può risultare utile ad affrontare qualche specifico tema o argomento proposto dagli stessi o emerso nel nucleo stesso.

Momento centrale del lavoro in residenza è proprio la costruzione, la realizzazione e la verifica del progetto personalizzato che viene elaborato in sede di équipe.

Come Marchetti [2] ci suggerisce: "il PAI è uno strumento che consente, da una parte di delineare delle Linee Guida che si indirizzano verso un'assistenza individualizzata e ben organizzata, mentre, dall'altra, si presenta come un ottimo strumento di comunicazione organizzativa fra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano dell'anziano 'fragile'".

Per costruire il PAI è necessario, in primis, un notevole lavoro con gli operatori che, a vario titolo, operano ogni giorno a contatto con gli anziani e sono i primi attori a vivere, "sul campo", le difficoltà, le richieste e le possibilità di ogni persona anziana. La svolta forse più importante, in questo percorso di personalizzazione dei progetti di vita, è stato proprio dare a questi operatori lo spazio di esprimersi, poter raccontare, valorizzare e mettere a frutto ciò che ogni giorno sentono e vivono, trasformando tutte le loro conoscenze, esperienze ed idee riguardo le persone che assistono, in obiettivi individuali e in progetti personalizzati.

Costruire un programma personalizzato significa, infatti, trovarsi in équipe con le varie figure preposte nella residenza, infermiere professionale, fisioterapista, psicologo, animatrice, musicoterapista, operatore sociosanitario e, sulla base delle informazioni che in quella sede, vengono condivise, come i risultati delle scale di valutazione (MMSE – GDS – TINETTI – BINA …) e i risultati dell'osservazione diretta sulla persona effettuata dai vari professionisti della residenza e dal responsabile di nucleo in sede di visita domiciliare, vengono focalizzate risorse, potenzialità e problematiche emergenti per programmare l'intervento appropriato (seduta di fisioterapia, programma di rieducazione all'uso delle posate, inserimento in un gruppo di musicoterapia, rivalutazione della terapia farmacologica, partecipazione a delle uscite e gite specifiche, accompagnamento al bagno a orari determinati, ecc.).

Un notevole contributo sull'argomento ci è stato fornito dalla sperimentazione in corso in collaborazione con la Fondazione Zancan. Il lavoro intrapreso, ancora in fase di ultimazione, ci ha permesso di affinare la metodologia rispetto all'elaborazione del PAI, soprattutto riguardo alla definizione di alcuni specifici parametri da osservare per valutare l'efficacia degli interventi, l'appropriatezza o meno del PAI elaborato o la necessità di una eventuale correzione dello stesso.

Si riporta una situazione affrontata negli ultimi 6 mesi dal gruppo di lavoro del nucleo Stella Alpina che accoglie 40 persone con forme più o meno gravi di disorientamento cognitivo. Nel PAI illustrato sono sinteticamente riportate le fasi affrontate per la sua elaborazione: "conoscere – programmare – agire - verificare" [3]: conoscenza e condivisione delle informazioni in équipe, definizione degli obiettivi, scelta degli interventi e dei parametri da utilizzare come indicatori, realizzazione, verifica intermedia (non riportata) e verifica finale.

[1] Dalla "Job description" del responsabile di nucleo prodotta dai responsabili di nucleo dell'Itis, 2007.

[2] Progetto PAI – Piano Assistenziale Individualizzato, dott. Mirco Marchetti, www.animanziani.it

[3] Dagli Atti del Convegno "PAI e Progettualità" – Studio Vega – Padova, 2004.

Sig.ra S.G. di anni 74 – PAI realizzato nel periodo marzo-settembre 2008.

Équipe di marzo 2008	Responsabile di nucleo, fisioterapista, infermiera professionale, oss referente di residenza, musicoterapista, animatrice, psicologo
Problema emergente	– La Signora è cognitivamente compromessa ma in grado di svolgere ancora alcune attività – Ha bisogno di essere spronata per partecipare ai gruppi e alle attività – Tiene molto alla sua figura – bisogno di essere gratificata e valorizzata
Obiettivi	– Aumento occasioni di socializzazione – Mantenimento/aumento autostima – Miglioramento modalità di interazione con gli altri
Interventi previsti	– Partecipazione al gruppo "Poesie" del giovedì mattina (operatori Oss) – Inserimento nel gruppo "coro" del mercoledì mattina (musicoterapista) – Uscita individuale ogni 15 giorni con l'animatrice per acquisti oggetti personali (animatrice)
Indicatori individuati	– Quante volte durante l'attività di coro partecipa attivamente, cantando o usando gli strumenti musicali, (risultato atteso da 0 a 1 settimanale) – Quante volte, durante l'uscita quindicinale, esprime piacere e gradimento per gli acquisti (risultato atteso da 0 a 1 quindicinale) – Quante volte chiede di partecipare al gruppo di Poesie in biblioteca (risultato atteso da 0 a 1 settimanale)
Risultati conseguiti	A settembre 2008 l'équipe rileva come la Signora abbia risposto positivamente alle attività proposte dimostrando un notevole interesse soprattutto per le uscite con l'animatrice. I risultati attesi per quanto riguarda gli indicatori sono stati raggiunti. La Signora appare ora molto più sveglia, più comunicativa, molto partecipe della vita quotidiana e questo viene anche confermato, con grande soddisfazione degli operatori, da alcuni risultati della valutazione multidimensionale comparati, prima e dopo la realizzazione degli interventi personalizzati

Questo modo di operare arricchisce il gruppo di lavoro perché permette agli operatori dell'équipe di porsi in modo diverso rispetto ai problemi delle persone, imparando a considerare le azioni che vengono messe in atto non sempre valide a priori, ma modificabili e correggibili in base agli effetti che sortiscono, rispetto agli obiettivi inizialmente individuati e condivisi per ogni persona, obiettivi che sono sempre, in itinere, modificabili ed aggiustabili per calibrarli al cambiamento dei bisogni.

Un aspetto sul quale si sta lavorando è la condivisione del programma personalizzato con i familiari nel tentativo di trasformarli in soggetti attivi e partecipi della vita della residenza, magari affidando loro un ruolo all'interno dello stesso progetto o accogliendo i loro suggerimenti nel processo di personalizzazione. Come ci ricorda Maria Russo[4], i familiari:

– sono la prima fonte di conoscenza dell'anziano;
– sono parte integrante del PAI;
– il percorso di vita dell'anziano nel nucleo si compie con il familiare al fianco.

Per questo è importante che tra le varie fasi di elaborazione e realizzazione del PAI venga inserito anche un momento di "restituzione" del programma al familiare di riferimento perché possa condividere e prendere parte al percorso del proprio caro.

Nel contesto descritto, il ruolo dell'assistente sociale, nelle varie fasi di elaborazione del PAI, diventa corposo e fondamentale poiché, rivestendo la funzione di "responsabile di nucleo", si trova preposto a coordinare nella riunione di équipe tutte le figure professionali:

- considerando e ascoltando tutti i vari apporti,
- facilitando e indirizzando con professionalità, spirito valutativo ma anche con capacità creative, la costruzione del programma personalizzato,
- cogliendo le variazioni nei bisogni delle persone,
- contestualizzando e/o correggendo le azioni programmate,
- coinvolgendo e/o informando, dove possibile, le risorse familiari già presenti, in vista della migliore vita possibile per la persona anziana.

[4] Maria Russo, operatore socio-sanitario, "Il tempo a misura di anziano: la costruzione di un'organizzazione flessibile", dagli Atti del Convegno: "il Melograno dà i suoi frutti" - Esperienze di nuclei residenziali specializzati demenza, Bologna, maggio, 2006.

La valutazione di efficacia per superare l'autoreferenzialità nei servizi: esperienza di una ricerca

C. Pitacco

Assistente sociale, Servizio alla Persona, Itis, Trieste

Premessa. L'interesse per la valutazione dei programmi e degli interventi nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari trova ragione d'essere nel fatto che si lavora con persone alle quali dobbiamo il rispetto di una continua riflessione sull'utilità di ciò che stiamo facendo (dimensione etica) e nel fatto che più a fondo conosciamo i fenomeni di cui siamo chiamati ad occuparci, più le nostre scelte saranno consapevoli e appropriate (ragione scientifica). A queste ragioni si uniscono, per gli assistenti sociali che lavorano nelle residenze per anziani, delle necessità peculiari di riflessione sul senso e valore del proprio lavoro. Questi professionisti, infatti, si trovano, da una parte a dovere/volere superare le logiche istituzionalizzanti che nel passato hanno molto spesso connotato tutti i servizi residenziali e nello stesso tempo a dover salvaguardare quelle caratteristiche di sicurezza e protezione tipiche della residenzialità garantendo la sopravvivenza di tali servizi che continuano ad essere richiesti dal mercato. Da qua un conseguente doppio mandato (protezione vs. autonomia, organizzazione vs. personalizzazione ecc.) e le difficoltà che ne derivano alle quali pochi studi e riflessioni sono dedicate, soprattutto se paragonati alla mole di ricerche che esplorano la domiciliarità.

Obiettivi. L'obiettivo del contributo è valutare, su un campione di 27 anziani, residenti in una struttura per anziani e affetti da demenza, i cui bisogni sono stati analizzati con gli strumenti dello "schema polare", il numero e la tipologia dei progetti assistenziali personalizzati (PAI) suddivisi per area cognitiva, funzionale organica e sociale nonché presentare i risultati di un confronto preliminare tra i punteggi dei test ottenuti dai soggetti anziani nella fase iniziale (T0) e dopo tre mesi di intervento (T1).

Materiali e metodi. Agli anziani è stata somministrata la seguente batteria di test: MMSE, CDR e Cornell Test (area cognitivo comportamentale), BADL, IADL, CIRS–S e CIRS-C (area funzionale organica) Ldp - livello di protezione nello spazio di vita - e SDR - scala di responsabilizzazione (area socio ambientale relazionale) da parte di personale addestrato (psicologi, assistenti sociali, medici). I risultati dei test per ogni singolo anziano sono stati discussi in équipe e in base a questa discussione, che ha arricchito i test con i giudizi degli operatori (assistenti tutelari, fisioterapisti, animatori e assistenti sociali), sono stati elaborati i PAI. Gli interventi previsti dai PAI sono stati scomposti in fattori osservabili e per chiarezza d'esposizione suddivisi in tre settori: funzionale organico, cognitivo e di socializzazione non dimenticando però nei fatti l'importanza delle strette correlazioni fra le tre aree.

Risultati. All'interno dei 27 PAI in esame sono stati elaborati 69 interventi con una media di 2.5 interventi procapite (minimo 1 massimo 4). 5 pari al 7,3% di essi riguardavano principalmente l'area cognitiva, 26 pari al 37,7% l'area funzionale e i restanti 38 (55%) l'area della socialità. Gli interventi inerenti l'area cognitiva riguardavano il tentativo di ridurre la frequenza o l'intensità di disturbi comportamentali quali il wondering (n = 2) le crisi di pianto o di rabbia (n = 2) e il ripristino di un corretto equilibrio sonno-veglia (n = 1) attraverso azioni che favorivano l'orientamento temporo-spaziale e una regolarità nella scansione delle azioni di vita quotidiana. Nell'area funzionale contiamo 14 interventi di stimolo alla mobilità autonoma attraverso azioni di accompagnamento alla deambulazione e fisioterapia individuale o di gruppo, 8 interventi di stimolo ad una alimentazione autonoma (n = 4) o adeguata (n = 4) attraverso azioni di sostegno individuale nei momenti del pasto, di diversa organizzazione nell'orario (pasti frazionati e su richiesta) e negli spazi (a libera scelta dell'anziano), 3 di diminuzione di arrossamenti/prurito attraverso azioni infermieristiche specifiche o movimentazioni posturali e 1 di autonomia nell'uso del vestiario. Nell'area della socialità si sono realizzati interventi che favorivano la partecipazione all'animazione musicale (n = 13), all'animazione di gruppo con attività varie (lettura, gioco delle carte, visione di film, ecc.) (n = 10), all'animazione individuale (n = 3), alla partecipazione a gite (n = 4), all'attività specifica con il metodo di comunicazione individuale Validation (n = 3) e altro (n = 4). Importante sottolineare che in tali interventi i fattori osservabili riguardavano solo in minima parte (n = 5) la frequenza di tali attività mentre i restanti usavano indicatori di processo quali i segni, anche non verbali, di gradimento dell'attività come la diminuzione dei movimenti stereotipati, le interazioni con gli altri partecipanti o l'animatore, le reazioni di piacere e di rilassamento, la richiesta attiva di partecipazione. Dopo la valutazione dell'efficacia dell'intervento sempre attraverso la somministrazione dei test e la discussione in équipe il 90% dei PAI è stato riconfermato per ulteriori tre mesi. Per quanto riguarda i risultati dei test a T0 e T1, ad una stabilità nei punteggi dell'area funzionale organica (misure della salute somatica) e psichica (depressione e stadiazione della demenza) e in quelli dell'area sociale ambientale, si accompagna un lieve peggioramento di quella cognitiva misurata dal MMSE e di quella funzionale misurata dalla IADL.

Conclusioni. Le misure di outcome cioè le variabili descrittive del miglioramento della condizione di vita della persona anziana confermano un raggiungimento degli obiettivi previsti confermando la possibilità, attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo di cura e la ricerca del massimo livello di autonomia sociale e personale, di affrontare i problemi connessi al processo, spesso complesso e non lineare, di "cura" dell'anziano. In quest'ottica il pluralismo delle idee e di professionalità sono stati i requisiti essenziali di un processo valutativo che ha svolto la funzione di accrescere la consapevolezza dei soggetti coinvolti, di sviluppare un percorso di riflessione sulle competenze possedute, sulle risorse attivabili e sulle idee da tradurre in obiettivi condivisi considerando anche il punto di vista dell'utente e la dimensione relazionale dell'intervento stesso. La validità di tale giudizio non trova però conferma nei punteggi dei test a meno di non considerare il non peggioramento indicatore di verifica positivo. Si richiedono ulteriori e più specifiche analisi dei rapporti fra area d'intervento obiettivo del PAI e l'area del bisogno correlata, misurata con gli strumenti di valutazione multidimensionale geriatrica. Bisogna però tener conto che questi ultimi sono mutuati dalla cultura geriatrica anglosassone e sono tarati prevalentemente su una popolazione residente a domicilio e che la differenza

fra i percorsi di salvaguardia e incremento dell'autonomia attivabili in struttura rispetto al domicilio meriterebbe un approfondimento. Quindi la valutazione multidimensionale rivolta agli anziani che vivono in una residenza sconta l'uso di strumenti poco idonei dal punto di vista del setting assistenziale (variabile non trascurabile del processo di valutazione) e poco condivisi dagli operatori chiamati ad usarli anche perché il contributo di questi ultimi riguardo alla loro ideazione e implementazione è stato, finora, pressoché nullo. La consapevolezza di ciò e il desiderio di rimediare sono da annoverare fra i risultati positivi di una valutazione di efficacia del proprio lavoro.

Bibliografia

1 Civenti G. *Approcci alla valutazione e funzioni professionali*. In: De Ambrogio U, Bertotti T, Merlini F, eds. *L'assistente sociale e la valutazione*. Carocci Faber Roma 2007, p. 53-69.

2 Campanini A. *La valutazione nel servizio sociale.* Carocci Faber, Roma 2006.

3 Bezze M, De Leo D, Vecchiato T. *La valutazione di efficacia degli interventi con le persone anziane.* Fondazione Emanuela Zancan, Padova 2005.

Servizio sociale e dimissioni protette per le persone anziane non autosufficienti

S. Alunno Corbucci, L.L. Bresci

Assistente sociale, ASL 2 dell'Umbria

Il contributo si pone l'obiettivo di esplicitare le modalità della presa in carico territoriale all'interno del percorso di dimissione protetta. In particolare si intende evidenziare il ruolo centrale del Servizio Sociale professionale nella attività di accompagnamento, di elaborazione del progetto globale integrato capace di coinvolgere e attivare reti istituzionali e comunitarie.

Per "dimissione protetta" si intende il meccanismo di tutela della persona "fragile", a rischio, sia per le condizioni di salute che per la mancanza di adeguato supporto sociale e/o inadeguatezza socio-economica. L'ASL 2 dell'Umbria ha implementato la procedura per le dimissioni protette per:

- rendere omogenea nel territorio la continuità assistenziale;
- realizzare continuità delle cure tra Ospedale e Territorio;
- assicurare appropriatezza e tempestività nella pianificazione dell'assistenza.

La definizione della procedura si inserisce in un quadro normativo regionale che intende potenziare il sistema di cure domiciliari [1]. Gli elementi fondamentali possono essere così individuati:

- ruolo del Medico di Medicina Generale, unico responsabile clinico del paziente;
- considerazione dei bisogni di carattere sociale;
- condivisione, del giorno della dimissione, tra reparto ospedaliero e servizi territoriali;
- programmazione, ex ante, degli interventi da attuare (almeno 48 ore prima della dimissione), che vede nella "scheda di dimissione protetta", lo strumento principale di comunicazione tra operatori.

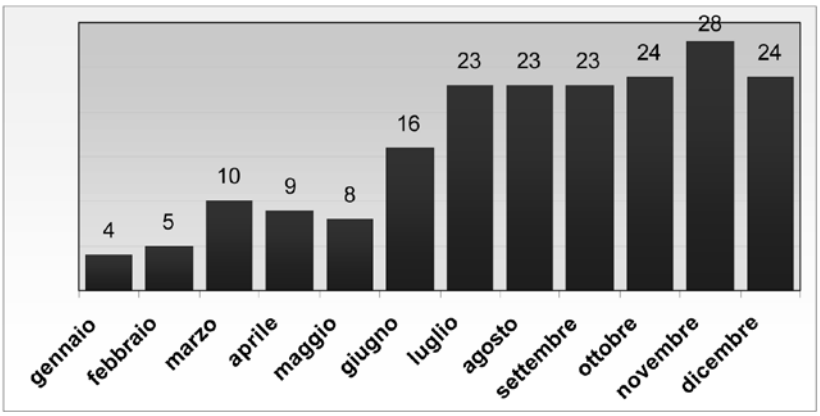
La "scheda di dimissione protetta", è lo strumento fondamentale per la pianificazione e segnalazione al territorio, nella stessa vengono rilevate le problematiche sociali, con l'attivazione immediata dell'Assistente Sociale del territorio. Si aprono così una serie di contatti tra Ospedale, territorio e famiglia. L'Assistente Sociale dell'Ospedale si interfaccia con il territorio per una valutazione congiunta.

L'Assistente Sociale territoriale approfondisce la situazione, analizzando il contesto di vita, la rete delle risorse informali e formali, da potenziare e/o da attivare. Oltre la relazione sociale scritta si utilizzano strumenti specifici che analizzano la capacità di copertura assistenziale del contesto familiare (ICA) e la possibilità di "tenuta" del caregiver (BCY).

La complessità e multidimensionalità dei bisogni trova sintesi e ricomposizione valutativa in sede di Unità Valutativa Geriatria (UVG), che utilizza il piano assistenziale individualizzato (PAI) per definire e pianificare risposte appropriate ai bisogni, attraverso una continuità assistenziale a domicilio (ADI, Aiuto Domestico, Tutelare, Centro Diurno) o in struttura residenziale.

L'attività e le procedure stabilite dal protocollo interaziendale sono sottoposte a un continuo monitoraggio al fine di verificarne l'efficacia e l'efficienza, soprattutto in termini di qualità e appropriatezza delle risposte fornite al cittadino.

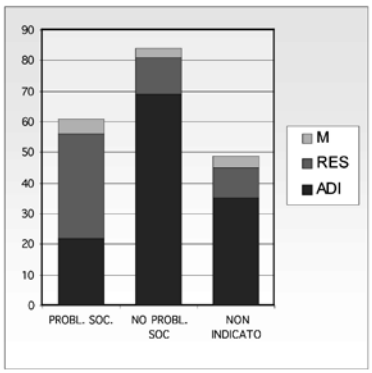
Dimissioni Protette – 2007 (Fonte: Blasi – ASL 2 dell'Umbria – Relazione Corso di Formazione "Dimissioni Protette: manuale d'uso" 2008). Il numero delle Dimissioni Protette nel corso del 2007, sono state n. 197, su un totale di popolazione anziana di 78.860 persone [2]. I dati sulle Dimissioni Protette riguardano persone con un *range* di età che va da 31 a 101 anni, l'incidenza della popolazione anziana è preponderante con una media dell'età di 78,9 anni.

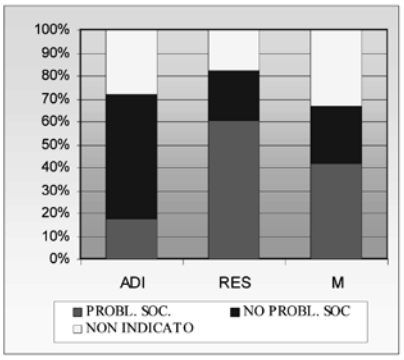


1 Cfr Piano Sanitario Regionale 2003/2005, PAL 2004-2006 ASL n. 2 Umbria.

2 Fonte ISTAT - 2007.

Dai dati emerge che dove è stata segnalata una problematica sociale, la risposta fornita è stata principalmente la residenzialità (RP), solo per il 37% l'ADI, mentre nelle situazioni senza problematiche socio-familiari è stata attivata per circa l'80% dei casi. Sono pertanto gli aspetti socio ambientali, a determinare/orientare più frequentemente i percorsi di continuità assistenziale. L'intervento professionale dell'Assistente Sociale risulta fondamentale ai fini dell'individuazione della soluzione assistenziale più adeguata.





Problematiche sociali e Residenzialità (Fonte: Blasi – ASL 2 dell'Umbria – relazione Corso di Formazione "Dimissioni Protette: manuale d'uso" – 2008). La rilevazione dei risultati del percorso di dimissione protetta, andrà a regime dall'anno 2008, sulla base di indicatori e strumenti definiti nella fase di progettazione. La valutazione qualitativa del progetto è strutturata sull'analisi del processo definito per le dimissioni protette, ossia sulla governance dello stesso. Le fonti per rilevare i dati sono i sistemi informatizzati già in uso nelle aziende sanitarie. Gli indicatori sono stati così individuati:

– percentuale di soggetti presi in carico dal territorio sul totale dei soggetti per i quali è stato attivato il percorso [3];
– percentuale di soggetti presi in carico dal territorio sul totale dei soggetti eleggibili.

Per i soggetti presi in carico a domicilio, è previsto un follow-up a 60 giorni e una codifica informatizzata dei possibili esiti [4], finalizzata alla valutazione di efficacia della presa in carico multiprofessionale. I risultati attesi dovrebbero, in linea con gli studi effettuati [5]: ridurre la ospedalizzazione impropria, migliorare la qualità di vita del soggetto/ famiglia. Un ulteriore indicatore di efficacia che misuri il trend del fenomeno potrebbe essere:

$$\frac{\text{valore osservato} - \text{valore ex ante}}{\text{valore atteso} - \text{valore ex ante}}$$

Punti di forza

– il Progetto Interaziendale ha favorito la crescita dell'integrazione e condivisione dei percorsi anche attraverso corsi di formazione congiunti;
– più visibile e "apprezzabile" il ruolo del Servizio Sociale;
– sperimentazione di nuove modalità organizzative mediante un "triage" distrettuale;
– monitoraggio e valutazione dei processi. attraverso il sistema informativo "Aster".

Criticità

– difficoltà nella tempistica necessaria per gestire il passaggio al territorio;
– forte attenzione del comparto ospedaliero alla patologia e sottovalutazione delle problematiche sociali;
– carenza di risorse professionali sociali.

Bibliografia

1 Bresci LL. *Ruolo e attività del Servizio Sociale nella dimissione protetta.* Relazione (materiale didattico non pubblicato), Perugia 2008.

2 Cicioni C, Blasi B, Cagnoni F. *Dimissioni Protette: dall'ospedale al territorio, percorsi interaziendali di continuità assistenziale*. 6° Congresso Nazionale CARD, Sorrento 2007.

3 Dal Pra Ponticelli M, (a cura di). *Prendersi cura e lavoro di cura*. Fond. ne E. Zancan, Padova 2004.

4 Dal Pra Ponticelli M, (Diretto da). *Dizionario di Servizio Sociale*. Carocci Faber 2005.

[3] Di cui % pz. in ADI (valore indicativo > 75%), % pz. in RSA (valore indicativo < 20%); % pz. in R.P. (valore indicativo < 5%).

[4] Deceduto, ADI, ADP, Ambulatoriale, Re-ricovero H entro 28 g, RP-RSA-OSP. COM, S. Riabilitazione, Altro.

[5] Cfr. "La valutazione geriatrica multidimensionale in anziani dimessi dal pronto soccorso", Politiche e Servizi - Studi Zancan n. 3/2008.

53° Congresso Nazionale SIGG

Comunicazioni e Poster

La circonferenza addominale e non l'indice di massa corporea predice la mortalità a lungo termine nel soggetto anziano di sesso maschile

R. Abbruzzese[1], M. Rossetti[1], D. Avolio[1], A. Langellotto[1], F. Picaro[1], M.F. Suozzi[1], P. Sapone[1], C. Mastrobuoni[1], S. Russo[1], C. Montuori[1], F. Cacciatore[2], F. Mazzella[1], G. Testa[1], P. Abete[1], F. Rengo[1 2]

[1] Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università "Federico II" di Napoli; [2] Fondazione "Salvatore Maugeri", Istituto di Campoli/Telese, Benevento

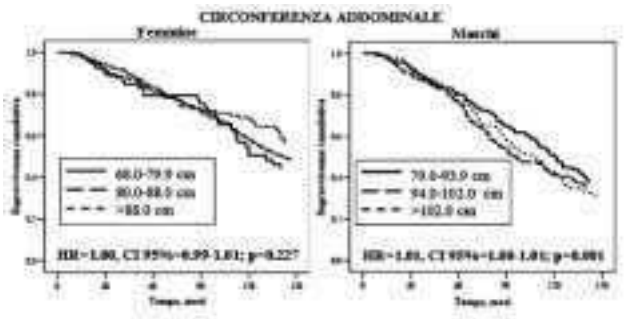
Scopo. Nella stratificazione del rischio cardiovascolare sono stati utilizzati numerosi indici di adiposità quali l'indice di massa corporea (BMI) e la circonferenza addominale. Tali indici hanno dato risultati contrastanti nell'anziano soprattutto per quanto riguarda il BMI; al contrario la circonferenza addominale sembra essere un indice maggiormente affidabile soprattutto nel soggetto di sesso maschile. Al momento non esistono dati nazionali sulla relazione esistente tra tali indici di adiposità e la mortalità a lungo termine nel soggetto anziano.

Risultati. L'analisi è stata condotta su 1.332 soggetti ultra-65enni arruolati nello "Osservatorio Geriatrico Campano" nel 1992 con la raccolta della mortalità a 12 anni. Il BMI è stato stratificato in tre livelli con l'esclusione dei soggetti con BMI < 18,5 (18,5-24,9 = 1; 25,0-29,9 = 2 e 30,0-40,0 = 3) mentre la circonferenza addominale è stata stratificata in 3 livelli dopo aver escluso le donne con valori < 68 cm (68,0-79,9 = 1; 80,0-88,0 = 2 e > 88,0 = 3) ed i maschi con valori < 79 cm (79,0-93,9 = 1; 94,0-102,0 = 2 e > 102,0 = 3). La Tabella seguente mostra come la probabilità di sopravvivenza si riduce progressivamente nei maschi all'aumentare della circonferenza addominale mentre tale indice nelle donne ed il BMI in entrambi i sessi non presenta lo stesso andamento.

Sopravvivenza (%)	Indice di massa corporea (kg/m²)			Circonferenza addome Femmine (cm)			Circonferenza addome Maschi (cm)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1 anno	93	96	97	98	94	95	95	91	97
6 anni	67	69	68	75	72	71	67	55	64
12 anni	41	44	47	41	56	47	39	35	32

La regressione secondo COX, corretta per età e fragilità, evidenzia come il BMI non predice la mortalità a 12 anni nel soggetto anziano (Hazard ratio 0,989; 95% intervalli di confidenza 0,973-1,006; p = 0,202) così come la circonferenza addominale nel sesso femminile; al contrario il rischio di mortalità a lungo termine è significativamente predetto dalla circonferenza addominale nel soggetto anziano di sesso maschile.

Conclusione. Tali dati indicano come la circonferenza addominale predice la mortalità a lungo termine nel soggetto anziano di sesso maschile. Al contrario, tale indice, nel sesso femminile, ed il BMI, in entrambi i sessi, non sono in grado di predire la mortalità a lungo termine nel soggetto anziano.



Utilità del Multidimensional Prognostic Index (MPI) come predittore di mortalità a breve e lungo termine in pazienti anziani con polmonite

F. Addante, M. Franceschi, L. Ferrucci[1], G. Leandro[2], G. D'Onofrio, M. Corritore, V. Niro, C. Scarcelli, A. Pilotto

Unità Operativa di Geriatria & Laboratorio di Gerontologia-Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG); [1] National Institute on Aging, Harbor Hospital Center, Baltimore, MD, USA; [2] Unità di Gastroenterologia e Biostatistica, IRCCS "Saverio De Bellis", Castellana Grotte, Italy

Introduzione. La polmonite è una condizione molto frequente in età senile e si associa ad una prognosi severa. Poiché nell'anziano la prognosi dipende dalla combinazione di più fattori diversi quali fattori biologici, funzionali, sociali e psicologici, un accurato strumento prognostico nell'anziano deve tenere in considerazione gli aspetti multidimensionali dell'anziano. Recentemente un Indice Prognostico Multidimensionale (MPI), costruito sulla base delle informazioni ottenute dalla valutazione multidimensionale (VMD), è stato costruito e validato nell'anziano ospedalizzato.

Scopo. Valutare l'utilità del *Multidimensional Prognostic Index* (MPI), come strumento predittore di mortalità a breve e lungo termine in pazienti anziani ricoverati per polmonite.

Metodi. Sono stati valutati 170 pazienti con età maggiore di 65 anni, ricoverati per polmonite dal gennaio 2004 al dicembre 2006 presso la U.O. di Geriatria di "Casa Sollievo della Sofferenza", IRCCS, San Giovanni Rotondo. Il MPI è stato costruito dai dati di una Valutazione Multidimensionale (VMD) standard comprendente valutazione clinica, nutrizionale (MNA), funzionale (ADL, IADL), cognitiva (SPMSQ), rischio di lesioni da decubito (scala di Exton-Smith), comorbidità (CIRS), numero di farmaci e dello stato abitativo. In base al valore di MPI i soggetti sono stati divisi in tre gruppi: MPI-1, basso rischio di mortalità (MPI = 0,0-0,33), MPI-2, moderato rischio (MPI = 0,34-0,66) e MPI-3, severo rischio (MPI = 0,67-1,0) Inoltre, in tutti i pazienti è stato calcolato il *Pneumonia Severity Index* (PSI). In tutti i soggetti è stato determinato il valore predittivo dell'MPI per tutte le cause di morte a 12 mesi e comparato con quello del PSI.

Risultati. 134 pazienti ricoverati per polmonite sono stati inclusi nello studio (M = 89, F = 45, età media = 78,8 ± 8,8 anni, *range* 65-100 anni). 58 pazienti sono nel gruppo MPI-1 a basso rischio (MPI = 0,19 ± 0,08), 42 nel gruppo MPI-2 a rischio moderato (MPI = 0,49 ± 0,09) e 34 nel gruppo MPI-3 ad alto rischio (MPI = 0,76 ± 0,07). La mortalità totale è stata 16% dopo 30 giorni, 22% dopo 6 mesi e 28% dopo 12 mesi di follow-up. Valori di MPI più elevati si associano in maniera significativa a sesso femminile (p < 0,001), età avanzata (p = 0,02) e ad un più alto tasso di mortalità a 30 giorni (MPI-1 = 3%; MPI-2 = 12%; MPI-3 = 44% P < 0,001) ed a 1 anno (MPI-1 = 10%; MPI-2 = 33%; MPI-3 = 53% p < 0,001). All'analisi multivariata, dopo aggiustamento per età e sesso, l'MPI si associa significativamente con la mortalità sia a 30 gg (OR = 4,58, 95% CI = 2,09-10,04, p < 0,001) che a 1 anno di follow-up (OR = 2,82, 95% CI = 1,59-5,00, p < 0,001). L'MPI presenta un'area sotto la curva ROC significativamente più elevata rispetto al PSI a breve ma non a lungo termine.

Conclusioni. L'MPI identifica meglio del PSI gruppi di pazienti anziani, ricoverati per polmonite, con differente rischio di mortalità sia a breve che a lungo termine.

L'animazione musicale nelle RSA: il modello sperimentale del consorzio "San Raffaele"

L.M. Addante, A. Bertolini, A. Spica, V. Veronico, T. Balsamo

Consorzio "San Raffaele", Modugno (BA)

Scopo. L'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un animatore musicale, con un cliente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. L'animazione Musicale mira a

sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che il paziente possa meglio realizzare l'integrazione intra- e interpersonale e consequenzialmente possa migliorare la loro qualità di vita grazie ad un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico. In Puglia il Consorzio gestisce 11 RSA pubbliche diffuse sull'intero territorio regionale, nella RSA di Andria sede del I nucleo Alzheimer della regione, la Direzione del Consorzio diede origine nel 2006 al I laboratorio musicale. Tale esperienza molto positiva, nel 2008 è stata allargata a quasi tutte le altre residenze.
Esperienze di laboratorio di animazione musicale con anziani affetti da demenza sono stati già sperimentatati nel nostro territorio, e i loro effetti già riconosciuti, ma la particolarità di questa nuova realtà consiste nell'attivazione di un percorso musicoterapico all'interno di una struttura dedicata, dove la riabilitazione è altamente specializzata nel trattamento di soggetti affetti dal morbo di Alzheimer. Laboratori di animazione musicale in residenze sanitarie se pur diffusi, specie nel nord Italia, come altri metodi utili alla stimolazione ed al recupero dei deficit cognitivi, sono spesso ispirati allo slogan del "*use it or lose it*" e si basano su stimolazioni globali, aspecifiche, con metodologie, *outcames* e verifiche poco precisi che mostrano poca utilità nel testimoniare la loro efficacia. L'impegno di questo progetto è invece quello di poter rendere il più possibile tangibile e scientificamente validi i risultati del trattamento musicoterapico utilizzando protocolli e scale di valutazione standardizzate e metodologie ben definite senza distrazioni rispetto al primario obiettivo di migliorare la qualità della vita.
Materiali e metodi. Lo studio vuole verificare attraverso l'applicazione di un protocollo sperimentale gli effetti del trattamento musicoterapico sulle: funzioni cognitive globali, ricadute sul tono dell'umore, disturbi comportamentali, uso dei farmaci neuropsichiatrici. Il progetto vede coinvolti 10 soggetti residenti presso il Nucleo Alzheimer della RSA di Andria del Consorzio "San Raffaele" Puglia, che partecipano a 2 sedute settimanali. Lo studio sperimentale è condotto per un ciclo totale di 24 sedute e le caratteristiche del campione prevedono: una diagnosi di Alzheimer, *cut-off* di MMSE di 12, la partecipazione ad almeno 20 sedute. Per la misurazione dei risultati sono stati previsti la somministrazione del MMSE, della GDS (*Geriatric depression scale*), NPI (*Neuropsychiatric inventory*), al tempo 0 (t0) inizio dello studio, a 12 sedute (t1), al termine dello studio (t2). Per valutare l'uso di farmaci (antidepressivi, benzodiazepine, antipsicotici tipici, antipsicotici atipici, antidepressivi, ansiolitici, ecc.) si monitorerà la somministrazione di questi all'inizio e alla fine dello studio. Sul piano musicoterapico sono state create dal responsabile del progetto una scheda di anamnesi Sonoro-Musicale che è stata compilata all'inizio del trattamento e per una valutazione più specifica una forma breve della SVAM (Scala di Partecipazione all'Attività Musicoterapica) somministrata ogni 2 sedute per un totale di 12 rilevazioni. La seduta di animazione musicale è stata standardizzata per minimizzare gli effetti confondenti, si svolge sempre alla stessa ora, nello stesso giorno ed in un luogo "protetto" da altre interferenze "sociali", così da avere un metodo il più possibile riproducibile e quindi meno soggetto a variabili che influenzerebbero i dati dello studio. Vengono utilizzati strumenti musicali a percussione, idiofoni.
Per la valutazione musicoterapica viene utilizzata la SVAM (Scala di Valutazione dell'Attività Musicoterapeutica). Le sezioni della scala valutavano la qualità e il tipo di partecipazione, e per gli aspetti esclusivamente musicali l'uso degli strumenti, il canto e l'imitazione di modelli ritmici. Inizialmente la scala prevedeva 50 *items*, ed il punteggio attribuito era crescente nel senso della buona relazione con un punteggio ottimale = 50, ma per questo studio la SVAM è stata ridotta a 38 *items*, con un punteggio ottimale di 29.
Risultati. A più di un anno di distanza dalla fase di avvio del progetto possiamo certamente dedurre che la partecipazione è sempre molto alta e costante, i pazienti hanno subito stabilito delle buone relazioni affettive manifestando concreto interesse sia per gli strumenti musicali che per le attività che gli sono state proposte. L'umore durante le sedute è buono e la dinamica del gruppo è sempre orientata alla collaborazione e la rispetto. Dal punto di vista comportamentale i pazienti non hanno mai mostrato atteggiamenti di aggressività, così come sono quasi assenti i comportamenti di *wandering*. Gli studi preliminari effettuati mostrano una riduzione significativa dei farmaci psicotropi assunti nell'80% pazienti al termine del programma.
Conclusione. Si possono dunque governare i sintomi più invalidanti della malattia, in particolare i disturbi comportamentali assicurando al paziente il massimo gradi di libertà nel massimo grado di sicurezza La riduzione del numero di farmaci psicotropi è un elemento importante perché espone meno il soggetto all'insorgenza degli effetti collaterali di questi farmaci contribuendo al contenimento delle spese socio-sanitarie della demenza, e il miglioramento della capacità di gestione del malato nel vissuto residenziale creando così meno stress per i *caregivers* ed in generale nella vita quotidiana in comunità.

Depressione e rischio di eventi cerebrovascolari acuti

C. Aglialoro, A. Giunta, M. Ferlisi, G. Belvedere, A. Lo Bue, G. Marchese, G. Di Bella, A. Di Prima, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Premessa. La depressione è una patologia frequente negli anziani, sicuramente più evidente in anziani affetti da pluripatologie.
Le forme depressive vengono distinte in forme lievi, le più subdole, che non devono essere sottovalutate in quanto possono avere delle serie ripercussioni in anziani fragili, e in forme più gravi con un quadro sintomatologico conclamato.
Diversi sono i fattori di rischio che influenzano la comparsa della depressione: alterazione dello stato cognitivo, presenza di pluripatologie, eventi stressanti (come la morte del coniuge), isolamento sociale, il sesso femminile ecc.
Scopo. Lo scopo del nostro studio è quello di individuare in un una piccolo gruppo di anziani residenti in una struttura privata nella provincia di Palermo la correlazione tra sintomi depressivi e il rischio di eventi cerebrovascolari acuti.
Materiali e metodi. Sono stati selezionati 15 pazienti (7 uomini e 8 donne) di età superiore ai 65 anni (*range* 66-80, media 71,4). Ogni paziente è stato sottoposto ad una valutazione multidimensionale, ad attenta anamnesi per evidenziare le patologie di base e la presenza di precedenti episodi depressivi. Sono state valutate le ADL (*activities of daily living*), le IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), CIRS (indice di Comorbilità), MMSE (*Mini Mental State Examination*), GDS (*Geriatric Depression Scale*).
Risultati. I dati preliminari ottenuti, dal maggio 2007 al maggio 2008 nei 15 pazienti selezionati, mostrano che la prevalenza di sintomi depressivi è intorno al 33%. Si è osservato un tasso di incidenza maggiore di eventi cerebrovascolari acuti in pazienti con depressione severa e con lieve compromissione cognitiva e declino funzionale.
Conclusioni. È importante sottolineare come una grave situazione depressiva nei pazienti istituzionalizzati possa influire negativamente sulla qualità della vita e sulla percezione soggettiva di benessere. Per tale motivo è necessario attuare uno studio accurato dei pazienti in modo tale da poter riconoscere le forme depressive lievi, ed intervenire tempestivamente per prevenire o ridurre il rischio di eventi cerebrovascolari acuti

Bibliografia

Trabucchi M. "Demenze" 2001.

Studio multicentrico di efficacia di Cebrotile® compresse in soggetti anziani affetti da decadimento cognitivo

A. Agostini, F. Mastroianni[1], R. Altavilla[2], A. Corsonello[3], B. Mazzei[3], A. Rebagliati[2], D. Zanoncelli[2]

Responsabile Ricerca e Sviluppo, DIFASS, San Marino; [1] Geriatra, Direttore Sanitario RSA "Madonna della Pace", Andria (BA); [2] Geriatra, RSA Somaglia, Lodi; [3] Geriatra, U.O. Medicina Geriatrica, INRCA, Cosenza

Introduzione. La terapia farmacologia delle sindromi cerebrali degenerative e vascolari, annovera farmaci anticolinesterasici, vasodilatatori cerebrali, vitamina E ed altri. L'introduzione sul mercato del prodotto CEBROTILE® compresse potrebbe offrire nuove possibilità nel trattamento delle sindromi

cerebrali con decadimento cognitivo in fase iniziale. CEBROTILE® compresse contiene estratti di Ginkgo Biloba e Camellia sinensis, Acetil-L-carnitina, Folati, e Vitamina E. I componenti svolgono attività sul microcircolo, sulla trasmissione neurorecettoriale, sulla fluidità della membrana neuronale, sulla idroperossidazione e sui fattori di crescita cellulare. L'attività sinergica delle diverse sostanze presenti determina un effetto generale sulle funzioni cerebrovascolari.

Scopo dello studio. Valutare l'effetto della monosomministrazione giornaliera di CEBROTILE® compresse in soggetti affetti da decadimento cognitivo in fase iniziale, in uno studio multicentrico in aperto.

***Outcome* primario.** Verificare gli effetti di CEBROTILE® compresse sulla variazione del punteggio del MMSE (*Mini Mental State Examination*) e della CIBIC-Plus (*Clinician's Interview Based Impression of Change Plus*) dal tempo 0 e dopo quattro mesi di trattamento; e la sensazione, il Questionario sullo stato di salute (SF-12).

Outcome secondario. Valutazione dell'impatto di CEBROTILE® compresse sullo stress del *caregiver*.

Le scale di valutazione somministrate durante lo studio saranno: MMSE, ADL e IADL, *Geriatric Depression Scale* (GDS), CIRS, CIBIC-Plus, *Global Deterioration Scale* (GDS), Questionario sullo stato di salute (SF-12).

I parametri bioumorali da eseguire durante lo studio: emocromo (al tempo 0, dopo 3 e dopo 4 mesi), funzione renale ed epatica (al tempo 0 e dopo 4 mesi), PT e PTT (al tempo 0, 15 gg, 1 mese, 3 mesi, 4 mesi), INR (al tempo 0, 15 gg, 1 mese, 3 mesi, 4 mesi).

Durata dello studio: quattro mesi. Numero di pazienti in studio: 90. Numero di Centri: 3.

Numero di pazienti per Centro: 30.

Criteri di inclusione: soggetti di entrambi i sessi, di età > 65 anni, affetti da decadimento cognitivo lieve.

Criteri di esclusione: soggetti allettati, decadimento cognitivo grave, grave comorbilità, soggetti in trattamento con neurolettici ad alti dosaggi, soggetti con patologie psichiatriche anche in fase di compenso, soggetti con grave depressione del tono dell'umore, soggetti affetti da patologie epatiche in fase attiva, soggetti con recente storia di sanguinamento (ulcere peptica in fase attiva, patologie infiammatorie del grosso intestino, emorragia cerebrale), pazienti con disturbi della coagulazione (teleangiectasie, porpore trombocitopeniche o trombopatiche, emofilia A e B, ipofibrinogenemie, trombocitopenie).

Efficacia di un programma di riabilitazione geriatrica in pazienti grandi anziani complessi

M. Alimenti, L. Cipriani, R. Ruggiero, E. Menichetti, M. Raganato, A. Alesse, F. Cursi

Area funzionale per il Governo Clinico in Geriatria. Az. Ospedaliera "S. Camillo-Forlanini", Roma

Scopo. Valutazione dell'efficacia di un programma di riabilitazione geriatrica in pazienti anziani complessi.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 126 pazienti, successivamente ricoverati dal 1° settembre 2007 nel reparto di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera "S. Camillo-Forlanini", (Unità di Riabilitazione Intensiva codice 56). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica e quindi ad un programma di riabilitazione motoria e funzionale. Per la valutazione dello stato cognitivo è stato somministrato il *Mini Mental State Examination*. Per la valutazione funzionale all'ingresso e alla dimissione è stata somministrata una versione modificata dell'indice di Barthel, in uso a tutti i reparti di Riabilitazione della Regione Lazio. I pazienti provenivano sia da reparti medici per acuti che chirurgici. Dopo la consulenza dell'Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera, venivano eletti per il trasferimento in Geriatria i pazienti che necessitavano di un ciclo di riabilitazione dopo il ricovero nel reparto per acuti, e che presentavano una maggiore complessità e severità clinica, tale da consigliare il trasferimento nella nostra struttura, dotata sia di un approccio riabilitativo intensivo sia clinico-geriatrico, piuttosto che il ricovero in una clinica di riabilitazione convenzionata con il SSN.

Risultati. I risultati sono riportati nella Tabella I.

Conclusioni. Il 18% della popolazione italiana ha più di 65 anni ma è responsabile del 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari annui e del 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi. Nella pratica clinica quotidiana appare evidente come la popolazione ricoverata dei grandi anziani, come nella nostra casistica, sia quella che presenta maggiori difficoltà cliniche, assistenziali e di dimissione al domicilio. Scopo della nostra attività è stato quello di offrire un iter sia riabilitativo sia clinico geriatrico a pazienti anziani complessi che però ancora mostravano una possibilità di recupero e di rientro al domicilio. I nostri dati confermano tale possibilità di recupero funzionale e motorio, nonostante le difficoltà di questo percorso, dimostrate dalla alta mortalità totale, legate alla alta complessità ed instabilità dei pazienti accettati.

Bibliografia

Buntin MB. *Access to postacute rehabilitation*. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1488-93.

Prvu Bettger JA, Stineman MG. *Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: state-of-the-science. A review*. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1526-34.

Hershkovitz A, Kalandariov Z, Hermush V, Weiss R, Brill S. *Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture*. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:916-21.

Tab. I. Pazienti ricoverati in geriatria per riabilitazione motoria

MMSE	Età media	Media Indice di Barthel all'ingresso	Pazienti dimessi al domicilio	Altre dimissioni	Media Indice di Barthel alla dimissione	Media *item* deambulazione Indice di Barthel alla dimissione
Medio di tutti (n = 126)	83,08	22,5	75	2. protetta; 22 decessi, 6 in istituto; 18 in altro rep; 3 volontaria	70,4	7,2
≥ 24 (n = 44)	81,3	26,8	29	8 decessi; 5 in altro reparto, 1 in istituto; 1 protetta	82,9	10,4
17-23 (n = 49)	81,9	22,4	31	3 in istituto, 7 decessi, 8 in altro reparto	62,2	9,7
11-16 (n = 15)	79,6	28,1	8	2 decessi, 3 in altro reparto, 1 volontaria, 1 protetta	41,5	6,5
< 11 (n = 18)	78,8	7,8	7	2 in istituto, 6 decessi; 2 in altro reparto; 1 volontaria	22,4	2,9

Trattamento sostitutivo ormonale e stabilizzazione del processo aterosclerotico in donne in post-menopausa: ruolo del sistema ubiquitina-proteasoma

I. Ambrosino, E. Quaranta, R. Vestini, D. Fiore, M.R. Rizzo, G. Paolisso, R. Marfella

Seconda Università Napoli, Dipartimento di Geriatria e Malattie del Metabolismo

Scopo. I meccanismi molecolari che determinano l'effetto ateroprotettivo della terapia sostitutiva ormonale (HRT) in donne in post-menopausa non sono del tutto noti. Di recente, abbiamo dimostrato che l'incremento dell'attività del complesso ubiquitina-proteasoma (UPS) si associava ad un aumento dell'infiammazione in placche carotidee sintomatiche.
Materiali e metodi. I campioni di tessuto sono stati prelevati da un gruppo di 25 donne in post-menopausa in trattamento con HRT (HRT+) e da un gruppo composto da 32 donne in post-menopausa non in trattamento sostitutivo ormonale (HRT-) e (d in lista d'attesa) sottoposte ad intervento di endo-arteriectomia carotidea per stenosi superiori al 70% a carico dell'arteria carotide interna (ICA) senza pregressa malattia cerebro-vascolare (TIA, Stoke). Nelle lesioni ateromasiche sono stati valutati gli infiltrati macrofagici, la presenza di linfociti T, cellule infiammatorie HLA DR+, l'attività del sistema ubiquitina-proteasoma, il fattore di trascrizione nucleare NF-kB, IkB-}, Tumor Necrosis Factor-| (TNF-|), nitrotirosina, metalloproteasi (MMP-9), ed infine il contenuto di collagene (mediante reazioni di immunoistochimica ed ELISA).
Risultati. I campioni di placca di donne in post-menopausa non in trattamento ormonale sostitutivo (HRT-) presentavano una maggiore concentrazione di macrofagi, una concentrazione maggiore di Linfociti-T, e cellule HLA DR+ ($p < 0,001$), un incremento dell'attività del sistema ubiquitina-proteasoma, TNF-| e NF-kB ($p < 0,001$), una maggiore concentrazione di nitrotirosina e metalloproteasi ($p < 0,001$), ed inoltre presentavano una minore presenza di collagene e una ridotta concentrazione dei livelli di IkB-} ($p < 0,001$) confrontati con i campioni di placca ottenuti da donne in post-menopausa in terapia sostitutiva ormonale (HRT+).
Conclusione. Questo studio dimostra che la HRT rallenta l'attività del sistema ubiquitina-proteasoma mediante la riduzione dell'incremento dello stress ossidativo in donne in post-menopausa. Tale effetto potrebbe contribuire alla stabilizzazione della placca ateromasica mediante l'inibizione dell'attivazione dei processi infiammatori NFkB-dipendenti, responsabili della rottura della placca ateromasica.

Bassi dosaggi di vitamina E correlano con atrofia dell'ippocampo e della sostanza grigia

S. Amici, E. Costanzi, F. Mangialasche, A. Simmons[1], R. Cecchetti, P. Rinaldi, M. Pigliautile, M. Baglioni[1], P. Bastiani, S. Lovestone[1], P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia (Perugia); [1] NIHR Specialist Biomedical Research Centre for Men, King's College (London)

Scopo. L'assunzione di elevati livelli di vitamina E sono stati utilizzati nel prevenire la malattia di Alzheimer (AD), sulla base delle sue proprietà antiossidanti. La maggior parte degli studi hanno considerato solo uno degli otto costituenti della vitamina E, l'alfa-tocoferolo. Al contrario, studi sull'alimentazione hanno evidenziato che anche altri tocoferoli e tocotrienoli sono importanti nella patogenesi dell'AD 1. Infine l'effetto della vitamina E sulle strutture cerebrali in vivo non è stato mai indagato. Lo studio qui descritto si propone di valutare la relazione tra le molecole/metaboliti di vitamine E e i volumi cerebrali in soggetti sani, pazienti affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI) e AD.
Materiali e metodi. Cinquantotto soggetti (20 normali, 18 MCI, 20 AD; età media 75,4 ± 5,5 anni) hanno partecipato allo studio AddNeuroMed, il braccio clinico del progetto InnoMed FP6. Alla prima visita ogni paziente ha effettuato un prelievo di sangue venoso e la risonanza magnetica cerebrale. Tocoferoli (alfa-, beta-, gamma- e delta-), tocotrienoli (alfa-, beta-, gamma- e delta-), e alfa-tocoferilchinone sono stati dosati su plasma con HPLC in fase inversa. Le immagini sono state processate con "Civet image processing pipeline" per calcolare automaticamente i volumi della sostanza grigia e della sostanza bianca; questi volumi e i valori di spessore corticale medio sono stati normalizzati con il volume intracranico 2. I volumi ippocampali di destra e di sinistra sono stati tracciati manualmente da un osservatore esperto e sono stati normalizzati con il volume intracranico 3. I coefficienti di correlazione di Pearson e Spearmann sono stati usati per valutare l'associazione tra livelli plasmatici di molecole/metaboliti della vitamina E e volumi corticali (sostanza grigia, sostanza bianca, spessore corticale medio ed ippocampo). Correlazioni parziali sono state eseguite usando il fattore età come variabile di confondimento.
Risultati. I tre gruppi di soggetti erano sovrapponibili per età e sesso. gamma-tocoferolo, alfa-tocoferolo, gamma-tocotrienolo e alfa-tocotrienolo erano correlati con la sostanza grigia totale e con lo spessore corticale medio degli emisferi di destra e di sinistra. Controllo per il fattore età, sono risultate statisticamente significative le correlazione tra gamma-tocoferolo, gamma-tocotrienolo e spessore corticale medio di destra e di sinistra, volumi ippocampali di destra e di sinistra; alfa-tocoferolo e alfa-tocotrienolo erano correlati con la sostanza grigia totale.
Conclusione. In questo studio è stato usato un approccio innovativo che unisce la biochimica e la neuroradiologia per comprendere la patogenesi di malattie neurodegenerative. Bassi dosaggi di vitamina E, in particolare gamma-tocoferolo e gamma-tocotrienolo sono correlati con atrofia corticale, globalmente e in aree specifiche: questo sembra suggerire un ruolo neuroprotettivo per queste molecole. Studi futuri permetteranno di valutare se gamma-tocoferolo e gamma-tocotrienolo, non solo alfa-tocoferolo, possono prevenire MCI e AD.

Bibliografia

1 Morris MC, Evans DA, Tangney CC, Bienias JL, Wilson RS, Aggarwal NT, et al. *Relation of the tocopherols forms to incident Alzheimer disease e to cognitive change*. Am J Clin Nutri 2005; 81:508-14.
2 Zidjenbos AP, Forghani R, Evans AC. *Automatic "pipeline" analysis of 3-D MRI data for clinical trials: application to multiple sclerosis*. IEEE Transactions on Medical Imaging 2002;21:1280-91.
3 Pantel J, O'Leary DS, Cretsinger K, Bockholt HJ, Keefe H, Magnotta VA, et al. *A new method for the in vivo volumetric measurement of the human hippocampus with high neuroanatomical accuracy*. Hyppocampus 2000;10:752-8.

Arterial stiffness e deterioramento cognitivo e funzionale nell'anziano iperteso

A. Angelini, C. Bendini, L. Bergamini, M.E. Finelli, F. Neviani, M. Neri

Dipartimento di Geriatria e Gerontologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo. Numerosi studi in letteratura hanno dimostrato l'associazione tra ipertensione arteriosa e rischio di demenza. È noto che nel paziente anziano iperteso di lunga data esistono delle alterazioni morfologiche e strutturali dei vasi che portano ad una perdita di elasticità delle arterie ed un aumento della pressione pulsatoria. Alcuni studi hanno evidenziato una relazione tra arterial stiffness ed incremento del rischio di deterioramento cognitivo indipendentemente dai classici fattori di rischio cardiocerebrovascolari 1 2. L'obbiettivo del nostro studio è quello di valutare se l'arterial stiffness nell'anziano iperteso sia associata ad un danno organico cerebrale e ad un più frequente declino cognitivo e funzionale.
Materiali e metodi. Il campione dello studio è stato reclutato tra i pazienti ipertesi, di età superiore ai 65 anni, con un rendimento cognitivo superiore ai 15/30 al MMSE, afferenti all'ambulatorio di psicogeriatria, di cardiogeriatria e al reparto di geriatria dal 2007. Sono stati esclusi dallo studio tutti i soggetti diabetici, con malattia emboligena, indice di comorbilità elevato (ISM = 4), storia di ictus e residui segni di lato, anamnesi positiva per malattia psichiatrica e coloro che non erano in grado di mantenere l'ortostatismo. I pazienti selezionati sono stati sottoposti ad una valutazione psicometrica di secondo livello comprendente una parte cognitiva, una affettiva ed una funzionale (MMSE, CAMCOG, FAB, DEPRESS, I/ADL, ORGANICITY, TINETTI), e ad una valutazione cardiologia di approfondimento (visita, ECG, prova dell'ipotensione ortostatica, monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa 24 h (MAPA), esame per la rigidità delle grandi

arterie tramite l'HDI/Pulse Wave CR-2000 3). I criteri della scala di vascolare sottocorticale di Geroldi sono stati applicati alle immagini TC cerebrale per stadiare il danno cerebrovascolare 4.

Risultati. Il campione è al momento composto da 62 pazienti ipertesi (1/3 M; 2/3 F; età media 77,8). Dai dati del MAPA il 73,9% aveva una pressione pulsatoria (PP) patologica ed il 66,7% aveva un ipertensione sistolica residua. Come indicatore di arterial stiffness è stata considerato l'indice di elasticità delle grandi arterie, ricavato dall'HDI Pulse Wave, secondo età e sesso. Esso è risultato correlato con la PP, con gli indicatori cognitivi MMSE e CAMCOG e con gli indicatori di funzionalità IADL, Organicity e Tinetti equilibrio. Non è stata evidenziata alcuna correlazione con gli indici di vascolarità cerebrale ricavati dal neuroimaging. Applicando un'ANOVA univariata e considerando come fattore la presenza o meno di rigidità delle grandi arterie, si evidenzia che alla presenza di rigidità delle grandi arterie peggiora significativamente il rendimento cognitivo (MMSE, CAMCOG). Ai limiti della significatività gli indicatori di funzionalità. Infine un'analisi multivariata che considera come fattore la presenza o meno di rigidità, come covariate l'età e il sesso e come variabili dipendenti i sottodomini del CAMCOG, ha mostrato che il rendimento cognitivo, nei sottodomini della memoria, calcolo ed attenzione, è significativamente peggiore nei pazienti con rigidità.

Conclusione. Dai risultati ottenuti è emerso che nei pazienti ipertesi l'indice di elasticità delle grandi arterie può essere considerato un indicatore di declino cognitivo, in particolare della sfera mnesica e attentiva, e funzionale, indipendentemente dal danno organico cerebrale evidenziato al neuroimaging. In conclusione, in considerazione del fatto che l'arterial stiffness è strettamente correlata ad uno scarso controllo pressorio, in particolare ad elevati valori di pressione arteriosa sistolica e di pressione pulsatoria 5, si può dedurre che anche nei pazienti più anziani è necessario un trattamento più corretto dell'ipertensione non controllata, per ridurre il rischio di sviluppo di deficit cognitivo e funzionale.

Bibliografia

1 Hanon O, Haulon S, Lenoir H, Seux ML, Rigaud AS, et al. *Relationship between arterial stiffness and cognitive function in elderly subjects with complaints of memory loss*. Stroke 2005;36:2193-7.

2 Scuteri A, Manfredi T, Appolloni S, Preziosi F, Brancati AM, Volpe M. *Arterial stiffness a san independent predictor of longitudinal changes in cognitive function in the older individual*. J Hypertens 2007;25:1035-40.

3 Zimlichman R, Shargorodsky M, Boaz M, Duprex D, Rahn KH, Rizzoni D, et al. *Determination of arterial compliance using blood pressure waveform analysis with CR-2000 System. Reliability, repeatability, and establishment of normal values for healthy European population – The Seven European Site Study (SESS)*. AJH 2005;18:65-71.

4 Geroldi C, Galluzzi S, Testa C, Zanetti O, Frisoni GB. *Validation study of a CT-based weighted rating scal for subcortical ischemic vascular disease in patient with mild cognitive deterioration*. Eur Neurol 2003;49:193-209.

5 Van Popele NM, Grobbe DE, Bots ML, Topouchian J, Reneman RS, Hoeks AP, et al. *Association between arterial stiffness and atherosclerosis: the Rotterdam study*. Stroke 2001;32:454-60.

Ruolo del metabolismo lipidico nella malattia di Alzheimer: aspetti citomorfologici in cellule periferiche

F. Angius[1], P.L. Cocco[1 3], C. Zaru[2], M. Palmas[2], C. Abete[1], C. Mulas[1], F. Paoletti[3], P. Putzu[2], S. Dessì[1], G. Diaz[1]

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari; [2] Centro Alzheimer, Divisione Geriatria, ASL 8, Cagliari; [3] Dipartimento di Patologia e Oncologia Sperimentali, Università di Firenze

Scopo. Studi precedenti hanno dimostrato che la malattia di Alzheimer (AD) è caratterizzata da alterazioni dei lipidi neutri, in particolare gli esteri del colesterolo (EC), contenuti solitamente in gocciole lipidiche (lipid droplets). Evidenze sperimentali hanno mostrato che alterazioni del tutto simili a quelle riscontrate nel cervello di pazienti AD, sono presenti anche in linfomonociti periferici (PBMC) e fibroblasti cutanei prelevati da pazienti con diagnosi clinica di AD. Lo scopo del nostro lavoro, quindi, è stato quello di indagare, utilizzando specifici probes, la distribuzione intracellulare dei lipidi neutri, polari e del colesterolo libero (CL) in tali cellule. Questa indagine ha messo in risalto significative differenze nella distribuzione dei lipidi intracellulari di cellule periferiche di soggetti AD rispetto ai controlli, suggerendo che i lipidi neutri possano essere implicati nella patogenesi dell'AD.

Materiali e metodi. I fibroblasti sono stati ottenuti mediante asportazione di frustoli di tessuto cutaneo. Una volta isolati, sono stati coltivati in terreno arricchito con 10% FCS. I PBMC sono stati isolati dopo centrifugazione di sangue venoso periferico su gradiente di lympholyte (Cedarlane). Le cellule sono state marcate con: Nile Red che marca lipidi con bassa (i.e., fosfolipidi) o alta idrofobicità (i.e., trigliceridi ed EC) con doppia emissione NR-590 e NR-535 rispettivamente, filipin (emissione 460) e in particolare Oil Red O (ORO).

Risultati. La colorazione con ORO ha mostrato una maggiore concentrazione di lipidi neutri negli AD rispetto ai controlli. Tuttavia, a differenza dei soggetti non-AD, l'ORO non è prevalentemente localizzato nei lipid droplets, nell'AD appare diffuso nel citoplasma. Inoltre, abbiamo trattato fibroblasti AD con inibitori dell'esterificazione del colesterolo, quali: 40-O-(2-hydroxyethyl) rapamycin, (everolimus, EVE, 20 nM), progesterone (PG, 10 µM), e acyl amide ACAT inibitore (SaH, 4 µM). La minore intensità di ORO riscontrata dopo tale trattamento dimostra che l'aumento di lipidi neutri nelle cellule AD è dovuto ad un aumento di esteri del colesterolo. In accordo con i dati ottenuti con ORO, un alto segnale del NR-535 indicativo di un'alta concentrazione di lipidi neutri, è stata riscontrato in PBMC e fibroblasti AD (incremento del 76%, $p = 0,0367$). Anche i lipidi neutri marcati dal NR-535 non sono localizzati nei lipid droplets ma diffusi nella zona citoplasmatica perinucleare, ricca di membrane intensamente marcate dal NR-590 dove risiede il reticolo endoplasmatico e il compartimento endo-lisosomale. Le stesse cellule sono state marcate con filipin per osservare la distribuzione intracellulare del CL. Fibroblasti e PBMC AD hanno mostrato un aumento di filipin (incremento del 72%, $p = 0,0334$) nella stessa regione perinucleare che ha mostrato un più alto segnale di NR-535, rivelando così una più alta concentrazione di CL associato a più alte concentrazioni di lipidi neutri. Questa doppia colorazione NR-filipin ha così dimostrato aumento di lipidi neutri associato ad un aumento del CL nel citoplasma di fibroblasti AD.

Conclusioni. È ben noto che cambiamenti nell'organizzazione dei lipidi intracellulari possano condizionare profondamente alcuni funzioni cellulari quali la trasduzione del segnale proliferativo e il traffico di membrane. Il colesterolo di membrana è uno dei più importanti regolatori di tale organizzazione, e le cellule hanno sviluppato una sofisticata e complessa rete di meccanismi atti al mantenimento dei suoi livelli entro certi parametri. La concentrazione del colesterolo cellulare è modulata in tempi brevi dalla sua esterificazione e idrolisi. Il CL è presente nelle membrane, in particolar modo in quelle plasmatiche, mentre gli esteri del colesterolo sono generalmente situati nei lipid droplets. Nel loro insieme i nostri risultati hanno dimostrato che in AD è presente un'alterazione dell'omeostasi del colesterolo, che consiste in un accumulo di colesterolo (sia CL che EC) nel citoplasma. Livelli alterati di colesterolo potrebbero essere sufficienti ad indurre cambiamenti nella compartimentazione delle proteine di membrana. Una possibile conseguenza dell'accumulo di CL nel citoplasma, potrebbe essere un ridotto trasporto di CL alle membrane con una destabilizzazione dell'integrità funzionale e strutturale dei micro-domini (rafts) di membrana, ricchi di colesterolo, e dell'attività delle proteine situate in tali domini.

Identificazione di marcatori genetici associati alla depressione

G. Annoni, B. Arosio[1], A.P. Cerri, R. Confalonieri, F. Teruzzi, C. Viazzoli[1], C. Vergani[1]

Cattedra e Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Milano-Bicocca Struttura Complessa Clinicizzata di Geriatria, A.O. "San Gerardo", Monza; [1] Dipartimento di Medicina Interna U.O. di Geriatria, Università di Milano, Ospedale Maggiore Policlinico, Fondazione IRCCS, Milano

Scopo. I possibili rapporti che intercorrono tra depressione e demenza sono a tutt'oggi controversi. Al proposito, una recente metanalisi suggerisce come i soggetti affetti da depressione presentino un maggior probabilità di sviluppare la malattia di Alzheimer (AD) e nella nostra esperienza, questo vale soprattutto per il genere femminile 1. Inoltre pazienti con Mild Cogni-

tive Impairment (MCI) con sintomi depressivi raddoppiano la probabilità di sviluppare AD rispetto a quelli senza sintomatologia.
Da un punto di vista biologico numerose evidenze suggeriscono come la risposta infiammatoria sia coinvolta nell'insorgenza della depressione. Infatti, adulti con depressione maggiore mostrano livelli plasmatici più elevati di citochine pro-infiammatorie, di proteine di fase acuta, chemochine e molecole d'adesione. Una maggior produzione di tali molecole, sia a livello cerebrale che plasmatico, è stata documentata anche in soggetti AD. Il nostro gruppo ha, precedentemente, evidenziato come polimorfismi genici a carico di alcune citochine infiammatorie (IL-10, IL-6, TNF-| e TGF-} 1) si associano ad un aumentato rischio di sviluppare AD ed ad una età d'esordio inferiore della malattia stessa.
Scopo di questo studio è quello di valutare in soggetti esclusivamente affetti da depressione maggiore (DM) la presenza di questi stessi polimorfismi così da individuare un eventuale profilo genetico di suscettibilità alla malattia.
Materiali e metodi. Presso l'Ambulatorio di Pscicogeriatria della S.C. Clinicizzata di Geriatria dell'A.O. "San Gerardo" di Monza, sono stati arruolati 50 soggetti (60-75 anni, 43 femmine e 7 maschi) con diagnosi di DM (DSM-IV) ad insorgenza tardiva. Sono stati valutati i polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs) presenti nel promotore del gene di TNF-| , IL-10, IL-6, TGF-} 1 e IFN-~. I risultati sono stati messi a confronto con la distribuzione genotipica ed allelica precedentemente ottenuta in una popolazione di controllo di pari sesso ed età (240 soggetti).
Risultati. Nei pazienti con depressione si è osservata una differente distribuzione genotipica ($p < 0,002$) ed allelica ($p = 0,05$) esclusivamente per il SN -308 (G/A) del TNF-| rispetto ai controlli, ed in particolare una maggior percentuale di soggetti con genotipo GG (84% *vs.* 68,3%). Tale genotipo è associato ad un maggior rischio di sviluppare la malattia (odds ratio: 2, 43 intervallo di confidenza: 1,09-5,43).
Conclusioni. Questi dati supportano il ruolo di una predisposizione genetica correlata all'infiammazione in soggetti anziani affetti da DM. È altresì interessante notare come la stessa associazione sia stata evidenziata in soggetti giovani di tipo bipolare II e come il profilo di suscettibilità genetica sia diverso da quello associato all'AD a dimostrazione di meccanismi fisiopatologici distinti.

Bibliografia

[1] Chinello A, Grumelli B, Perrone C, Annoni G. ***Prevalence of major depressive disorder and dementia in psycogeriatric outpatients***. Arc Gerontol Geriatr 2007;(Suppl 1):101-4.

Trattamento del dolore persistente non-oncologico negli anziani

S. Aquila, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università "Cattolica del Sacro Cuore", Roma

Scopo. Il dolore non oncologico nell'anziano ha una prevalenza che varia tra il 25 ed il 75%. Gli effetti collaterali legati all'utilizzo di FANS e coxib, la non completa innocuità del paracetamolo ai dosaggi antalgici consigliati, hanno aperto la strada all'utilizzo dei farmaci oppioidi anche nel dolore non-oncologico.
Lo scopo del nostro studio è stato quello di confrontare, in una coorte di pazienti anziani con dolore persistente non-oncologico, il trattamento farmacologico con FANS a quello con una innovativa formulazione di ossicodone a rilascio immediato. Questo farmaco, normalmente considerato un oppioide forte, è oggi classificato nel secondo livello della scala dell'OMS perché utilizzato a basso dosaggio (5-10 mg) in preformulazione con paracetamolo (325 mg).
Materiali e metodi. Abbiamo condotto una analisi preliminare su 170 pazienti arruolati nello studio SIGG-Progetto Anziani Dolore condotto in 5 centri (Ferrara, Firenze, Genova, Roma, San Giovanni Rotondo). Si tratta di pazienti ambulatoriali ultrasettantenni con dolore persistente non oncologico da moderato a severo alla scala Brief Pain Inventory. I pazienti sono stati randomizzati a ricevere in aperto, o il trattamento con FANS o quello con ossicodone-paracetamolo. Obiettivo primario dello studio è stato valutare la sicurezza e la tollerabilità gastrica, cardiovascolare e renale nel corso di 6 mesi di follow-up. L'intensità del dolore, l'interferenza del dolore, il sollievo del paziente, l'autonomia funzionale e l'attività di base della vita quotidiana sono i parametri utilizzati per valutare l'efficacia.
Risultati. I pazienti considerati avevano una età media di 78 ± 6 anni ed erano per l'80% donne. Il punteggio medio di intensità del dolore al momento del reclutamento era pari a 6,2 ± 2,6 mentre il punteggio medio nella settimana precedente l'inizio dello studio era pari 7,0 ± 1,3. Le componenti del dolore più comunemente diagnosticate erano: osseo 43%, misto 31%, neuropatico 17%, somatico nocicettivo 9%. I valori medi di creatinina, emoglobina e pressione arteriosa sistolica e diastolica erano rispettivamente: 0,9 ± 0,2 mg/dl; 13,0 ± 1,3 g/dl; 138/78 mmHg. Il 47% dei pazienti ha ricevuto FANS, principalmente ibuprofene, nimesulide, diclofenac. Il 53% dei pazienti ha ricevuto ossicodone + paracetamolo; di questi il 65% è stato trattato con una dose giornaliera di 15 mg di ossicodone in 3 somministrazioni. Il 40% dei pazienti ha terminato prematuramente lo studio, nella metà dei casi per la comparsa di effetti collaterali; i più comuni sono stati: nausea, vomito, stato confusionale, epigastralgia. Non si è registrata alcuna differenza statisticamente significativa tra FANS e ossicodone + paracetamolo per quanto riguarda gli effetti collaterali.
Conclusione. I dati preliminari dello studio confermano che è possibile utilizzare la formulazione ossicodone + paracetamolo, entrambi a basso dosaggio, nel trattamento del dolore non-oncologico persistente anche nei pazienti anziani ultrasettantenni.

Doppia aggregazione (dipiridamolo + acetilsalicilico) nella demenza vascolare. Dati preliminari

Y. Araujo, C. Olla,, E. Maccioni, F. Coghe, P.F. Putzu

Centro U.V.A ASL 8 Divisione Geriatria P.O. SS Trinità Cagliari

Si definisce "demenza vascolare" (Vascular Dementia, VaD) qualsiasi forma di demenza conseguente a danno vascolare cerebrale su base ischemica e/o emorragica e/o ipossica. Rappresenta il 20-25% di tutte le demenze, essendo la seconda forma di demenza più frequente dopo la Malattia di Alzheimer. Colpisce prevalentemente soggetti di età superiore ai 65 anni. Pazienti con ictus cerebrale presentano un rischio nove volte superiore di sviluppare demenza rispetto ai controlli sani, ed una storia di ictus è presente nel 76% dei soggetti con VaD.La prevenzione primaria e secondaria si basa sostanzialmente sugli stessi principi e sulle stesse strategie previste per l'ictus cerebrale: ottimale correzione di tutti i fattori di rischio vascolare; ottimale gestione dell'ictus in fase acuta; adeguata terapia antitrombotica di profilassi secondaria. Nella prevenzione secondaria l'acido acetilsalicilico è sempre stata il farmaco di scelta, sia per i suoi effetti ben documentati, sia per lo scarso rischio di effetti collaterali gravi e i costi minimi. Tuttavia i suoi effetti sono piuttosto modesti. I risultati dell' ESPRIT (Lancet 2006;367:1665-73), studio randomizzato sull'associazione aspirina-dipiridamolo versus aspirina da sola in pazienti con attacco ischemico transitorio e ictus ischemico, forniscono evidenze sufficienti per privilegiare la doppia terapia antipiastrinica (aspirina + dipiridamolo) rispetto all' aspirina in monoterapia, come trattamento antitrombotico nella prevenzione di nuovi eventi vascolari gravi in pazienti che hanno avuto ischemia cerebrale non disabilitante di origine arteriosa. Pertanto la terapia doppia con dipiridamolo e aspirina si pone idealmente sul podio nella prevenzione secondaria dell'ictus, accanto ai trattamenti evidence-based che debbano essere applicati nella pratica clinica routinaria. Alla luce di quanto affermato, ci siamo chiesti se la stessa terapia antiaggregante possa essere in grado di rallentare anche il declino cognitivo e funzionale nei pazienti con Demenza Vascolare.
Materiali e metodi. Sono reclutati nello studio pazienti con Demenza Vascolare che afferiscono al nostro Ambulatorio per i Disturbi della Memoria.I pazienti arruolati soddisfano necessariamente i seguenti criteri di inclusione: diagnosi di Demenza Vascolare secondo i criteri del DSM IV e NINDS – AIREN e documentata mediante neuroimaging (TC o RM encefalo), punteggio di MMSE compreso fra 10 e 26/30, assenza di terapia antiaggregante. Al basale (T0) i soggetti sono sottoposti a valutazione multidimensionale: anamnesi, visita clinica, colloquio psicologico, Hachinsky Ischemic Score, test neuropsicologici (MMSE, MODA , clock test), valutazione funzionale

(ADL, IADL), valutazione affettiva (GDS) e dei disturbi comportamentali (NPI). I pazienti arruolati sono quindi casualmente e alternativamente distribuiti in 2 bracci: i pazienti del primo sono trattati con Acido Acetil Salicilico (ASA) 100 mg die; gli altri con un' associazione di ASA 25 mg e Dipiridamolo 200 mg per 2 volte die. Sono previsti follow-up a tre (T1), sei (T2), nove (T3), dodici mesi (T4) dalla prima valutazione effettuata al momento dell'arruolamento. In ciascuno di questi intervalli temporali i pazienti vengono nuovamente sottoposti a valutazione multidimensionale.

Scopo dello studio. Verificare se l'associazione ASA + Dipiridamolo è in grado di rallentare il declino cognitivo e funzionale nei pazienti con Demenza Vascolare.

Bibliografia

Mecocci P, Cherubini A, Senin U. *Invecchiamento cerebrale, declino cognitivo, demenza. Un continuum?*

Trabucchi M. L*e Demenze*, 4° edizione.

Antithrombotic Trialists' Collaboration. *Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients.* BMJ 2002; 324: 71–86.

Algra A, van Gijn J. *Aspirin at any dose above 30 mg off ers only modest protection after cerebral ischaemia.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 60: 197–99.

Warlow CP. *Secondary prevention of stroke.* Lancet 1992; 339: 724–27.

Algra A, van Gijn J. *Cumulative meta–analysis of aspirin effi cacy after cerebral ischaemia of arterial origin.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999; 66: 255.

Bhatt DL, Fox KAA, Hacke W, et al. *Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events.* N Engl J Med 2006; 354: 1706–17.

Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, et al. *Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial.* Lancet 2004; 364: 331–37.

European Stroke Prevention Study 2. *Efficacy and safety data.* J Neurol Sci 1997; 151 (suppl): S1–77.

Incidenza di TVP in pazienti ipomobili in RSA

G. Ardoino, L. De Agostini, T. Rasera, F. Calamida, M. Gabriele, L. Cassani[1], N. Besana[1], G. Arpaia[2], A. Serras[2], C. Cimminiello[2], A.B. Ianes[3]

Residenze Sanitarie Assistenziali "Santa Giulia Santa Chiara", Milano, Gruppo Segesta; [1] Ospedale di Vimercate Medicina 2°- Milano; [2] A.D.I. Mosaico-Gruppo Segesta; [3] Direzione Medica Gruppo Segesta- Milano

Scopo. L'incidenza di Trombosi Venosa Profonda (TVP) in Pazienti con patologie acute di tipo medico è stata studiata solo recentemente da Samama e la sua incidenza stimata al 15% quando ricercata con metodi invasivi. Meno conosciute sono l'incidenza delle complicanze tromboemboliche nei pazienti costretti alla prolungata immobilizzazione o ipomobili in RSA o al domicilio e la conseguente eventuale necessità di prolungare la profilassi oltre la fase acuta della malattia, soprattutto per quei pazienti nei quali la ridotta mobilità è da presumersi prolungata nel tempo.

L'incidenza di tromboembolismo venoso sintomatico nella popolazione generale è stata stimata negli Stati Uniti attorno ai 117,7 casi per 100.000 abitanti/anno con una maggiore incidenza in età avanzata (130 per 100.000 nel maschio e 110 per 100.000 nella donna oltre i 45 anni di età). L'ospedalizzazione ed il ricovero in ambiente protetto (*Nursing Home resident*) da soli rappresentano il 60% dei casi di tromboembolismo venoso (Eith, 2006). Quest'ultima condizione da sola comporterebbe una incidenza del 14% circa quando pesata per i fattori di rischio (Eith, 2002). Tra i pazienti istituzionalizzati, sia mobili che ipomobili, l'incidenza di TVP/EP sintomatica è stata stimata in 1,3/1,5 casi per 100 pazienti/anno (Gomes 2003; Gatt 2004). La tendenza alla deospedalizzazione, con affidamento alle RSA di pazienti con malattie croniche e costretti alla ipomobilità (letto/carrozzina), apre un nuovo fronte relativamente alla prevenzione delle complicanze tromboemboliche. I fattori di rischio non sono differenti rispetto a quelli noti per i pazienti ospedalizzati in fase acuta ma il prolungarsi della immobilità rende difficile la scelta di una eventuale prevenzione farmacologica che dovrebbe giocoforza riguardare un grande numero di persone con incremento dei costi assistenziali e dei rischi di eventi avversi [emorragie, piastrinopenia da eparina, osteoporosi (Eiyh, 2002)].

Si propone quindi di valutare l'incidenza di Trombosi Venosa Profonda sia sintomatica che asintomatica in pazienti residenti nelle RSA costretti alla ipo-immobilità per gli esiti di malattie croniche invalidanti e di indagarne contemporaneamente i fattori di rischio predisponenti mediante questionario mirato. Gli esami ultrasonografici verranno eseguiti al domicilio dei Pazienti a cura dell'Ambulatorio di Angiologia Medica e Diagnostica Vascolare dell'U.O. di Medicina 2 del Presidio di Vimercate, da parte di Medici opportunamente addestrati.

Materiali e metodi. Una volta individuati i pazienti eleggibili verrà somministrato da parte del medico della struttura un questionario riguardante la patologia invalidante e quelle concomitanti, le terapie in atto, il livello autonomia/ipomobilità, il tempo trascorso dalla perdita delle stesse, l'eventuale uso di terapie antitrombotiche.

Tutti i Pazienti eleggibili verranno sottoposti ad esame ultrasonografico con compressione venosa (CUS) del tratto femoro-popliteo bilaterale, "allargato" all'osservazione delle diramazioni poplitee e delle vene gemellari. Potrà essere usato ogni mezzo tecnico a discrezione dell'operatore (colore; power-doppler) per la migliore visualizzazione delle vene esplorate. Saranno ammessi tutti i pazienti che soddisferanno le seguenti caratteristiche: espressione del consenso informato, ipomobili (letto/carrozzina-poltrona) assenza di terapia antitrombotica/anticoagulante meccanica o farmacologica.

Risultati. Lo studio è attualmente in corso e la durata sarà approssimativamente di tre mesi, ipotizzando una casistica di 400 pazienti. L'arruolamento verrà esteso a tutti i pazienti ospiti nelle RSA del Gruppo Segesta e seguiti ad domicilio dal Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) Mosaico del Gruppo Segesta: i criteri di inclusione prevedono l'espressione del consenso informato, indipendentemente dal tipo di patologia di base, dalla prognosi e dall'età al momento.

Conclusione. Al termine dello studio è nostra intenzione, a parte sottoporre a terapia tutti i soggetti a qui è stata rilevata una TVP non nota, rilevarne l'incidenza e d approfondire quali sono ulteriori fattori di rischio per TVP al fine di eliminarli i prima che possa manifestarsi un evento maggiore.

Bibliografia

Heit JA. *The epidemiology of venous thromboembolism in the community: implication for prevention and management*. J Thromb Thrombolisysis 2006;21:23-9.

Heit JA, O'Fallon M, Petterson TM, Lohse CM, Silverstein MD, Mohr DN, et al. *Relative impact of risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism. A population-basedstudy*. Arch Intern Med 2002;162:1245-8.

Gomes JP, Shaheen WH, Truong SV, Brown EF, Beasley BW, Gajewski BJ. *Incidence of venous thromboembolic events among nursing home resident*. J Gen Intern Med 3003;18:934-6.

Gatt ME, Paltiel O, Bursztyn M. *Is prolonged immobilization a risk factor for symptomatic venous thromboembolism in elderly bedridden patients? Result of a historical-cohort study*. Thromb Haemost 2004;91:538-43.

Valutazioni delle alterazioni comportamentali in pazienti con demenza di Alzheimer

C. Arizzi, M. Ferlisi, A. Lo Bue, G. Belvedere, M. Starvaggi, V. Brucato, S. Largueche, A. Giunta, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Premessa. I sintomi non cognitivi (BPSD – *Behavioral and Psychological Symptom of Dementia*) si associano frequentemente alla Demenza di Alzheimer (DA). Uno o più di tali sintomi si riscontrano nel 90% dei pazienti affetti da questa patologia. I BPSD sono motivo di grave disagio per i pazienti e di stress per i *caregivers*. Le implicazioni cliniche e sociali sull'assistenza hanno portato ad un crescente interesse nei loro confronti. La presenza di BPSD, infatti, richiede un più elevato utilizzo di farmaci psicotropi, è spesso causa di continue richieste d'aiuto da parte dei *caregivers* e motivo di istituzionalizzazione precoce. Comporta, inoltre, un aumento considerevole dei costi di gestione. Per tali ragioni si fa sempre più pressante la necessità di riconoscere e trattare i BPSD per alleviare la sofferenza dei pazienti, ridurre il carico assistenziale dei *caregivers* e contenere i costi sociali.

Scopo. Scopo dello studio è applicare una metodologia di osservazione ed analisi dei BPSD, attraverso la valutazione comportamentale e l'analisi delle risorse (famiglia), al fine di fornire delle indicazioni sul tipo di trattamento farmacologico più adeguato alle varie situazioni.

Materiali e metodi. Sono stati reclutati 10 pazienti, già seguiti presso l'UVA della U.O. di Geriatria Palermo, affetti da DA, assistiti a domicilio da *caregivers* con disturbi del comportamento da moderati a moderato-gravi.
Strumenti utilizzati: 1) valutazione cognitiva: MMSE; 2) valutazione funzionale: IADL e ADL; 3) valutazione comportamentale: *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), basale e a 3 e 6 mesi; 4) analisi dei BPSD: *Antecedent, Behavior and Consequence Approach*; 5) analisi delle risorse assistenziali: familiari e sociali; 6) identificazione dei pazienti da sottoporre a trattamento non farmacologico, a trattamento farmacologico e trattamento combinato; 7) inserimento dei pazienti nei rispettivi tipi di trattamento: farmacologico, non farmacologico e combinato.
Quattro pazienti sono stati sottoposti al TnF, 3 al TF e 3 ad ambedue i trattamenti.
Risultati. Dei 4 pazienti sottoposti al TnF, solo 2 hanno avuto un buon controllo dei BPSD. Dei 3 pazienti trattati con antipsicotici, 1 ha avuto un buon contenimento dei sintomi, 1 una risposta parziale e 1 non ha avuto risposta. Infine i 3 pazienti con il trattamento combinato hanno avuto, a tutt'oggi, una buona risposta.
Conclusioni. La scelta di trattare un soggetto con uno dei tre tipi di trattamento è stata suggerita dai problemi presenti e dalla disponibilità e sensibilità dei *caregivers* a seguire il percorso suggerito.
In alcuni casi lo stress del *caregiver* associato alla situazione comportamentale è talmente elevato da non lasciare spazio alla possibilità di un intervento di tipo non farmacologico. Da un punto di vista metodologico, la possibilità di selezionare gruppi di pazienti omogenei è difficile.
I 3 pazienti scelti per il trattamento con trattamento non farmacologico, infatti, presentano sintomi meno dirompenti rispetto agli altri. I 3 pazienti trattati con antipsicotici atipici hanno avuto una risposta incostante e questo può dipendere dallo stato psico-fisico del *caregiver*. Infine, pare che l'azione combinata risulti la più efficace per attenuare e/o risolvere i BPSD.
I dati di questa osservazione preliminare, pur necessitando di ulteriore approfondimento, incoraggiano a proseguire lo studio e l'applicazione di strategie non farmacologiche, ove possibile, associate al trattamento farmacologico, quando indicato, per migliorare la qualità della vita di pazienti e *caregivers*.

Bibliografia

Marchionni M, et al. *Stato psicoaffettivo e condizioni di salute fisica nell'anziano*. Giornale di Gerontologia 2002;2:67-80.
Caspi A, et al. *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. Science 2003;301:386-9.

Evoluzione della placca carotidea asintomatica in anziani sani: identificazione di un profilo di suscettibilità

B. Arosio, E. Segato, C. Viazzoli, L. Mastronardi, T. Lucchi, F. Annoni[1], G. Annoni[2], C. Vergani

Dipartimento di Medicina Interna U.O. di Geriatria e [1] Dipartimento di Chirurgia Università di Milano, Ospedale Maggiore Policlinico, Fondazione IRCCS, Milano; [2] DIMEP, Università Milano-Bicocca, Milano

Scopo. Sempre più evidenze sperimentali suggeriscono che la placca aterosclerotica non è un semplice deposito di lipidi bensì la sede di complesse interazioni fra cellule endoteliali, muscolari lisce della parete vascolare, leucociti circolanti, piastrine e mediatori della flogosi e che quindi il processo infiammatorio svolge un ruolo significativo nella comparsa e nelle manifestazioni cliniche dell'aterosclerosi.
Il ruolo dei marcatori pro-infiammatori è stato caratterizzato in corso di coronaropatia mentre ancora pochi studi hanno considerato il loro coinvolgimento nelle fasi iniziali e nello sviluppo delle lesioni carotidee asintomatiche che, per altro, rappresentano un indicatore precoce dell'aterosclerosi sistemica.
Fra i componenti infiammatori un ruolo chiave è svolto dalle citochine, espresse nelle lesioni ateromasiche. Il network citochinico è finemente regolato e questo permette di mantenere un equilibrio tra attività infiammatoria ed anti-infiammatoria; un'alterazione di questo equilibrio potrebbe contribuire all'aterogenesi.
È interessante notare che le principali citochine sono caratterizzate da polimorfismi genici, generalmente in forma di transizione da una base ad un'altra (SNPs), associati a differenti livelli circolanti del prodotto finale.
Scopo di questo studio è quello di valutare la relazione tra analisi morfologica delle carotidi e fenotipo pro-infiammatorio in soggetti anziani sani con e senza i fattori di rischio cardiovascolari noti.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 72 anziani ambulatoriali (44 donne e 28 uomini) di età compresa fra 65 e 84 anni. I soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi sulla base dei fattori di rischio cardiovascolare secondo il *National Cholesterol Educational Panel*-ATP III [rischio a 10 anni: 0-9% (G0), 10-20% (G1) e > 20% (G2)] e sono stati sottoposti ad eco color doppler delle arterie carotidi (Acuson Aspen) al reclutamento (T0), dopo 12 (T12) e 24 (T24) mesi.
Sono stati valutati i SNPs presenti nei geni dell'interferone gamma (IFN-~: +874 T/A), interleuchina 6 (IL-6: -174 G/C) ed interleuchina 10 (IL-10: -1082 G/A).
Risultati. A T0 in 19 soggetti è stata riscontrata la presenza di placca carotidea asintomatica (PCA). Di essi il 63,2% appartenevano ai gruppi a basso rischio cardiovascolare (G0 e G1).
L'allele -174G di IL-6 e +874T di IFN-~, correlati all'alta produzione di queste citochine, erano più frequenti nel gruppo con PCA ($p = 0,041$ per IL-6 e $p = 0,016$ per IFN-~).
Nello stesso gruppo è stata inoltre evidenziata una maggior frequenza del genotipo AA di IL-10 associato alla bassa produzione di tale citochina.
Dopo 24 mesi, 5 soggetti che non presentavano placca a T0 mostravano PCA. I soggetti appartenevano rispettivamente a G0 (1 soggetto), G1 (2 soggetti) e G2 (2 soggetti). Tutti i soggetti erano portatori contemporaneamente dell'allele G di IL-6 e dell'allele T di IFN-~.
Conclusioni. I nostri risultati indicano che, nei soggetti anziani, anche in assenza dei fattori cardiovascolari tradizionali, è possibile osservare un profilo genetico pro-infiammatorio correlato all'aterogenesi e che la valutazione ecografica delle arterie carotidee è utile nell'identificazione di tali individui.

"Invito al viaggio": corsi di preparazione al pensionamento

F. Arrigoni, G. Gelmini

Centro Servizi Terza Età "Fondazione Ospedale della Carità", Casalbuttano (CR)

Scopo. Il pensionamento e/ o la "vita da pensionato" possono rappresentare per molti soggetti, soprattutto di sesso maschile, un fattore di crisi esistenziale per la quale possono essere indicati interventi geragogici di supporto. In quest'ottica si è voluto sviluppare un progetto che ha visto coinvolto il nostro Centro Diurno Integrato, i Servizi Sociali del comune di Casalbuttano e l'Assessorato ai Servizi Sociali della Provincia di Cremona.
Il taglio dell'iniziativa è stato quello di un corso di preparazione al pensionamento denominato "INVITO AL VIAGGIO", dove i soggetti sono stati sensibilizzati sulle tematiche di stimolazione psico-fisica e sulle aeree di rischio dove intervenire per mantenere un invecchiamento attivo ed una responsabilizzazione sociale da far ricadere nella comunità. In particolare si è voluto porre l'attenzione sulla tematica del volontariato con lo scopo di sensibilizzare e promuovere una partecipazione attiva dei soggetti in modo da fornire le basi per la possibile creazione di un gruppo di volontariato che potesse svolgere funzione di aiuto, ad esempio per altri anziani del paese in stato di bisogno. Altro scopo la promozione delle attività del Centro Diurno Integrato come luogo di aggregazione socio-relazionale.
Materiali e metodi. Sono stati effettuati 3 corsi a cadenza annuale rivolti a soggetti pensionati del nostro comune ed allargato a possibili partecipanti di altre zone della provincia. I corsi si sono sviluppati secondo una metodologia attivante una formazione partecipata con strategie di empowerment percepito. Le tematiche affrontate, decise direttamente dai partecipanti di anno in anno, sono state, la socialità, il rito di passaggio del pensionamento, gli aspetti psicosociali della vecchiaia, le demenze senili, alcune nozioni di

musicoterapia, la salute nell'età anziana, l'autopromozione dei gruppi per promuovere un'anzianità attiva, le esperienze eccellenti dei gruppi di volontariato, la geriatria moderna ed i servizi alternativi al ricovero.
I moduli formativi duravano più di due ore ed avevano un'impostazione partecipativa, dove i soggetti venivano stimolati ad intervenire e partecipare direttamente al processo di apprendimento.
A tutti i partecipanti sono stati somministrati un questionario di soddisfazione al termine del corso e una scala di valutazione del tono dell'umore (*Geriatric Depression Scale*) prima e dopo 8 mesi dal corso.
Poiché, come descritto dopo nei risultati, si è formato un nucleo di volontariato, è stato somministrato un questionario di gradimento dell'intervento ai famigliari che hanno ricevuto sostegno per il proprio congiunto.
Risultati. I tre corsi hanno visto la partecipazione di 56 pensionati di cui 49 residenti nel comune di Casalbuttano e 7 provenienti dalla città di Cremona. L'età media dei partecipanti è stata di 69 anni.
La partecipazione del gruppo è stata molto elevata, con domande e interventi che si individuavano in un dibattito costruttivo che permetteva agli anziani di mettersi in gioco attivamente. Durante i corsi non vi è stata nessuna defezione.
Nel momento di verifica finale (*customer satisfaction*) il gradimento dei partecipanti è risultato essere molto elevato. Infatti il dato globale ha mostrato i seguenti valori: ottimo 48 (85,71%), buono 8 (14,28%).
La *Geriatric Depression Scale* ha mostrato una riduzione percentuale tra i valori ottenuti al momento dell'inizio del corso e quelli ottenuti a distanza: normalità n. 17 (30,35%) ***vs.*** n. 24 (42,85%), depressione lieve/media n. 32 (57,14%) ***vs.*** 30 (53,57%), depressione grave n. 7 (12,5%) ***vs.*** n. 2 (3,57%).
Tra i partecipanti ben 18 di essi (32,14%), terminato il percorso, hanno dato vita ad un gruppo di volontariato che ha affiancato i Servizi Sociali del Comune di Casalbuttano e il nostro Centro Servizi nell'aiuto degli anziani al domicilio.
I volontari si sono occupati dei trasporti degli anziani alle visite mediche ed ai ricoveri programmati, si sono dedicati ad aiuti domiciliari a sostegno nella cura della casa e negli aiuti nei momenti del pranzo e della cena e si sono resi disponibili a richieste personali dei soggetti soli al domicilio. Alcuni di questi anziani con bisogni erano ospiti che frequentavano il Centro Diurno Integrato con necessità di una parziale continuità assistenziale domiciliare. La ricaduta del progetto nel sostegno domiciliare ai nuclei familiari in difficoltà degli anziani ha riscosso unanime gradimento come evidenziato dalla percentuale del 100% di soddisfatti al questionario proposto.
Conclusione. I risultati dell'intervento geragogico rivolto ai pensionati del nostro comune ha evidenziato come progetti di questo genere siano graditi, apprezzati e quindi importanti nel sensibilizzare la popolazione anziana verso un invecchiamento attivo e "di successo". In particolare si vuole evidenziare come il nostro progetto e quindi iniziative geragogiche di questo genere possano essere fondamentali nello sviluppo di attività di volontariato, da ritenersi una delle massime espressioni di valorizzazione sociale del pensionato.

Bibliografia

Ripamonti E. *Anzianità attiva*. Edizioni Unicopli anno 2007.
Giunco F. *Il Centro Diurno una metodologia dell'esperienza*. Edizioni Franco Angeli 2003.
Gelmini G. *Invecchiare con successo*. Lions Int. Ed. 2003.
Arrigoni F. *Il Centro Diurno Integrato*. Pro Terza Età 2007;37:10.

Rapporto cortisolo/testosterone e physical performance in soggetti anziani di sesso maschile: lo studio InCHIANTI

A. Artoni, M. Maggio, F. Lauretani[1], S. Bandinelli[2], G. Ceresini, J.M. Guralnik[3], G. Valenti, L. Ferrucci[4], G.P. Ceda

Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma; [1] U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Riabilitativa, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Parma; [2] A.S.F. Riabilitazione Geriatrica, Firenze, Italia; [3] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, Bethesda, MD, USA; [4] Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institutes of Health (NIH), Baltimore, MD, USA

Premessa. In corso di invecchiamento si verifica uno sbilanciamento tra fattori anabolici che si riducono e quelli catabolici che aumentano e si ritiene che questo disequilibrio possa avere un impatto sull'insorgenza di fragilità e disabilità [1].
Vi è una crescente evidenza in letteratura che alcuni modelli di invecchiamento accelerato quali la fragilità e la Sindrome Metabolica si associano ad una disregolazione ormonale caratterizzata dall'incremento di ormoni catabolici (cortisolo) e riduzione di ormoni anabolici (testosterone, DHEA, IGF-1) [1,2]. Studi recenti condotti in soggetti di sesso maschile hanno identificato nel rapporto cortisolo/testosterone un potenziale marcatore di questo sbilanciamento. In particolare un elevato rapporto molare cortisolo/testosterone è risultato predittivo di eventi ischemici e mortalità cardiovascolare [3]. Tuttavia se il rapporto cortisolo /testosterone si associa a modificazioni della forza muscolare e della performance fisica nei soggetti anziani è un dato ancora non noto.
Scopo dello studio. Lo scopo dello studio condotto nei soggetti ultrasessantacinquenni di sesso maschile dello Studio InCHIANTI è stato duplice:
1. verificare l'andamento con l'età del rapporto cortisolo/testosterone;
2. testare se esiste una relazione tra rapporto cortisolo/testosterone e forza muscolare e performance fisica.

Metodi. Per testare queste ipotesi sono stati utilizzati 454 soggetti della popolazione ultrassessantacinquenne di sesso maschile dello studio InCHIANTI con dati completi su cortisolo, testosterone, *body mass index* (BMI), *Short physical performance test* (SPPB) e forza muscolare degli arti superiori. Il Cortisolo ed il testosterone sono stati dosati attraverso metodica RIA. La forza muscolare agli arti superiori (*Hand grip*) è stata misurata con dinamometro manuale mentre per valutare la performance fisica è stato utilizzato l'SPPB i cui valori elevati si associano ad una migliore performance fisica. L'analisi statistica è stata effettuata attraverso una regressione multivariata avente come *predictor* il rapporto molare cortisolo/testosterone e come *outcome* la *grip strenght* e l'SPPB rispettivamente. Per l'analisi di regressione è stato utilizzato un approccio *backward* che permette di mantenere nel modello finale le sole variabili che sono singolarmente e significativamente ($p < 0,1$) associate all'*outcome* di riferimento.
Risultati. L'età media dei 454 soggetti è stata di 74,68 ± 6,97 anni (*range* 65-97 anni). Il rapporto cortisolo/testosterone è aumentato significativamente con l'età (coefficiente beta ± SE 1,84 ± 0,64, $p = 0,005$). È stata riscontrata un'associazione negativa tra rapporto molare cortisolo/testosterone e forza muscolare indipendentemente dall'età (-0,009 ± 0,004, $p = 0,04$) e dopo aggiustamento per altre covariate quali attività fisica, stato cognitivo, depressione, BMI e malattie croniche (-0,023 ± 0,009, $p = 0,01$).
È stato inoltre trovata un'associazione negativa e statisticamente significativa tra rapporto Cortisolo/Testosterone ed SPPB sia dopo aggiustamento per età (coefficiente beta ± SE, -0,002 ± 0,001, $p = 0,05$) che per le altre covariate (-0,004 ± 0,002, $p = 0,02$).
Conclusioni. Nei soggetti anziani di sesso maschile il rapporto Cortisolo/testosterone aumenta significativamente con l'età e si associa negativamente con la forza muscolare e la performance fisica. Studi longitudinali saranno necessari per chiarire il ruolo di questo *marker* nell'insorgenza della disabilità nel soggetto anziano.

Bibliografia

1 Maggio M, Cappola AR, Ceda GP, Basaria S, Chia CW, Valenti G, Ferrucci L. *The hormonal pathway to frailty in older men*. J Endocrinol Invest 2005;28(11 Suppl):15-9.
2 Maggio M, Lauretani F, Ceda GP, Bandinelli S, Basaria S, Ble A, et al. *Association between hormones and metabolic syndrome in older italian men*. J Am Geriatr Soc 2006;54:1832-8.
3 Smith GD, Ben-Shlomo Y, Beswick A, Yarnell J, Lightman S, Elwood P. *Cortisol, testosterone, and coronary heart disease: prospective evidence from the Caerphilly study*. Circulation 2005;112:332-40.

Le variabili sistemiche nella riabilitazione neuropsicologica tra analisi della domanda e terapia familiare

E. Auricchio, L. Boccia, L. D'Acquisto[1], M. Lepore

C.T.F., Centro di Terapia Fisica e Riabilitazione, C.mare di Stabia (NA); [1] ASL NA 5

Scopo. La ricerca in ambito riabilitativo ha finora dedicato insufficiente attenzione alle dinamiche familiari ed alle variabili sistemiche ad esse connesse, nonostante il riconoscimento del ruolo della famiglia nel modulare l'efficacia degli interventi rivolti al paziente demente, sia per le caratteristiche specifiche di questa patologia che per il carico assistenziale che essa comporta [1]. Il modello concettuale ampiamente utilizzato in letteratura per l'analisi del *caregiving* è lo *stress process model* [2] fondato su tre categorie di variabili, che determinerebbero le differenti reazioni del familiare: 1) *stressor primari* (l'insieme delle condizioni ambientali, ad es. la malattia del familiare); 2) gli effetti del processo di cura o *outcome* (le conseguenze derivate dall'assistenza prestata) e 3) fattori di mediazione o *mediating conditions* (le caratteristiche personali del *caregiver* e la sua situazione relazionale e sociale). Relativamente ai fattori di mediazione, le caratteristiche personali del *caregiver* sono state ampiamente studiate, mentre minore attenzione è stata finora dedicata a variabili di natura sistemica che si riferiscono al contesto familiare complessivo e che possono determinare l'individuazione del ruolo e delle funzioni del *caregiver*. Viene presentata una rassegna delle ricerche sui fattori di mediazione sistemici e sugli interventi rivolti alla famiglia.

Materiali e metodi. Sono state cercate negli archivi elettronici PubMed e PsycInfo ricerche originali e rassegne della letteratura pubblicate in inglese (1980-2007), utilizzando come criteri di ricerca "*family assessment*" o "*family therapy*" o "*family interventions*" o "*family functioning*" in combinazione con "*dementia*" e "*caregiver*". Un'ulteriore ricerca è stata eseguita tra le voci bibliografiche dei lavori recuperati. Sono stati presi in considerazione le pubblicazioni che hanno esplorato le variabili sistemiche e gli interventi rivolti alla famiglia di pazienti con demenza.

Risultati. Il *caregiver* rappresenta l'interlocutore principale per gli operatori dei servizi e la sua capacità di svolgere in misura efficace il proprio compito di cura può determinare l'istituzionalizzazione del paziente più che la gravità della sua condizione [3]. Tale competenza può essere modulata da variabili di natura sistemica (ad es. la relazione diadica tra familiare e paziente [4 5], i modelli transazionali familiari [6], gli stili di funzionamento familiare [5], il tipo di contesto in cui vengono svolte le cure [7]). Pertanto, gli interventi terapeutici che ne tengono conto possono essere più funzionali, soprattutto se prevedono la collaborazione e la coordinazione tra professionisti e famiglia [8].

Conclusione. Le caratteristiche specifiche della malattia di Alzheimer hanno stimolato l'interesse della ricerca geriatrica per il processo familiare di cura con particolare attenzione all'interazione tra questo e il contesto di cura. Pertanto, nei Servizi socio-sanitari l'orientamento sistemico non si identifica con la psicoterapia tradizionale quanto, piuttosto, con l'attenzione per l'ecosistema in cui la dimensione terapeutica emerge proprio dall'interazione dell'intera rete con il paziente e la sua famiglia. In tale ottica, l'équipe terapeutica rappresenta uno spazio di riflessione sulle emozioni di utenti e operatori e di analisi della domanda che la famiglia rivolge al servizio [9].

Bibliografia

1 Tamanza G. *Anziani. Rappresentazioni e transizioni dell'ultima età della vita*. Milano: FrancoAngeli 2001.

2 Carradice A, Beail N, Shankland MC. *Interventions with family caregivers for people with dementia: efficacy problems and potential solution*. J Psychiatr Mental Health Nursing 2003;10.

3 Brodaty H, Gresham M, Luscombe G. *The Prince Henry Hospital Dementia Caregivers' Training Programme*. Int J Geriatr Psychiatry 1997;12:183-92.

4 Harahan MF. *New paradigms for guiding research, interventions and policies for family caregivers*. Aging Mental Health 2001;5:52-5.

5 Heru AM, Ryan CE, Iqbal A. *Family functioning in the caregivers of patients with dementia*. Interper J Geriatr Psychiatry 2004;19:533-7.

6 Minuchin S, Fisbman HC. *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*. Astrolabio 1981.

7 Auricchio E, De Martino G, Boccia L, D'Acquisto L, Anatriello E, Lepore M. *Pattern di concordanza tra differenti operatori ed il caregiver familiare nella valutazione dei disturbi comportamentali in un campione di dementi: le differenze dipendono dal contesto?* 7° Congresso Nazionale AIP Associazione Italiana Psicogeriatria 2007.

8 Nolan M, Ingram P, Watson R. *Working with family carers of people with dementia*. Dementia 2002;1:75-93.

9 Carli R, Paniccia RM. *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino 2003.

Valutazione retrospettiva sulle complicanze conseguenti alla nutrizione enterale tramite PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy – gastrostomia endoscopica percutanea) in un gruppo di pazienti affetti da demenza in fase avanzata

G. Bacchi, S. Mignemi, A. Guaschi, G. Gainotti, M. Corsi

Fondazione "Elisabetta Germani" (Residenza Sanitaria Assistenziale), Cingia de' Botti (CR)

Scopo. Alcune gravi sindromi dell'anziano, quali la demenza, sono caratterizzate da una malnutrizione severa ed ingravescente conseguente ad una impossibilità temporanea o, spesso, permanente, ad alimentarsi per bocca. Una popolazione particolarmente esposta a questo rischio è quella ricoverata nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: in queste persone una sindrome cachettica si può sviluppare molto rapidamente con conseguente drastico aumento del tasso di mortalità, nonché di ulteriori complicanze legate al defedamento (come, ad. es., ulcere da pressione, infezioni broncopolmonari e, più in generale, maggior rischio di infezioni sistemiche legate alla disprotidemia). La diagnosi (fondamentale, per una valutazione globale dello stato nutrizionale, il ricorso al *Mini Nutritional Assessment* – MNA [1]) e la terapia della malnutrizione costituiscono uno dei momenti cardine della cura dell'anziano [2], in particolare in quelle popolazioni ad alto rischio come le persone affette da demenza in fase avanzata. La scarsa *compliance* del paziente con demenza in fase avanzata rende poco praticabile il ricorso alla nutrizione tramite sondino naso-gastrico (tendenza alla autorimozione del sondino e conseguente necessità di contenzione del paziente) giudicando preferibile il ricorso alla nutrizione tramite PEG (gastrostomia endoscopica percutanea); la PEG è la tecnica preferibile in caso di necessità di nutrizione enterale (NE) superiore ai 60 giorni, dimostrando di essere ben tollerata, sicura ed in grado di ridurre il rischio di aspirazione [3]. Abbiamo quindi proceduto ad una analisi retrospettiva al fine di valutare l'incidenza delle complicanze derivanti dalla nutrizione tramite questa tecnica.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati, per un periodo osservazionale di due anni, quattordici casi di impianti di PEG in altrettante persone (età media di 81 anni), con diagnosi di demenza in fase avanzata (CDR *Extended – Clinical Dementia Rating* 4 e 5), ed analizzato l'incidenza di complicanze (locali e generali) derivanti da tale metodica. Sono state messe in atto le comuni misure atte a prevenire le complicanze: la somministrazione dell'alimentazione in modalità continua con l'ausilio di una nutripompa, pulizia accurata della cute peristomale con acqua tiepida, mantenimento della zona di inserzione della PEG sempre asciutta, osservazione diretta del paziente per eventuale insorgenza di sintomi (tosse, cianosi, dispnea, nausea, vomito, diarrea), lavaggio della sonda con 30-60 cc di acqua tiepida prima e dopo la somministrazione dell'alimentazione, chiusura della sonda con apposito tappo quando non utilizzata, somministrazione dei farmaci non in contemporanea all'alimentazione.

Risultati. Si sono rilevate complessivamente 6 complicanze locali (flogosi peristomale in 3 casi, ostruzione della sonda in 2 casi, dislocazione in un caso) e 7 generali, tutti legati a disturbi gastro-intestinali (1 episodi di vomito, 4 di diarrea, 1 caso di distensione addominale) tranne un singolo caso di iperglicemia. Solo in due casi si è reso necessario sospendere temporaneamente la nutrizione tramite PEG (per 24 ore) causa distensione addominale in un caso e vomito con diarrea nell'altro. In nessun caso si è reso necessario sospendere definitivamente la nutrizione tramite PEG.

Conclusione. Confrontandoci coi dati disponibili in letteratura [4] (Brunelli et al. riportano in un lavoro pubblicato nel 1993 sul "Giornale italiano di Endoscopia Digestiva" una casistica di 42 pazienti sottoposti a PEG con solo 3 casi di diarrea attribuibile alla nutrizione enterale) possiamo confermare come il posizionamento della PEG è un metodo sicuro ed efficace per la nutrizione enterale a medio e lungo termine, tanto da costituire il gold standard in caso di pazienti affetti da demenza in fase avanzata, con disfagia o ad alto rischio di malnutrizione per difetto (stato che condiziona in maniera negativa l'esito dei trattamenti terapeutici). Per quanto concerne la tecnica di posizionamento chirurgico, come dimostrato dai dati disponibili in letteratura, la percentuale di insuccesso nel posizionamento della PEG risulta inferiore al 10% [4]. Inoltre possiamo affermare che la nutrizione enterale attraverso PEG rappresenta sicuramente un salto di qualità rispetto al tradizionale sondino naso-gastrico che spesso è mal tollerato, viene rimosso accidentalmente, può dislocarsi nell'albero bronchiale, provocare decubiti e reflusso gastro-esofageo.

Bibliografia

1 Guigoz Y, et al. *Mini nutritional assessment (MNA) (Valutazione globale)*. Facts Res Gerontol 1994;2:15-59.

2 Toigo G, Zamboni M, Sergi G, Valerio G, Boscaro S, Di Francesco V, et al. *Linee Guida per la nutrizione artificiale nel paziente anziano-Guidelines for artificial nutrition in the elderly*. Giornale di Gerontologia 2005;53:603-16.

3 Dwolatzky T, Berezovki S, Friedmann R, Paz J, Clarfield AM, Stessman J, et al. *A prospective comparison of the use of nasogastric and percuteneous endoscopic gastrostomy tubes for longterm enteral feeding in older people*. Clin Nutr 2001;20:535-40.

4 Brunelli E, et al. *Gastrostomia endoscopica percutanea: una tecnica semplice ed affidabile nel breve e lungo termine*. Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva 1993;16:131-4.

La "cura" degli anziani con ritardo mentale in RSA

R. Bagarolo, B. Rustea

Istituto Piccolo Cottolengo "Don Orione", Milano

Scopo. L'aumento di aspettativa di vita della popolazione generale implica anche un fenomeno per certi versi inaspettato e imprevisto come l'invecchiamento delle persone affette da Ritardo Mentale. Costoro sono in Italia 1% circa della popolazione generale con un'aspettativa di vita media intorno ai 66 anni, che invecchiando bussano in gran numero alle porte delle RSA. Il deficit cognitivo caratterizza la condizione degli anziani con e senza Ritardo Mentale, ma se nel primo caso è presente già dalla fase di sviluppo nell'altro è di tipo involutivo, spesso nelle persone con RM in fase di invecchiamento i due quadri si possono sovrapporre. La fragilità e la complessità clinico funzionale caratterizzano spesso la condizione di Ritardo Mentale in particolare durante l'invecchiamento seppur con caratteristiche e specificità proprie [1]. Lo scopo dello studio è di conoscere meglio queste caratteristiche e specificità per progettare servizi di accoglienza in grado di dare risposte appropriate ai bisogni di questa nuova popolazione di anziani fragili [2].

Materiali e metodi. L'Istituto "Don Orione" si è trasformato in questi anni in una struttura multiservizi (306 posti letto) di tipo residenziale e riabilitativo per persone disabili adulte e anziane, fra gli altri servizi si trova una RSA di 200 posti letto diversificati per intensività assistenziale e tipologia di intervento. Nel 2006 per gli anziani con Ritardo Mentale presenti in RSA è stato progettato un nucleo dedicato e nel corso del 2007 sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica e confrontati con gli anziani accolti in altri nuclei, i risultati vengono presentati come dati descrittivi e le medie confrontate con l'analisi della varianza (ANOVA).

Risultati. Il campione esaminato è composto da 88 persone, tutte di sesso femminile, di cui 40 accolte in due nuclei Alzheimer, 20 accolte in un nucleo specifico "dedicato" a persone affette da Ritardo Mentale ed infine 28 sono accolte in un nucleo RSA a media intensività clinico-assistenziale. Nella Tabella I vengono riportate le differenze tra i diversi gruppi rispetto alle variabili considerate.

Si può notare come gli anziani affetti da Ritardo Mentale accolti nel nostro istituto siano molto più giovani, più autonomi nelle attività della vita quotidiana di base (BADL), con una "performance" cognitiva e disturbi del comportamento in misura minore degli anziani accolti nel nucleo RSA *case-mix*, rispetto ai quali presentano una comorbosità (Indice di Severità CIRS) paragonabile ma assumono un minor numero di farmaci.

Nello specifico della valutazione i "giovani" anziani con Ritardo Mentale sono più autonomi in tutti gli *items* dell'Indice di Barthel, rispetto al deficit cognitivo, se confrontati con i grandi anziani accolti in RSA *case-mix*, sono più conservate la memoria a medio termine ed il linguaggio, mentre il profilo di comorbosità è simile ai grandi anziani (RSA *case-mix*) per patologia ipertensiva, gastrointestinale e psico-comportamentale, ma hanno una minor prevalenza di patologie respiratorie e maggiore di quelle genitourinarie analogamente agli anziani accolti nei nuclei Alzheimer. Rispetto alla valutazione dei disturbi comportamentali pur essendo i tre gruppi simili per punteggio cumulativo della scala NPI, si distinguono in maniera significativa per i disturbi di apatia, disinibizione, *wandering* e sonno.

Conclusione. Le Residenze Sanitarie Assistenziali si stanno sempre più caratterizzando come strutture che erogano cure di lungo assistenza a persone fragili e anziane con bisogni sanitari e socio-sanitari molto diversi, l'esperienza che stiamo conducendo di dedicare un nucleo specifico agli anziani con RM ha evidenziato alcune criticità del comune approccio geriatrico. L'età mediamente più giovane di questi ospiti, la maggior autonomia, l'elevata comorbosità associata ad una relativa stabilità clinica, i disturbi comportamentali maggiormente influenzati dalla variabilità del contesto e delle relazioni, più che dalla patologia, sono gli elementi emersi dal nostro studio e dall'esperienza. A seguito di questa indagine e delle riflessioni condotte abbiamo pensato di articolare diversamente l'équipe di cura con l'introduzione di una figura educativa con la funzione di valutare e affrontare specificamente gli aspetti adattativi e relazionali di questi ospiti, così da diventare il riferimento per percorsi di cura integrati con il percorso di vita.

Bibliografia

1 Fisher K, Kettl P. *Aging with mental retardation: Increasing population of older adults with MR require health interventions and prevention strategies*. Geriatrics: April 1, 2005.

2 Bagarolo R. *Quali servizi residenziali per il disabile che invecchia?* I luoghi della cura 2005;3:6-8.

Tab. I

Caratteristiche pazienti per gia di servizio		Età	NPI totale	IB totale	MMSE totale	CIRS IS	N farmaci
Nuclei Alzheimer	Media	83,63	43,43	15,72	3,65	2,42	6,13
	Std. deviation	7,97	17,10	22,30	6,81	0,27	2,36
RSA con ritardo mentale	Media	74,65	32,60	60,40	12,95	2,25	6,85
	Std. deviation	10,16	21,37	30,08	8,89	0,18	2,39
RSA *case-mix*	Media	87,39	35,64	39,93	15,00	2,28	7,96
	Std. deviation	10,31	22,65	28,20	8,89	0,27	3,10
	Sig. $p \leq 0,05$	0,000	0,099	0,000	0,000	0,027	0,021

Uso degli antipsicotici e mortalità nel paziente anziano demente

I. Baglio, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi, R. Liperoti

Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università "Cattolica del Sacro Cuore", Roma

Scopo. La demenza nell'anziano comprende manifestazioni cliniche eterogenee sia di tipo cognitivo che comportamentale. Deliri, allucinazioni, depressione, agitazione-aggressività, disturbi del sonno, ansia, disturbi dell'alimentazione, possono rendersi evidenti in qualsiasi momento dell'evoluzione naturale della patologia, causando stress del *caregiver* e precoce istituzionalizzazione del paziente. La prescrizione in RSA di farmaci antipsicotici è divenuta sempre più frequente per il controllo dei disturbi comportamentali, sebbene i loro modesti effetti terapeutici siano bilanciati dai severi effetti collaterali. Una recente metanalisi ha indicato che l'uso di antipsicotici atipici nel paziente anziano demente, si assocerebbe ad un incrementato rischio mortalità; successivi studi osservazionali hanno però prodotto risultati contrastanti. Inoltre nessuno degli studi precedenti, ha potuto paragonare il rischio di mortalità associato ai singoli antipsicotici, sia convenzionali che atipici, ne fornire evidenze conclusive e comparare il rischio di morte riguardo al rischio legato all'uso di tali farmaci nei dementi residenti in RSA. L'obiettivo di questo studio è comparare il rischio di morte legato all'uso di antipsicotici atipici o convenzionali, in un'ampia popolazione di anziani dementi residenti in RSA.

Materiali e metodi. È stato realizzato uno studio retrospettivo di coorte su 1.581 RSA accreditate da Medicare/Medicated in cinque stati americani (Kansas, Maine, Mississippi, Ohio e South Dakota). I pazienti arruolati erano di età ≥ 65 anni con una diagnosi di demenza, a cui erano stati prescritti farmaci antipsicotici. Sono stati analizzati 6.524 pazienti che facevano uso di antipsicotici atipici e 3.205 pazienti che assumevano antipsicotici convenzionali (1998-2000). L'*outcome* era rappresentato dalla mortalità durante sei mesi di follow-up.

Risultati. La percentuale di morti registrate era di 44,6% persone/anno, (95% CI 42,9-46,4) e sono stati identificati 1.906 decessi. Dopo la correzione per i potenziali fattori di confondi mento, il rischio di morte era diventato del 26% rispetto a coloro che assumevano antipsicotici atipici – *Hazard ratio* (HR) 1,26,95% CI 1,13-1,42. Inoltre è stata documentata una maggiore percentuale di decessi per l'aloperidolo (HR 1,31, 95% CI 1,13-1,53), fenotiazine (HR 1,17, 95% CI 1,00-1,38) ed altri antipsicotici convenzionali (HR 1,59, 95% CI 1,00-1,80), rispetto che al risperidone. Nessun singolo antipsicotico atipico era associato ad un rischio relativo differente rispetto al risperidone. Infine l'uso di antipsicotici convenzionali era associato ad un aumentato rischio di mortalità rispetto agli antipsicotici atipici in tutte le fasi dello studio. Analisi di sensibilità hanno rivelato che numerosi fattori di confondimento che incrementano il rischio di morte, non influenzano il risultato.

Conclusione. L'uso di antipsicotici convenzionali è associato ad un rischio maggiore di morte da tutte le cause rispetto agli antipsicotici atipici. Pertanto è consigliabile che non vengano utilizzati in sostituzione degli agenti atipici in soggetti affetti da demenza residenti in RSA, anche se prescritti in terapie di breve durata.

Bibliografia

Salzman C, Jeste DV, Meyer RE, Cohen-Mansfield J, Cummings J, Grossberg GT, et al. *Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy*. J Clin Psychiatry 2008;69:889-98.

Kales HC, Valenstein M, Kim HM, McCarthy JF, Ganoczy D, Cunningham F, et al. *Mortality risk in patients with antipsychotics versus other psychiatric mediactions*. Am J Psychiatry 2007;164:1568-76.

Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, Chiang C, Pedone C, Bernabei R, et al. *Cerebrovascular events among elderly nursing home patients treated with conventional or atipica antipsychotics.* J Clin Psychiatry 2005;66:1090-6.

Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, Chiang C, Pedone C, Bernabei R, et al. *Conventional and atypical antipsychotics and the risk of hospitalization for ventricular arrhythmias or cardiac arrest*. Arch Int Med 2005;165:696-701.

Il dolore cronico nel paziente anziano ambulatoriale

L. Bagnara, E. Colombo, C. Vergani, L. Bergamaschini

Dipartimento di Medicina Interna, Unità Operativa di Geriatria, Ospedale Maggiore, Policlinico IRCCS, Milano, Università di Milano

Scopo. La prevalenza del dolore aumenta con ogni decade di vita, ma il dolore, benché frequente, non è parte dell'invecchiamento fisiologico. Lo scarso controllo del dolore conduce a disturbi dell'umore, riduce l'autonomia nelle attività del vivere quotidiano e peggiora la qualità della vita. Obiettivo del lavoro è analizzare la percezione del dolore da parte di pazienti anziani ambulatoriali e valutare la gestione diagnostica e terapeutica di tale sintomo da parte del Geriatra.

Materiali e metodi. *Casistica*: tutti i pazienti afferenti all'ambulatorio e al Day Hospital di Geriatria nei mesi di gennaio-maggio 2008 e i loro *caregivers*. Somministrazione di un questionario sulla percezione e sull'impatto funzionale del dolore. Per i pazienti con demenza moderato-severa il questionario è stato somministrato al solo *caregiver* principale.

Raccolta di informazioni dalla cartella clinica (dati socio-anagrafici; punteggi ADL, IADL, MMSE e GDS; terapie farmacologiche e non farmacologiche; descrizione, ove presente, del dolore riferito).

Follow-up: colloquio telefonico o visita di controllo a 3 mesi con nuova somministrazione del suddetto questionario e rivalutazione dello stato funzionale, cognitivo e affettivo.

Analisi statistica dei dati allo scopo di caratterizzare il dolore nel paziente anziano ambulatoriale, identificare relazioni tra dolore-demenza-depressione, valutare i possibili determinanti dell'efficacia o inefficacia dell'intervento geriatrico sul sintomo "dolore".

Risultati. La maggior parte dei pazienti inclusi nello studio presenta il sintomo "dolore" con un'intensità medio-grave e con un'alta frequenza (circa quotidiana); non sempre è presente concordanza tra le scale di valutazione proposte (visiva, verbale, numerica). Il dolore correla con sintomi depressivi, ansia e *impairment* funzionale. Il dolore, soprattutto se di natura osteoarticolare, non è quasi mai motivo di consultazione del medico curante; le terapie, farmacologiche e fisiche, vengono proposte ed effettuate da un esiguo numero di pazienti e sono spesso considerate inefficaci; l'utilizzo di farmaci antidolorifici oppiacei maggiori è praticamente nullo; FANS e inibitori delle Cox 2 sono i farmaci più utilizzati; talvolta il paziente non assume i farmaci consigliati perché preferisce sopportare il dolore piuttosto che assumere un farmaco in più, soprattutto se si tratta di un oppiaceo. In alcuni casi si è rilevato un beneficio temporaneo sul sintomo doloroso dopo assunzione di un farmaco, sebbene a distanza di 3 mesi la maggior parte dei pazienti presenti ancora una sintomatologia dolorosa cronica e l'impatto funzionale sulla vita che essa concorre a determinare.

Conclusione. Il dolore è sottovalutato dal medico, che spesso non interroga in merito il paziente, e dal paziente stesso che pur avvertendo dolore e dichiarandolo nel questionario non esprime tale disturbo al momento della visita. Le scale di valutazione del dolore si rivelano strumenti rapidi e semplici di quantificazione del dolore; inserire una o più di queste valutazioni nell'*assessment* multidimensionale del paziente anziano, o anche solo interrogarlo sulla presenza o meno del sintomo "dolore", ne permette una valutazione e una gestione più efficaci, migliorando così l'*outcome* funzionale e la qualità della vita.

Bibliografia

[1] Davis MP, Srivastava M. *Demographics, assessment and management of pain in the elderly*. Drugs Aging 2003;20:23-57.

[2] Weiner DK. *Office management of chronic pain in the elderly*. Am J Med 2007;120:306-15.

Effetti di N-acetilcisteina sui livelli di glutatione epatico nel ratto diabetico

E. Balbis, A.L. Furfaro, S. Patriarca, S. Millanta, R.J. Zumba Macay, U.M. Marinari, M.A. Pronzato, D. Cottalasso, N. Traverso

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Patologia Generale, Università di Genova

Scopo della ricerca. Il contenuto di glutatione (GSH) è diminuito in vari tessuti negli organismi diabetici [1]; nostri risultati precedenti sembrano indicare che il diabete, oltre ad indurre stress ossidativo, inibisca la sintesi e faciliti la degradazione peptidolitica del glutatione epatico [2]. In questo lavoro è stata valutata l'influenza della supplementazione di N-acetilcisteina (NAC) sui livelli di GSH e dei suoi metaboliti.
Materiali e metodi. Sono stati utilizzati ratti resi diabetici con streptozotocina; ad un sottogruppo è stata somministrata NAC nell'acqua da bere (300 mg/ratto/die); i livelli di glutatione ridotto ed ossidato e di vari altri composti aminoacidici solforati (cisteina, cistina e cisteinil-glicina) coinvolti nel metabolismo del glutatione sono stati valutati in HPLC [3].
Risultati. Nei ratti supplementati con NAC si è osservato che: il livello di GSH totale, depleto nel ratto diabetico, è stato ripristinato; il GSH ossidato (GSSG) ed il rapporto GSSG/GSH sono diminuiti rispetto ai diabetici; la cisteina è aumentata rispetto ai controlli, ma diminuita rispetto ai diabetici; la cistina, aumentata nei diabetici, è ancor più alta che nei diabetici; la cisteinil-glicina, fortemente aumentata nei diabetici, è riportata ai livelli dei controlli.
Conclusioni. I risultati sembrano indicare che NAC sia in grado di rimuovere l'inibizione alla sintesi del GSH e l'iperattività di degradazione del GSH osservate nel diabete; inoltre NAC sembra proteggere dalla demolizione ossidativa del GSH, forse attraverso una ossidazione compensativa di cisteina.
Ricerca finanziata con fondi dell'Università di Genova (ex 60%), Fondazione CARIGE e MIUR PRIN #2006065711_002.

Bibliografia

1 Mukherjee B, Mukherjee JR, Chatterjee M. *Lipid peroxidation, glutathione levels and changes in glutathione-related enzyme activities in streptozotocin-induced diabetic rats*. Immunol Cell Biol 1994;72:109-14.
2 Balbis E, Furfaro AL, Patriarca S, Millanta S, Marinari UM, Pronzato MA, et al. *La deplezione di glutatione indotta da diabete è dipendente dallo stress ossidativo?* Abstract 52° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Firenze, 28 novembre-2 dicembre 2007.
3 Fariss MW, Reed DJ. *High-performance liquid chromatography of thiols and disulfides: dinitrophenol derivatives*. Methods Enzymol 1987;143:101-9.

Le diete chetogeniche e il cervello senescente: rischi e potenzialità

M. Balietti, P. Fattoretti, B. Giorgetti, T. Casoli, G. Di Stefano, C. Bertoni-Freddari, F. Lattanzio[1]

Centro Neurobiologia dell'Invecchiamento e [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. Le diete chetogeniche (DC), applicate ormai da quasi un secolo nella terapia dell'epilessia pediatrica, negli ultimi decenni stanno suscitando un nuovo, crescente interesse, dati i risultati positivi evidenziati nel trattamento delle mitocondriopatie [1], dei fenomeni ischemico-ipossici [2], dei traumi cranici [3]. Gli effetti protettivi riscontrati in alcuni modelli sperimentali di neurodegenerazione [4-6] suggeriscono, inoltre, una potenziale applicazione nei soggetti anziani. Poco o nulla però si sa delle loro conseguenze sul sistema nervoso centrale (SNC) durante l'invecchiamento. Il cervello adulto, infatti, utilizza glucosio come fonte principale di energia, ma durante i regimi chetogenici deve adattarsi a metabolizzare i corpi chetonici (CC). Questo *shift* funzionale necessita di una plasticità notevole, che con l'invecchiamento potrebbe andare persa. Lo scopo del presente lavoro è stato quindi quello di studiare la risposta del SNC senescente alle DC, verificando se i promettenti risultati riscontrati nei giovani e nei giovani-adulti potessero essere replicati.
Materiali e metodi. Ratti Wistar tardo-adulti (19 mesi) sono stati alimentati per 8 settimane con due DC contenenti trigliceridi a media catena quale fonte di CC; animali giovani (5 mesi), pari età, e anziani (26-27 mesi) alimentati con una dieta standard sono stati usati come controlli. L'effetto chetogenico è stato verificato misurando il livello ematico settimanale di beta-idrossibutirrato e al termine del periodo di trattamento è stato valutato lo stato di salute del fegato (la principale fonte di CC per il cervello) in modo da escludere eventuali effetti collaterali sistemici che potessero limitare l'applicazione delle DC. Quindi, in due aree dell'ippocampo, lo strato molecolare delle cellule piramidali CA1 (SM CA1) e lo strato molecolare esterno delle cellule granulari del giro dentato (SME GD), sono stati calcolati i seguenti parametri morfologici indicativi di plasticità sinaptica: densità numerica sinaptica (Nv_s, numero di sinapsi/micron ^{3} di tessuto), densità di superficie sinaptica (Sv, area totale delle zone di giunzione sinaptica/micron ^{3} di tessuto), area media sinaptica (S), densità numerica mitocondriale (Nv_m, numero di mitocondri/micron ^{3} di tessuto), densità di volume mitocondriale (Vv, volume complessivo occupato dai mitocondri/micron ^{3} di tessuto), volume medio mitocondriale (V).
Risultati. Nello SM CA1, le DC hanno determinato un aumento di S e V e una diminuzione di Nv_s e Nv_m; al contrario, nell'SME GD, i ratti alimentati con le DC hanno mostrato un incremento di Sv e Vv conseguente ai più alti valori di Nv_s e Nv_m. I dati ottenuti indicano che nello SM CA1 le DC hanno determinato la comparsa precoce di un *pattern* morfologico tipico degli animali anziani, mentre nello SME GD hanno indotto cambiamenti che garantiscono una miglior funzionalità delle sinapsi e un più efficace supporto energetico.
Conclusione. L'uso delle DC in ratti senescenti ha prodotto risultati opposti nelle due aree ippocampali analizzate: dannosi nello SM CA1 e positivi nello SME GD. L'eterogeneità degli effetti potrebbe riflettere la diversa suscettibilità al processo di invecchiamento: lo SME DG è infatti meno vulnerabile dello SM CA1 e la riattivazione dell'*uptake* e del metabolismo dei CC potrebbe essere più efficiente in questa regione, garantendo così l'efficace "sfruttamento" delle loro proprietà metaboliche [7 8]. I risultati di questo lavoro rappresentano la prima evidenza che l'applicazione delle DC nei soggetti anziani presenta, insieme a non negabili rischi, anche notevoli potenzialità [9]. Ulteriori studi sono ovviamente necessari per trovare le condizioni ottimali per permettere anche a regioni particolarmente fragili di affrontare la "sfida chetogenica" ma si è senz'altro aperta una porta sul potenziale impiego delle DC come approccio "*anti-aging*".

Bibliografia

1 Sperl W. *Diagnosis and therapy of mitochondriopathies*. Wien Klin Wochenschr 1997;109:93-9.
2 Suzuki M, Suzuki M, Sato K, Dohi S, Sato T, Matsuura A, et al. *Effect of beta-hydroxybutyrate, a cerebral function improving agent, on cerebral hypoxia, anoxia and ischemia in mice and rats*. Jpn J Pharmacol 2001;87:143-50.
3 Prins ML, Fujima LS, Hovda DA. *Age-dependent reduction of cortical contusion volume by ketones after traumatic brain injury*. J Neurosci Res 2005;82:413-20.
4 Noh HS, Kim YS, Lee HP, Chung KM, Kim DW, Kang SS, et al. *The protective effect of a ketogenic diet on kainic acid-induced hippocampal cell death in the male ICR mice*. Epilepsy Res 2003;53:119-28.
5 Van der Auwera I, Wera S, Van Leuven F, Henderson ST. *A ketogenic diet reduces amyloid beta 40 and 42 in a mouse model of Alzheimer's disease*. Nutr Metab 2005;17:2-28.
6 Kashiwaya Y, Takeshima T, Mori N, Nakashima K, Clarke K, Veech RL. *D-beta-hydroxybutyrate protects neurons in models of Alzheimer's and Parkinson's disease*. Proc Natl Acad Sci USA 2000;97:5440-4.
7 Sato K, Kashiwaya Y, Keon CA, Tsuchiya N, King MT, Radda GK, et al. *Insulin, ketone bodies, and mitochondrial energy transduction*. FASEB J 1995;9:651-8.
8 Cahill GF Jr, Veech RL. *Ketoacids? Good medicine?* Trans Am Clin Climatol Assoc 2003;114:149-61.
9 Balietti M, Giorgetti B, Fattoretti P, Grossi Y, Di Stefano G, Casoli T, et al. *Ketogenic diets cause opposing changes in synaptic morphology in CA1 hippocampus and dentate gyrus of late-adult rats*. Rejuvenation Res (in press).

Rilevazione della complessità dei pazienti geriatrici in RSA e lungodegenza post-acuzie

P. Ballarini, S. Carlucci, P.M. Ramirez, F. Zagarella

Casa di cura per la riabilitazione "Villa Immacolata", Viterbo

Scopo. La geriatria è una disciplina medica nella quale il concetto di complessità è la norma. Nella popolazione anziana la coesistenza di molteplici malattie croniche a carattere progressivo rappresenta la regola ed interagisce con la manifestazione atipica o non specifica, la ridotta riserva funzionale e la minore capacità di recupero, la scarsa tolleranza ai farmaci, le problematiche socio-economiche. La molteplicità, complessità, cronicità ed instabilità dei problemi di salute dell'anziano fragile richiedono l'utilizzo di una metodologia clinica multidimensionale completamente diversa da quella della medicina internistica tradizionale ed in grado di valutare tutte le varianti interagenti. Ci è sembrato quindi importante documentare il grado di complessità presente nei pazienti post-acuti afferenti in una lungodegenza ed in quelli più stabili ospiti di una RSA ad alto livello.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati 40 pazienti della Casa di Cura Villa Immacolata: 20 della lungodegenza (LD) (età media 76,65) e 20 del modulo di alto livello assistenziale della RSA (età media 81,9). Sono stati utilizzati come strumenti: la Scala di Complessità Assistenziale (SCA), il Barthel Index e la scala Indice di Comorbilità (CIRS). L'osservazione e l'applicazione delle scale è stata eseguita nei pazienti presenti in un giorno determinato da un infermiere ed un medico del reparto di appartenenza.

Risultati. Tutti pazienti esaminati avevano un punteggio al Barthel Index di ingresso inferiore a 25/100, corrispondente alla dipendenza completa. L'analisi dei risultati ottenuti dalla CIRS evidenzia un Indice di Comorbidità (I.C.) al netto della categoria 14 sempre superiore a 2 (che definisce tutti i pazienti come clinicamente complessi) ed un Indice di Severità (I.S.) compreso fra 1 e 2,6. In particolare il 62,5% della popolazione considerata presentava un I.C. tra 5 e 7 (di questi oltre la metà erano in LD), il 20% tra 8 e 10 (per tre quarti a carico della LD) e il 17,5% fra 2 e 4 (solo RSA). Per quanto riguarda l'I.S. il 62,5% della popolazione osservata lo presentava compreso fra 1 e 1,7, il 35% fra 1,8 e 2,6 ed il 2,5% era uguale ad 1. La media di I.S. in RSA era 1,4 ed in LD di 1,78. Inoltre in RSA la categoria 14 era presente nel 100% dei casi ed in LD nel 75%. Le altre patologie più frequenti erano le muscoloscheletriche e cutanee e le nervose; poi le endocrino infettive e le vascolari cardiache ma con maggior prevalenza e gravità in LD.

La SCA valuta il tempo assistenziale calcolato in minuti-assistenza pz/24 h. La media dei pz esaminati è stata di 152 per la RSA e di 156 per la LD configurando tutti i pazienti come complessi dal punto di vista assistenziale (valore superiore a 100). Scomponendo i dati per le aree: comunicazione, igiene, trasferimenti e continenza *vs.* altre condizioni (ulcere, medicazioni, nutrizione enterale o parenterale, SNG/PEG, tracheostomia/altre stomie, ossigenoterapia, altro) si è evidenziata una differenza di +285 minuti/24 h per il primo gruppo nei pazienti in RSA e di +360 minuti/24 h per il secondo gruppo nei pazienti in LD.

Conclusioni. La complessità è una caratteristica sicuramente confermata sia in RSA alto livello che in LD.

Dal punto di vista medico si può osservare una diversità che si estrinseca in una prevalenza netta di demenza complicata in RSA, una frequenza pressoché equivalente delle patologie osteomuscolari e neurologiche, mentre le sepsi e le vascolari sono più frequenti in LD dove è maggiore la comorbidità e la severità delle patologie. Dal punto di vista assistenziale infermieristico i pazienti, sebbene tutti decisamente complessi, presentano un carico maggiore nelle disabilità di base in RSA e nell'assistenza tecnologica in Lungodegenza in linea con le differenze mediche già rilevate e con le indicazioni di ricovero per pazienti ancora in fase di stabilizzazione clinica.

Ipotesi di correlazione tra albuminemia e colesterolemia e perdita funzionale durante la degenza ospedaliera

B. Barbato, V. Benori, M. Feruglio, M. Fornaini, S. Minello, M. Pozzebon, M. Calabrò

U.O. Geriatria P.O. Treviso, ULSS n. 9 Regione Veneto

Scopo. La rilevanza della perdita funzionale durante la degenza ospedaliera riveste un ruolo importante nella pianificazione della dimissione e nella gestione del post-ricovero. L'esecuzione di una valutazione multidimensionale presso l'Unità Geriatrica per Acuti deve essere lo strumento di base per l'individuazione del percorso clinico-diagnostico-assistenziale. L'inserimento della logica dei DRG e la contestuale attenzione alla qualità dei servizi erogati, sia in regime ospedaliero che nel post-ricovero, fa nascere l'esigenza di cogliere da ogni indicatore un valore prognostico. La costante attenzione al significato attribuibile a *markers* bioumorali di facile attuazione ci ha indotto a valutare, partendo dalla routine ematochimica eseguita all'ingresso ad ogni paziente afferente alla nostra U.O., l'eventuale correlazione di questi con i dati ottenuti dalla rilevazione di *Activity of Daily Living* (BADL) premorbose (14 giorni prima del ricovero), all'ingresso in U.O. ed alla dimissione.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati in maniera randomizzata 523 pazienti dei 1898 ricoverati presso la nostra U.O. dal 01/10/2007 al 31/05/2008; il campione era rappresentato da 281 femmine (53,7%) e 242 maschi (46,3%) con un'età media di 83,33 anni (*range* 68 – 103 anni). Di questo campione solo il 59,5% viveva in famiglia e ben il 19,9% vivevano soli, nonostante avessero un valore di BADL premorboso già compromesso (69,6/100), e tale valore era sceso a 42,84/100 all'ingresso per risalire solo a 55,37/100 alla dimissione, con una perdita media di BADL tra premorboso e dimissione di 14,7/100. Indice della fragilità del campione è anche il numero di cadute nell'ultimo anno: il 41,3% dei pazienti avevano riportato almeno una caduta e ben il 10,1% ne avevano riportate più di 3. Si è anche valutata la necessità di attivazione dei servizi sanitari domiciliari post-ricovero con il riscontro che 29,8% dei pazienti venivano dimessi con l'attivazione di tali servizi. Si è infine considerato il valore di albuminemia con una media di 3,57 g/dl e della colesterolemia totale (valore medio 164,1 mg/dl)

Risultati. Dall'analisi statistica eseguita sui dati rilevati si può evidenziare come il sesso femminile avesse un'età più avanzata rispetto il maschile ($p < 0,000$). L'età correlava anche in maniera inversamente proporzionale con i valori di BADL sia premortosi ($p < 0,000$), che all'ingresso ($p < 0,000$) che alla dimissione ($p < 0,000$). Infine l'età correlava anche con l'attivazione dei servizi domiciliari ($p < 0,000$). Per quanto riguarda le BADL risulta che vi è una correlazione direttamente proporzionale tra queste sia premorbose che all'ingresso ed alla dimissione ed il valore di albuminemia (($p < 0,000$) e l'albuminemia correla anche inversamente proporzionale con la perdita di BADL durante la degenza ($p = 0,005$). Va notato come la perdita delle BADL durante la degenza fosse direttamente proporzionale al valore del BADL premorboso ($p = 0,001$). Contestualmente l'albuminemia risulta inversamente proporzionale alla necessità di attivare i servizi domiciliari post-ricovero ($p < 0,000$).

Per quanto concerne la colesterolemia totale si trova lo stesso trend di correlazione con BADL premorbose, all'ingresso ed alla dimissione ($p < 0,004$), ma non correla con la perdita di BADL durante la degenza; anche la colesterolemia correla con la necessità di attivazione dei servizi domiciliari post-ricovero ($p = 0,01$).

Non vi è alcuna correlazione tra le cadute e valori di albuminemia e colesterolemia.

Conclusioni. I dati elaborati fanno emergere la rilevanza del valore dell'albuminemia come ipotetico fattore predittivo negativo della perdita funzionale senza dimostrarsi necessariamente collegato ad aspetti nutrizionali poiché la colesterolemia non presenta il medesimo significato, nonostante entrambe siano correlate con una maggiore compromissione delle BADL. Nonostante ciò sia il valore di albuminemia e colesterolemia possono considerarsi come fattori prognostici di un maggior rischio di dipendenza, infatti correlano con un'aumentata necessità di attivare i servizi domiciliari post-ricovero.

Bibliografia

1 Vetter N. *Inappropriately delayed discharge from hospital: what do we know?* BMJ 2003;326:927-8.
2 Haggerty JL. *Continuity of care: a multidisciplinary review.* BMJ 2003;327:1219-21.
3 Billings J. *Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients.* BMJ 2006;333:327.

"L'anziano nell'ombra" progetto sperimentale di attività motoria e musicoterapia a sostegno dell'anziano

C. Barbera, R. Prencipe, A. Privizzini, M. Tamagno

Azienda pubblica di Servizi alla Persona "Emanuele Brignole", Genova

Scopo. Il progetto consiste nell'attuazione di due interventi integrati: musicoterapia e attività motoria; tecniche che offrono una stimolazione corporeo-sensoriale che ha una funzione psicoattivante, fisioattivante e socioattivante per il mantenimento e/o recupero di capacità e competenze da parte di anziani in condizione di ridotta autonomia e/o affetti da malattia di Alzheimer. Il progetto si è svolto presso i centri diurni di I e II livello. L'ipotesi della ricerca è stata che attraverso l'applicazione di musicoterapia e attività motoria, nel primo caso, le persone anziane fragili potessero raggiungere un maggiore stato di benessere con ricadute positive sulla performance cognitiva, sull'autonomia fisica; mentre, nel secondo caso, le persone con gravi deficit cognitivi potessero avere un beneficio per quanto concerne la sfera dei disturbi comportamentali e sulla performance globale.
Materiali e metodi. Il progetto, realizzato da febbraio a giugno 2008, ha previsto il coinvolgimento di due gruppi distinti di anziani afferenti ai due diversi moduli di centro diurno, con problematiche diverse a livello cognitivo, affettivo e comportamentale definiti di seguito gruppo A e gruppo B.
Gruppo A: Sono stati inseriti nelle attività 5 anziani affetti da demenza di grado severo con disturbi comportamentali. All'inizio e alle fine delle attività sono state effettuate le valutazioni dei pazienti utilizzando le seguenti scale: MMSE, SIB, BADL, Barthel Index, UCLA Neuropsychiatric inventory, Scala Tinetti, PPT.
Gruppo B: Composto da 10 anziani fragili, con disturbi cognitivi lievi o medio-lievi, e parziale riduzione dell'autonomia personale. All'inizio e alla fine delle attività sono state effettuate le valutazioni dei pazienti utilizzando le seguenti scale: MMSE, Barthel Index, GDS short, Questionario sullo stato di salute SF12, Scala Tinetti, PPT.
Prima di iniziare le sedute di musicoterapia sono stati svolti colloqui con i singoli familiari per compilare l'anamnesi sonoro-musicale.
I trattamenti di musicoterapia, di tipo recettivo, si sono svolti tramite incontri individuali (gruppo A) e a piccoli gruppi (gruppo B) della durata di 30/40 min. ciascuno, con frequenza settimanale, caratterizzati dall'uso di tecniche relative a: ascolto musicale, canto, ballo.
L'attività motoria/sensoriale si è svolta in piccoli gruppi con frequenza bisettimanale, utilizzando attrezzi non convenzionali per stimolare, la percezione della propria corporeità, l'equilibrio e la percezione della propria postura, in particolare con i pazienti del gruppo B si è lavorato per il mantenimento di gestualità apprese, il potenziamento degli aspetti senso-percettivi e il raggiungimento di un maggiore stato di rilassamento.
Risultati. Al termine dei 5 mesi di trattamento i pazienti del gruppo A (demenza severa) mostrano, tutti un incremento dei tempi di partecipazione agli incontri e una diminuzione dei disturbi comportamentali durante il trattamento**.** Il personale del Centro Diurno riferisce che, nei momenti successivi alla seduta, i pazienti trattati evidenziano una riduzione dei comportamenti di agitazione e appaiono più vigili e maggiormente in grado di collaborare nelle ADL.
I pazienti del gruppo B (anziani con compromissione cognitiva lieve o medio-lieve) hanno mostrato, a livello affettivo e relazionale, un aumento delle capacità comunicative ed espressive dei propri vissuti e contenuti emotivi; a livello fisico e motorio, si e evidenziato un'attivazione della motricità globale, un miglioramento della tonicità muscolare e della padronanza motoria.
Conclusione. Le osservazioni compiute mostrano che l'attuazione di un programma integrato basato sulla stimolazione di canali non-verbali, quali la sensorialità, il movimento, il linguaggio sonoro-musicale può risultare un valido mezzo per riattivare l'espressione delle risorse affettive, relazionali e del benessere psicofisico della persona, con possibili ricadute positive anche sulla cognitività. Si è inoltre evidenziato come tale intervento, per la sua specificità, possa essere indicato con anziani severamente compromessi sul piano cognitivo e con disturbi comportamentali.

Bibliografia

Quaia L. *Alzheimer e riabilitazione cognitiva*. Carocci Faber.
Zanetti E. *La valutazione in geriatria*. Carocci Faber.
Cherubini A, Rossi R, Sanin U. *Attività fisica e invecchiamento*. EdiSES.
Ploton L. *La persona anziana*. Ed. Raffaello Cortina 2003.
Boccardi M. *La riabilitazione nella demenza grave*. Ed. Erickson 2007.
Trabucchi M. *Le demenze*. Utet 2002.
Manarolo G. *Manuale di musicoterapia. Teoria metodo e applicazioni della musicoterapia*. Cosmopolis 2006.
Raglio A, Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer. Proposte applicative e ipotesi di ricerca*. Cosmpolis 2001.

L'anziano e l'urgenza: una formazione sanitaria dedicata

M. Barbero, G. Barbero, F. Robba[1]

U.O.S. RSA Varazze, Dipartimento Cure Primarie ASL 2; [1] U.O.S. OBI Pronto Soccorso, Savona

La dinamica demografica presente in Italia ed in Liguria in particolare, sta modificando la composizione della popolazione.
L'allungamento dell'aspettativa di vita (nell'ultimo secolo si sono aggiunti più di 30 anni alla vita media) e la riduzione del tasso di natalità (solo 1,19 nati per donna in età feconda nel 1998) hanno portato l'Italia a essere il primo paese al mondo in cui il numero degli ultrasessantacinquenni ha superato quello dei giovani con meno di 15 anni.
Si prevede che nel 2020 gli anziani rappresenteranno il 23% della nostra popolazione.
Questa previsione avrà le caratteristiche di un'autentica rivoluzione epocale, perché richiederà sempre più l'impegno simultaneo di tutte le risorse tecnico-scientifiche ed etico-politiche della società.
Nell'anziano tendiamo a identificare la salute non tanto con l'assenza di malattia quanto piuttosto con il mantenimento dell'autonomia, pur in presenza di una compromissione fisica: il 50% degli anziani riferisce quindi uno stato di salute buono.
Ma per ottenere la piena tutela della salute di una popolazione che invecchia si dovrà intervenire anche in età avanzata con efficace prevenzione, sia primaria (stili di vita, alimentazione, controllo del peso, astensione dal fumo e dall'eccessivo ricorso ai farmaci) sia secondaria (*screening*, programmi terapeutici e riabilitativi).
Il numero degli anziani nella società è quanto mai superiore rispetto al passato. Le fonti odierne indicano che quasi il 50% delle chiamate per servizi medici di emergenza coinvolgono pazienti di età superiore ai 65 anni.
"*Una volta un vecchio, che aveva fatto legna nel bosco, se la caricò sulle spalle. La via era lunga: il vecchio stremato posò la fascina e invocò la Morte. Apparve la Morte e gli chiese: "Mi hai chiamato, che vuoi?". "Dammi una mano" rispose il vecchio*". Esopo, IV a.C.
L'aumento di incidenza nella popolazione di persone non solo ultrasessantacinquenni, ma ultraottantenni, pone la necessità di acquisire una sempre maggiore professionalità nel trattamento dell'anziano.
Sempre più spesso infatti la richiesta in urgenza avviene per un paziente anziano e non stupisce nessuno l'accesso di ultracentenari in Pronto Soccorso.
Obiettivo di tale momento formativo è quindi quello di:

- aumentare la sensibilizzazione al problema tutti gli operatori, anche di differente ruolo professionale;
- coinvolgere tutti coloro abbiano finalità "di servizio" allo sviluppo di nuovi momenti di qualificazione.

La popolazione geriatrica evidenzia necessità sanitarie specifiche cui rivolgersi e questo corso è stato ideato allo scopo di occuparsi di queste speciali richieste.
Per assicurare ai nostri anziani cure di qualità, il personale sanitario deve poter acquisire ulteriori conoscenze, capacità e attitudini che sono alla base dei concetti della medicina geriatrica, oltre all'abilità di assistere gli anziani in modo empatico.
Il corso sviluppa i temi clinici dell'urgenza visti attraverso angoli di visuale particolari, ma rispecchianti le diverse problematiche del paziente geriatrico.
Il corso comprende varie sessioni focalizzate su una ampia serie di tematiche rivolte, in modo specifico, al personale sanitario operante sia sul territorio che nei servizi di urgenza.
Il corso viene sviluppato in modo interattivo con stazioni pratiche, scenari a piccoli gruppi e lezioni basate su casi clinici.
Un curriculum nuovo contribuisce ad assicurare che l'anziano riceva il trattamento specializzato a lui necessario nei momenti critici in cui sono richieste anche conoscenze geriatriche.

Struttura multifattoriale del MMSE nella malattia di Alzheimer

M.P. Barbieri[1], F. Nobili, A. Brugnolo, B. Dessi, A. Ferro[2], N. Girtler[3], E. Palummeri, D. Partinico[4], U. Raiteri[5], G. Regesta[5], G. Servetto[2], P. Tanganelli[4], V. Uva[6], D. Mazzei, S. Donadio[7], F. De Carli[8], C. Serrati[9], G. Colazzo[9], G. Rodriguez

U.O. Neurofisiologia Clinica, Dip Scienze Endocrinologiche e Mediche, Università di Genova; [1] Dipartimento Interaziendale di Geriatria ASL 3 genovese, e O. "Galliera", Genova; [2] Dipartimento di Psichiatria, ASL 2, Savona; [3] U.O. Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Legale, Università di Genova; [4] U.O. Neurologia Ospedale "Padre Antero", Sestri Ponente, Genova; [5] Dipartimento di Neurologia, Ospedale "S. Martino", Genova; [6] Dipartimento di Psichiatria ASL 4, Chiavari; [7] Dipartimento di Fisica, Università di Genova; [8] Istituto di Bioimmagini Molecolari e Fisiologia, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Genova; [9] Dipartimento di Neurologia, ASL 1 Ospedale Civile, Imperia

Scopo. Valutare la struttura fattoriale del MMSE nella malattia di Alzheimer (MA).
Materiali e metodi. Cinquecentoventiquattro pazienti consecutivi ambulatoriali alla loro prima visita diagnostica (età. 78,02 ± 6,07, scolarità 6,62 ± 3,48, valore medio del MMSE 20,23 ± 4,89), con probabile MA (criteri DSM-IV e NINCDS – ADRDA) sono stati arruolati in uno studio multicentrico su base regionale, retrospettivo e trasversale. Per lo scopo dello studio sono stati presi in considerazione gli 11 subtest che compongono il MMSE e il punteggio globale del MMSE (da 10 a 29 inclusi).
Risultati. L'analisi fattoriale con rotazione varimax ha identificato due fattori che spiegano circa l'85% della varianza. Il primo fattore spiega il 65% della varianza e include: orientamento temporale, "*delayed recall*", attenzione/concentrazione e prassia costruttiva. Il secondo fattore spiega il 20% della varianza e include: lettura di una frase, scrittura di una frase, nomina di oggetti, ripetizione verbale e memoria immediata. Il primo fattore era un indice attendibile di deterioramento cognitivo per ogni intervallo di MMSE, tra 29 e 10, mentre il secondo fattore non era un *marker* adeguato in questo *range*.
Conclusioni. Viene dimostrata la struttura a due fattori del MMSE in un'ampia serie di pazienti con MA Il primo fattore esprime l'abilità a usare nuove informazioni ed è correlato con la "*working memory*". Il secondo fattore è correlato con una conoscenza più consolidata, cioè con abilità verbali, ed è pertanto privo di utilità come indicatore di gravità nella MA lieve-moderata.

Lo stress del caregiver di persone affette da demenza di Alzheimer in tre diversi servizi assistenziali

I. Baronchelli, M. Calvi, D. Campana[1], C. Cecere, R. Latella, S. Valtorta

RSA Casa di Riposo Comune di Brembate di Sopra, Bergamo; [1] Università di Bergamo

Scopo della ricerca. La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) ha avviato una ricerca osservazionale per rilevare il tipo di stress del *caregiver* di persone affette da demenza di Alzheimer in relazione ai servizi che utilizzano.
Gli obiettivi della ricerca sono la rilevazione e la descrizione del carico soggettivo che grava sui familiari che si prendono cura di persone affette da demenza che afferiscono alla RSA del Comune di Brembate di Sopra presso l'Alzheimer Café (AC), il Centro Diurno Integrato (CDI) e il Nucleo protetto. Inoltre si vuole verificare la correlazione tra lo stress percepito dal *caregiver*, la situazione socio demografica, le perdite funzionali, il deterioramento cognitivo, i disturbi comportamentali, il tipo di servizio cui si rivolgono.
Materiali e metodi. Il campione preso in considerazione è composto da 39 *caregiver* di persone affette da demenza di questi, 11 frequentano l'Alzheimer Café, 11 frequentano il CDI, 15 sono ricoverate presso il Nucleo protetto. La somministrazione del questionario è effettuata tramite colloquio con il *caregiver* primario. Lo stress del *caregiver* è misurato con la *Cargiver Burden Inventory* (CBI) [1], la situazione socio demografica da un questionario per la valutazione delle caratteristiche del *caregiver*, del paziente e del sostegno ricevuto [2], le perdite funzionali con la scala delle attività basali della vita quotidiana ADL [3], per il deterioramento cognitivo si utilizza il *Mini-mental State Examination* (MMSE) [4] e i disturbi comportamentali l'UCLA *Neuropsychiatric Inventory* (UCLA NPI) [5].
Risultati. La ricerca è in fase di svolgimento, i risultati definitivi saranno a disposizione per il mese di novembre. Potremo contare su misure soggettive dello stress, delle perdite funzionali, del disturbo comportamentale, sulla misura oggettiva del sostegno sociale e sulla correlazione tra le varie misure.

Bibliografia

1 *Caregiver Burden Inventory (CBI)*. Novak&Guest 1989.
2 Luchetti L, Uhunmwangho E, Esposito M, Dordoni G, Cavazzuti E. 2007.
3 Katz S, Downs TD, Grotz RC. *Attività Basali delle Attività Quotidiane (ADL)*. 1970.
4 Folstein et al. *Mini-mental State Examination (MMSE)*. 1975.
5 Commings J, Mega M, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbei J. *UCLA Neuropsychiatric Inventory*. UCLA NPI 1994.

L'Unità Alzheimer del "Sacro Cuore" di Roma: un servizio integrato

L. Bartorelli, S. Ragni, A. Fiandra, M. Soldato

"Sacro Cuore", Roma

Scopo. L'Unità Alzheimer (UA) del Sacro Cuore è formata dal Centro Diurno (CDA) e dal servizio di Assistenza Domiciliare (ADA). Il CDA si è caratterizzato nei primi due anni di vita per la forte valenza integrativa delle cure, in relazione alla natura ed alla complessità delle persone alle quali si è rivolto. Tuttavia è emerso il problema della continuità assistenziale al momento della dimissione di pazienti molto fragili, che dopo aver ricevuto un'assistenza "pregiata", rimanevano a casa propria senza un supporto specifico e qualificato. Si è imposta allora la decisione di sperimentare un modello di dimissione protetta, che accompagnasse il paziente durante il decorso di malattia mediante cure adeguate ai vari stadi, garantendo anche una continuità di sostegno ai familiari.
Materiali e metodo. È stata allargata l'équipe multiprofessionale dell'UA, con la formazione di nuovi soggetti dal punto di vista teorico, tecnico e relazionale, affiancandoli per un periodo al personale in dotazione al CDA nelle cure ai degenti. L'équipe destinata a proiettarsi in ADA è ora formata da un geriatra, due psicologi, due infermieri, due fisioterapisti, otto OSS, un assistente sociale, per un tetto di 50 pazienti. All'avvio del nuovo modello è stata costruita una cartella informatica, comune ai due servizi, della quale fanno

parte anche "i diari" dei diversi operatori, i quali accedono con una password personale agli spazi a loro destinati. Il servizio ha anche la possibilità di offrire assistenza in *hospice* a quei pazienti in fase terminale, che non possano essere seguiti a domicilio per motivi di disagio sociale. Le cure offerte, oltre a quelle mediche, psicologiche, infermieristiche e fisioterapiche necessarie, sono la terapia occupazionale, anche con adeguamenti ambientali; la ROT individuale; attività di riattivazione cognitiva;cura della persona; attività della vita quotidiana e di sollievo per il paziente e per il *caregiver*.

Risultati e conclusioni. In un semestre sono stati presi in carico 50 pazienti, 69% affetti da Alzheimer, 18% da forma vascolare e 13% da demenza fronto-temporale; 45% uomini, 55% donne, età media 83 anni (+/- 7,8). CDR media 2,64; NPI 20,74 e NPI distress 10,35; CBI 37; BSI ansia 6,6; BSI depressione 8,7. Il 34% dei pazienti erano in dimissione protetta dopo un ciclo di frequenza in CDA, gli altri erano accolti direttamente in ADA, o per la gravità di malattia o per particolari condizioni familiari. L'assistenza è stata limitata a due Municipi romani (il XVI, sede del CDA e il XV limitrofo), a causa delle lunghe percorrenze metropolitane.

Sono in corso le valutazioni dei costi del servizio. Si è dimostrato assai efficace l'attuazione per ogni paziente di un piano assistenziale individualizzato (PAI), condiviso da tutti gli operatori, basato sulle loro specifiche valutazioni. Il PAI viene monitorato ogni quindici giorni nella riunione di èquipe, durante la quale viene dato grande risalto alle osservazioni riportate dagli OSS, in merito alla personalità del paziente, al suo comportamento, al suo modo di comunicare e allo sviluppo della relazione con l'operatore e in generale alla situazione ambientale. Il successo del servizio dipende fortemente dalla capacità di cogliere tali elementi e di creare le sinergie giuste da adottare, per il benessere del paziente e della sua famiglia.

Bibliografia

Bartorelli L. *L'assistance à domicile, condition pour une meilleure qualité de vie pour le patient dément et sa famille*. Gérontologie 2002;122.

Di Giacomo A, et al. *Un progetto di riabilitazione a due binari: malati di Alzheimer ed anziani fragili*. Giornale di Gerontologia 2003;51:227.

Monini P, Bartorelli L, et al. *Considerazioni sulle attività del Centro Diurno Alzheimer della ASL RMC*. Giornale di Gerontologia 2003;51:246.

Onder G, et al. *Efficacy of a home-based reality orientation theraphy programme combined with cholinesterase inhibitors for patient with Alzheimer's desease: a randomised controlled trial*. British JP 2005;11.

Una rara forma di anemia in un soggetto anziano

G. Battaglia, S. Fiorillo, D. Ferrari

D.H. Geriatrico, P.O. Soriano Calabro, ASP di Vibo Valentia

L.N.F., maschio, anni 77, PA 160/80, Fc 92'/ritmica BMI: 18,5

Anamnesi familiare. Padre morto a 91 anni per senectus, madre morta a 85 anni per causa che non ricorda, quattro germani di cui due deceduti. Coniugato con quattro figli.

Anamnesi fisiologica. Nato a termine, parto eutocico, operaio, scolarità quinta elementare, fa uso di alcoolici in modo moderato, da alcuni anni ha smesso di fumare, alvo regolare, disuria e nicturia. Non fa alcuna terapia.

Anamnesi patologica remota. Nel 2000 ricovero in ambiente medico, da dove è stato dimesso con diagnosi di litiasi renale con emissione di renella, reflusso gastro-esofageo, gastroduodenite ipertrofica, diverticolo 3ª porzione del duodeno, epatopatia cronica.

Anamnesi patologica prossima. Da qualche mese astenia, facile affaticabilità, dispnea, anche per sforzi lievi.

Esame obiettivo. Paziente pallido, condizioni discrete, sanguificazione insufficiente, ipoacusia, sottocutaneo scarsamente rappresentato. Al torace ipoforesi basale sx con MV indebolito, milza con polo inferiore a due dita, consistenza parenchimatosa.

Esame ematochimici. GR 1.850.000/mm^3, GB 6.300/mm^3, Hb 6,2%, HCt 17,9%, MCH 33,3; MCHC 34,5; PLT 123.000/mm^3, formula leucocitaria nella norma; VES: 140, Azotemia 92, Creatinina 3,00, uricemia 8,0, FA 231, Ferritina: 628,7, Ca125: 206,7, Ca 15,3: 80,73; PSA: > 100 nella norma gli altri esami, compresi sideremia: (82), TRSF: (2.458), Reticolociti: (4‰). Sangue occulto nelle feci negativo. Ecg: ipertrofia ventricolare Sx.

Rx torace. Marcata interstiziopatia. Congestione ilare. Rarefazione strutturale cortale e delle zone basali scapolari.

Ecografia addome. Fegato ingrandito a ecostruttura omogenea. Dilatazione bilaterale colico-pielica II/III grado.

B.O.M. Metastasi da adenocarcinoma tubulare compatibile con indicazione clinica di primitività prostatica.

Biopsia prostatica. Adenocarcinoma prostatico score di Gleason 7 (3 + 4).

Scintigrafia ossea con 740 MBq 99m, Tc MDP. Intenso e diffuso iperaccumulo del radio composto in tutto lo scheletro assiale, cranio compreso, e appendicolare, iperaccumulo in corrispondenza del segmento artero-laterale del III arco costale dx.

Conclusioni. Lesioni ripetitive osteoblastiche multiple.

Diagnosi. Sindrome paraneoplastica (anemia da infiltrazione metastatica del midollo da Ca della prostata) con metastasi ossee. Insufficienza renale secondaria.

Sviluppo di un punteggio per identificare gli anziani a rischio di reazioni avverse a farmaci (ADR)

M. Battaglia, S. Settanni, P. Danese, B. Giannone, S. Mastropaolo, G. Ruffilli, R. Bernabei, G. Onder

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma

Scopo. Le reazioni avverse a farmaci (ADR) sono una condizione di comune riscontro negli anziani e sono responsabili di circa il 5% dei ricoveri in ospedale e di un sostanziale incremento di mortalità e morbilità. I pazienti ospedalizzati, che spesso hanno una necessità reale di più farmaci, sono le vittime più frequenti di questi eventi. Ad oggi non esiste uno strumento per valutare il rischio di ADR in questa popolazione. Scopo del presente studio è di sviluppare una scala per valutare il rischio di ADR in una popolazione anziana ricoverata in ospedale.

Materiali e metodi. Sono stati utilizzati i dati dello studio del Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell'Anziano (GIFA), che ha raccolto i dati di più di 30.000 pazienti ospedalizzati in oltre 80 centri in Italia. Questi pazienti sono stati arruolati al momento del ricovero in ospedale e sono stati seguiti fino alla dimissione. Per ogni partecipante, è stato compilato un questionario al momento del ricovero, aggiornato quotidianamente. Le variabili che significativamente predicevano lo sviluppo di ADR occorse nel corso del ricovero sono state identificate tramite una regressione logistica e a ciascuna variabile è stato dato valore 1. Dalla somma di queste variabili è stato ottenuto il punteggio indicativo del rischio di ADR. L'abilità di questo punteggio nel predire lo sviluppo di ADR è stato valutato tramite l'utilizzo di curve *Receiver Operating Characteristics* e tramite il calcolo dell'Area Sotto la Curva (AUC).

Risultati. Dall'analisi multivariata, le seguenti variabili risultavano associate ad un rischio aumentato di ADR: sesso femminile (Odds Ratio 1,33), presenza di 4 o più patologie concomitanti (OR 1,23), scompenso cardiaco (OR 1,54), epatopatia (OR 1,64), uso di 6 o più farmaci (OR 1,78), precedenti ADR (OR 2,44), uso di anticoagulanti (OR 1,44), FANS (OR 1,71), farmaci con stretto intervallo terapeutico (OR 1,30), vasodilatatori (OR 1,62), betabloccanti (OR 1,99), ACE-inibitori o sartani (OR 1,44), benzodiazepine (OR 1,23). Il punteggio ottenuto da queste variabili aveva un *range* da 0 ad 11. Il rischio di sviluppare ADR aumentava progressivamente all'aumentare del punteggio. L'abilità predittiva del punteggio, calcolata tramite l'AUC era discreta (0,73, 95% CI 0,70-0,75).

Conclusione. Il punteggio per prevedere il rischio di ADR rappresenta un utile strumento per il medico per identificare i pazienti a rischio di ADR e può essere utilizzato in studi finalizzati all'analisi di interventi intesi a ridurre il rischio di patologia iatrogena.

Gestione post-riabilitativa di pazienti operati di artroprotesi d'anca: l'esperienza nelle RSA del consorzio "San Raffaele"

G. Belgiovine, L.M. Addante, N. Barbato, G. Gargiulo, A. Cannone, M. Moret Iurilli

Consorzio "San Raffaele", Modugno (BA)

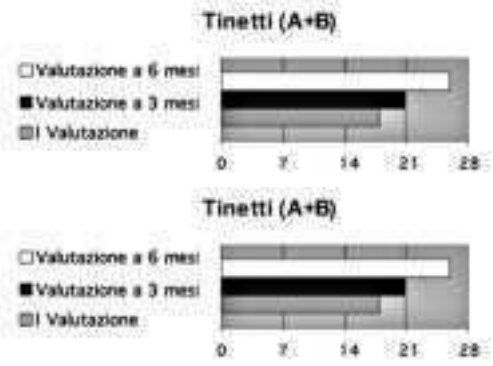
Introduzione. La coxartrosi colpisce circa il 20% della popolazione oltre i 55 anni e contende il primato di frequenza alla gonartrosi nel campo delle varianti topografiche dell'artrosi. Se si considera il sempre crescente aumento della popolazione anziana, specie nelle società occidentali, occorre focalizzare l'attenzione sul ruolo che il trattamento conservativo può giocare nella gestione di questa patologia, sulla funzionalità del paziente nella sua globalità, sul grado di disabilità e quindi sulla qualità della vita, di particolare interesse per il riabilitatore, essendo i più influenzabili dal trattamento.

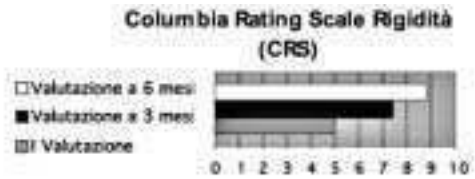
Scopo del lavoro. Nell'ambito di uno studio di tipo clinico-sperimentale, si svolgerà una ricerca finalizzata sia a fornire indicazioni utilizzabili per un sistematico monitoraggio, sia ad individuare evidenze macroscopiche riferibili alla patologia in esame.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 87 soggetti di età compresa fra i 68 e gli 80 anni (32 maschi e 55 femmine) che hanno subito la sostituzione protesica dell'articolazione coxo-femorale e nella fase post-acuta sono stati valutati in base al tono-trofismo-rom degli arti inferiori, alla compromissione della postura, della deambulazione, dell'equilibrio e nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana [1]. Tutti i pazienti sono stati trattati con un programma riabilitativo costituito da: mobilizzazione attiva, rieducazione ai passaggi posturali con corretto allineamento, rieducazione motoria, training deambulatorio del passo e rieducazione funzionale (20 sedute mensili da 45 min. per un periodo di degenza di 6 mesi) [2]. All'inizio e alla fine delle sedute, i pazienti sono stati valutati mediante le scale di valutazione: Barthel index per quantificare e monitorare il grado di disabilità; Columbia Rating Scale Rigidità (CRS) che esplora la motilità primaria e definisce il grado di rigidità; Tinetti Equilibrio e Tinetti Andatura, per valutare i deficit della coordinazione neuromotoria necessaria all'attività di deambulazione e l'Attività di Vita Quotidiana (ADL). Per ciascun soggetto, sono state mediate le valutazioni relative alle prime 20 sedute (I valutazione), alle successive 60 sedute (valutazione a 3 mesi) e alle successive 120 sedute (valutazione a 6 mesi).

Risultati. I valori delle scale Barthel, (Fig. 1), Tinetti, (Fig. 2), Columbia Rating Scale Rigidità (CRS) (Fig. 3) e delle Attività di Vita Quotidiana (ADL) (Fig. 4) riportati nelle figure sono ottenuti calcolando il valore medio su tutti gli 87 soggetti valutati. I progressi sono riscontrabili in tutte le scale di valutazione, fornendo un dato significativo, confrontabile rispetto al tempo e tra i pazienti che hanno effettuato il progetto riabilitativo, trovando conferma nelle osservazioni cliniche.

Conclusioni. Come dimostrano i dati ottenuti, si conferma l'efficacia del training riabilitativo sulla motilità complessiva, sull'andatura e sulla postura nei diversi decubiti. Al termine della degenza nelle residenze sanitarie assistenziali, circa l'80% degli ospiti ha acquisito un livello di autonomia tale da poter continuare il programma riabilitativo presso il proprio domicilio.





BIBLIOGRAFIA

1 Quagliarella L, Sasanelli N, Monaco V, Belgiovine G. *Postural balance in hip and knee joint arthroplasty patients.* Gerontechnology 2008;7:192.

2 Belgiovine G. *Valutazione funzionale del trattamento riabilitativo post-operatorio in pazienti operati di artroprotesi d'anca*. Tesi del Master di I livello in "Management del Paziente geriatrico a rischio di disabilità o disabile; Università Roma "La Sapienza", 27 novembre 2007.

Ipertensione Arteriosa nell'anziano Ambulatoriale ed Istituzionalizzato: studio di Confronto condotto con Monitoraggio Pressorio nelle 24 ore

M. Belladonna, S. Zanieri, A. Fedeli, S. Pecchioni, G. Pepe, E. Lotti, L. Lambertucci, G. Masotti, N. Marchionni, A. Ungar

Centro di riferimento per l'Ipertensione Arteriosa dell'Anziano della Regione Toscana, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Scopo. L'ipertensione arteriosa (I.A.) è presente nel 70% della popolazione anziana [1] e nel 40-50% degli anziani ospiti in RSA [2 3]. La popolazione anziana in RSA è decisamente peculiare, per elevata comorbilità, disabilità e incidenza di decadimento cognitivo. Non sono noti al momento gli aspetti specifici dell'ipertensione in questa popolazione. Scopo dello studio è valutare la prevalenza di I.A. in pazienti in RSA e confrontare la relazione tra pressione arteriosa (PA) clinica e ambulatoria.

Materiali e metodi. La popolazione generale comprende 273 pazienti (età media: 81 anni) suddivisi in tre gruppi; gruppo A composto da 100 pazienti (pz) ambulatoriali; gruppo B formato da 100 pz lungodegenti, ricoverati presso l'RSA del Centro Socio Sanitario "Filippo Turati". Il gruppo C, infine, è formato da 73 pz ricoverati presso il reparto di riabilitazione dello stesso Centro. Ogni pz è stato sottoposto ad anamnesi clinica e farmacologica, misurazione della PA sia clinica che ambulatoria tramite monitoraggio pressorio nelle 24 ore (Spacelabs 90207). Sulla base dei valori di pressione clinica e ambulatoria sono stata definite l'"ipertensione da camice bianco" (PA clinica ≥ 140/90 mmHg e ambulatoria < 135/85 mmHg) e la *masked hypertension* (PA clinica < 140/90 mmHg e ambulatoria ≥ 135/85 mmHg).

Risultati. L'analisi dei valori di PA clinici nei tre gruppi ha mostrato una maggior prevalenza di I.A. nel gruppo A (Gruppo A: 71%; Gruppo B: 51%; Gruppo C: 70%). La correlazione tra PA clinica e monitorata è buona nel gruppo A (PAS: r = 0,54; p = < 0,001; PAD: r = 0,70; p = < 0,001) mentre nel gruppo B sono scarsi i valori di correlazione (PAS: r = 0,3 e p = 0,02; PAD: r = 0,11 e p = 0,2). Il gruppo C ha andamento intermedio (PAS: r = 0,62; p = < 0,001; PAD = 0,44; r < 0,001). Dall'analisi della concordanza diagnostica è emerso, tra i pazienti risultati ipertesi alla valutazione clinica, la prevalenza di ipertensione da camice bianco era del 14% nel gruppo A, ben del 57% nel gruppo C e addirittura del 70% nel gruppo B. L'analisi del ritmo circadiano ha mostrato un trend di distribuzione sovrapponibile nel gruppo B e C (ritmo conservato solo nel 22% dei casi). Nel gruppo A si rileva una maggior percentuale di casi con ritmo circadiano conservato (33%).

Conclusioni. Questo studio ha analizzato l'impiego del ABPM in RSA mettendo il luce scarsa correlazione e concordanza tra la misurazione clinica e ambulatoria. Tra i pazienti ricoverati in RSA la prevalenza di pazienti con ipertensione da camice bianco è risultata molto elevata. In RSA si riscontra inoltre un'elevata prevalenza di pz con ritmo circadiano non conservato ed invertito. Il paziente iperteso anziano in RSA è quindi molto peculiare e merita una attenzione particolare sia per la diagnosi che per il trattamento.

Bibliografia

1 Di Bari M, Salti F, Nardi M, Pahor M, De Fusco C, Tonon E, et al. *Undertreatment of hypertension in community-dwelling older adults: a drug-utilization study in Dicomano, Italy*. J Hypertens 1999;17:1633-40.

2 Froom J, Trilling J. *Reducing antihypertensive medication use in nursing home patients*. Arch Fam Med 2000;9:378-83.

3 Ziesmer V, Ghosh S, Aronow WS. *Use of antihypertensive drug therapy in older persons in an academic nursing home*. J Am Med Dir Assoc 2002;3:243-5.

Analisi dei fattori di rischio e delle cause di morte nell'ambito di una popolazione di grandi anziani

L. Beltrami[1], G. Rossetti[2], D. Solari[1], S. Pizzocri[2], A. Esposito[1 2], B. Caimi[1 2], M. Pozzi[1 2], S. Carugo[1 2]

[1] UOC I Cardiologia, ASP IMMeS e PAT, Milano; [2] Centro Interuniversitario di Fisiologia Clinica e Ipertensione, Università di Milano

Scopo. I grandi anziani (età > 80 aa) sono una popolazione in costante aumento e pochi sono ancora gli studi che hanno valutato la correlazione tra fattori di rischio e longevità. Lo scopo di questo studio è stato di valutare la prevalenza dei principali fattori di rischio e delle cause di morte in una popolazione di grandi anziani.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato retrospettivamente 1200 cartelle cliniche di pazienti deceduti tra l'anno 2004 e l'anno 2005 al "Pio Albergo Trivulzio" di Milano, un istituto geriatrico di 1.200 pazienti anziani con età media di circa 80 anni. Abbiamo selezionato 502 pazienti (163 uomini e 339 donne) di età superiore agli 80 anni (M 86 ± 4,44; F 88 ± 5,14) e abbiamo analizzato le cause di morte, le patologie concomitanti e i principali fattori di rischio. Le cause di morte sono state suddivise in 6 gruppi: cardiovascolari (MCV: arresto cardiocircolatorio, cardiopatia ischemica e aritmica, edema polmonare acuto, scompenso cardiaco), respiratorie (MP: insufficienza respiratoria acuta, tromboembolia polmonare), cerebrovascolari (McerV: ictus ischemico o emorragico), neoplastiche (NPL), infettive (INF) e varie. Abbiamo inoltre indagato la presenza di storia di ipertensione arteriosa, diabete mellito, insufficienza renale e dislipidemia.

Risultati. Nel 43,85% dei pazienti (M 32,52%; F 42,48%) la principale causa di morte sono state le MCV, seguite dalle NPL nel 39,29% (M 10,43%; F 21,24%), dalle MP nel 23,11% (M 6,13%; F 10,62%), dalle McerV nell'8,57% (M 10,43; F 7,67%) ed infine dalle INF nel 5,18% (M 6,13%; F 4,72%). Per quanto riguarda la prevalenza dei principali fattori di rischio, il 55,38% dei pazienti era affetto da ipertensione arteriosa (M 53,99%; F 56,05%), il 41,24% aveva una neoplasia (M 49,08%; F 37,46%), mentre il diabete mellito e l'insufficienza renale erano presenti rispettivamente nel 18,33% (M 22,08%; F 16,52%) e nel 30,08% (M 39,26%; F 25,66%) dei pazienti.

Tutti i pazienti ipertesi erano adeguatamente trattati con farmaci antipertensivi con buon controllo dei valori pressori (PAS 127,8 ± 17,4 mmHg e PAD 73,8 ± 8,6 mmHg). Solo il 23% dei pazienti aveva un assetto lipidico completo, il 27% aveva un assetto lipidico incompleto e il 50% non aveva nessun dosaggio della colesterolemia sierica.

Conclusione. L'ipertensione arteriosa e l'insufficienza renale sono i più frequenti fattori di rischio nell'ambito della popolazione dei grandi anziani; le patologie cardiovascolari, neoplastiche, polmonari e cerebrovascolari sono le principali cause di morte. Questo studio mostra inoltre che nei grandi anziani la percentuale di successo dovuto alla terapia antipertensiva è maggiore che in altri gruppi d'età e che l'ipertensione arteriosa è il fattore di rischio meglio controllato.

Disturbi del sonno in soggetti anziani

G. Belvedere, A. Di Prima, M. Ferlisi, A. Lo Bue, V. Picciolo, A. Giunta, V. Brucato, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Con l'avanzare dell'età la quantità totale di sonno tende a diminuire. La fase 4 del sonno NREM può scomparire e il sonno stesso tende a divenire più frammentato. Queste modificazioni, sebbene fisiologiche, possono essere motivo di preoccupazione, conducono il paziente a richiedere una terapia, ma non risultano interferire con lo stato di salute.

L'insonnia è un sintomo frequente; circa il 10% della popolazione è affetta da insonnia cronica e circa il 50% presenta talvolta insonnia importante. Essa può essere primitiva (cioè, duratura, con minima o apparentemente nessuna correlazione a eventi immediati di tipo somatico o psichico) o secondaria a problemi emotivi, dolore, disturbi fisici, uso o astinenza da farmaci. L'eccesso di alcool assunto può abbreviare il sonno e portare a effetti da astinenza nel primo mattino, cosicché il paziente, se gravemente dipendente, è agitato al risveglio. L'insonnia iniziale (difficoltà ad addormentarsi) di solito si associa a un disturbo emotivo (p. es. ansia, stati fobici), dolore, problemi respiratori, assunzione di farmaci stimolanti, astinenza da sedativi, scarsa igiene del sonno (p. es. orari di sonno variabili) e disturbi del sonno (es. *restless leg syndrome*, apnea nel sonno e sindrome della ritardata fase del sonno). La sindrome della ritardata fase del sonno è un disturbo del ritmo circadiano nel quale il paziente presenta un ritardo di addormentamento e di risveglio, non essendo in grado di modificare il programma del proprio sonno (cioè, non può modificarlo andando a letto prima e quindi svegliandosi più presto). Nel risveglio precoce mattutino il paziente si addormenta normalmente, ma si sveglia prima dell'ora usuale e non riesce più ad addormentarsi, oppure si abbandona a un sonno irrequieto e non soddisfacente. Questo tipo di insonnia è comune nell'anziano ma è talora associato alla depressione; possono contribuirvi la tendenza all'ansia, al rimorso e i sentimenti di autopunizione, che sono spesso ingigantiti al mattino. L'inversione del ritmo del sonno riflette in genere alterazioni del ritmo circadiano o danno della regione ipotalamica del diencefalo (es. dopo un trauma cranico grave o in seguito a encefalite). L'abuso di sedativi o un orario di lavoro irregolare, tendente a prolungarsi nella notte, possono indurre talvolta un'inversione del ritmo, che può inoltre essere dovuta a un'apnea ostruttiva nel sonno. I pazienti con apnea ostruttiva nel sonno sono sonnolenti di giorno, dormono o si assopiscono per la maggior parte della giornata, mentre di notte hanno un sonno irregolare e frammentato. Se si aumentano i sedativi, il paziente può presentare irrequietezza durante la notte e può vagare in uno stato obnubilato o confuso.

Comunemente, quando si sospendono gli ipnotici in un paziente che ne assumeva regolarmente dosi pesanti, insorge uno stato di vigilanza da rimbalzo. La maggior parte dei pazienti interpreta erroneamente questo effetto come recidiva di insonnia cronica.

La causa (ce ne sono varie) deve essere determinata valutando le modalità del sonno del paziente, l'uso di farmaci (compresi alcol, caffeina e nicotina), il grado di stress psicologico e il livello di attività fisica. Quando l'insonnia è un sintomo isolato, l'unica causa fisica probabile è la sindrome primitiva dell'apnea durante il sonno. Tuttavia, l'insonnia può riflettere la normale necessità di un sonno breve. Un ritmo di sonno irregolare (es. da turno di lavoro, durante i viaggi o nei weekend), in una persona altrimenti normale, può condurre a insonnia) La difficoltà ad addormentarsi è generalmente dovuta ad ansia. Il risveglio mattutino precoce, che non risponde a semplici misure correttive, è dovuto spesso a gravi disturbi distimici (specialmente depressione) o a un disturbo fisico (p. es. dolore o disturbi respiratori durante il sonno). Per l'insonnia persistente senza causa nota, può essere utile la valutazione del paziente in un centro di cura del sonno. Gli ipnotici devono essere somministrati con precise raccomandazioni circa le modalità d'uso. Devono essere assunti per brevi periodi (2-4 sett.), oppure occasionalmente (non più di un numero ristretto di volte durante la settimana), altrimenti potrebbero insorgere tolleranza e dipendenza. Nei pazienti depressi dovranno essere somministrate quantità limitate, per ridurre il rischio di tentativi

di suicidio con ipnotici. L'insonnia dovuta al dolore può essere trattata principalmente mediante l'assunzione di analgesici alla sera. Nel caso di insonnia associata a depressione, sarà di solito sufficiente l'assunzione di un triciclico preso 1 h prima di andare a letto.

Bibliografia

Marchionni M, et al. *Stato psicoaffettivo e condizioni di salute fisica nell'anziano*. Giornale di Gerontologia 2002;2:67-80.

La domotica a favore degli anziani

M. Belvedere, C. Aglialoro, A. Giunta, V. Brucato, I. Buscemi, C. Arizzi, F. Crivello, A. Di Prima, S. Arcoleo, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

La domotica, pur essendo nata da filoni quali l'intrattenimento, l'illuminotecnica e la sicurezza, è una realtà molto flessibile, ideale per risolvere brillantemente l'esigenza di creare degli spazi di vita autonoma a persone anziane e disabili.

Esistono infatti oggi tecnologie tali da consentire anche agli individui totalmente non autosufficienti un proprio spazio vitale minimo, da individuare nella casa.

Il termine "Casa Intelligente" è divenuto recentemente di uso comune per indicare un ambiente domestico opportunamente progettato e tecnologicamente attrezzato al fine di rendere più agevoli le attività all'interno dell'abitazione (quali apertura porte e finestre, gestione riscaldamento, accensione luci, attivazione elettrodomestici, ecc.), di aumentare la sicurezza degli abitanti (controllo fughe di gas, incendi, allagamenti, anti-intrusione, ecc.) e di consentire la connessione a distanza con servizi di assistenza (quali telesoccorso, tele-monitoraggio, tele-medicina, ecc.) e servizi di utilità generale (*tele-shopping*, *home-banking*, servizi informativi)

Con la domotica è possibile creare un ambiente domestico capace di supportare le persone con delle disabilità nelle operazioni della vita quotidiana che sarebbero loro rese difficoltose o negate da limitazioni fisiche o cognitive, ripristinando, almeno in parte, la loro indipendenza.

L'obiettivo è quello di consentire una maggiore indipendenza dell'anziano e di evitare, per quanto possibile, il ricovero in strutture assistenziali. L'idea della "Casa Intelligente" si situa in questo contesto, fornendo delle soluzioni abitative in grado di supportare le persone anziane nelle loro attività quotidiane.

Alcuni dei requisiti fondamentali di una "Casa Intelligente" per gli anziani sono quelli relativi alla necessità di una estrema modularità, flessibilità, adattabilità e semplicità delle soluzioni tecnologiche utilizzate. Infatti, le esigenze di automazione e gestione dell'ambiente domestico possono essere molto diverse per differenti individui, così come possono essere molto diverse le modalità con cui l'utente anziano può interagire e colloquiare con il sistema.

Le esigenze possono anche variare in modo considerevole nel corso del tempo, con l'avanzare dell'età, l'insorgere di particolari patologie o in conseguenza di eventi traumatici. Ad esempio, le esigenze di una persona con difficoltà di mobilità sono molto diverse da quelle di un'altra che sia ipo-vedente, e saranno ancora diverse dalle esigenze di una persona con problemi di tipo cognitivo.

Bibliografia

Bianchi-Bandinelli R. *La domotica come ausilio per persone disabili e/o anziane*. CNR dicembre 2003.

Relazione tra livelli di estradiolo e mortalità a nove anni nella popolazione anziana di sesso femminile dello studio InCHIANTI

M. Benatti, G.P. Ceda, F. Lauretani[1], S. Bandinelli[2], G. Paolisso, G. Ceresini, J.M. Guralnik[3], G. Valenti, L. Ferrucci[4], M. Maggio

Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Italia; [1] Agenzia Regionale della Sanità, Firenze, Italia; [2] A.S.F. Riabilitazione Geriatrica, Firenze, Italia; [3] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, Bethesda, MD, USA; [4] Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institutes of Health (NIH), Baltimore, MD, USA

Premessa. In corso di menopausa si verifica una riduzione drammatica dei livelli circolanti di estradiolo endogeno (E2). La terapia ormonale sostitutiva con E2 (HRT) specie in donne in post-menopausa di età avanzata è stata associata ad un aumentato rischio di malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, e neoplasie. Tuttavia se elevati livelli di E2 endogeno si associano ad *outcome* negativi in donne in post-menopausa è ancora oggetto di discussione.

Scopo dello Studio. È stato pertanto quello di verificare la relazione tra livelli circolanti di E2 totale e mortalità a 9 anni.

Metodi. 509 donne in post-menopausa (*range* di età 65-102) partecipanti allo Studio InCHIANTI che non stavano assumendo HRT (N = 47) e con misurazioni disponibili di E2 totale. L'Estradiolo è stato determinato presso il Laboratorio della Clinica Geriatrica dell'Università di Parma attraverso metodica RIA ultrasensibile con concentrazione minima rilevabile (MDC) di 2,2 pg/mL e coefficiente di variazione intra- e *interassay* (CVs) dell'8% e 10%, rispettivamente.

I confronti tra partecipanti decedute e non nel corso del follow-up sono stati effettuati utilizzando modelli di regressione lineare aggiustati per età (ANCOVA), analisi di sopravvivenza (Kaplan Meyer) e Cox proportional Hazard. Modelli aggiustati per età, BMI, log (IL-6), log (testosterone totale), scolarità, stato cognitivo, depressione, attività fisica, *intake* calorico e alcolico, fumo di sigaretta, scompenso cardiaco, *stroke*, diabete, ipertensione, cancro e BPCO sono stati utilizzati per testare l'associazione tra estradiolo e mortalità.

Risultati. Le donne che sono decedute (N = 135) dopo 9 anni di follow-up erano più anziane, presentavano livelli più elevati di E2 totale ed interleuchina-6 (IL-6), ed una più elevata prevalenza di ictus, ipertensione, diabete, e scompenso cardiaco congestizio al *baseline* rispetto ai "*survivors*". Elevati livelli di E2 sono stati associati ad un più elevato rischio di morte (HR: 1,03; 95% CI: 1,01-1,05) e la relazione è risultata indipendente da molteplici *confounders* come età, BMI, log (IL-6), log (PCR), scolarità, funzione cognitiva, depressione, attività fisica, *intake* calorico e di alcool, fumo di sigaretta, e malattie croniche quali scompenso cardiaco congestizio, ictus, diabete, ipertensione, neoplasie e broncopneumopatia cronica ostruttiva (HR 1,11; 95% CI: 1,05-1,17). Il rischio di morte per livelli di E2 totale non è stato attenuato dopo aggiustamento per testosterone totale (HR 1,12; 95% CI: 1,06-1,18) e non è stata modificato da ulteriore aggiustamento per insulino-resistenza valutata attraverso l'*Homeostasis Model Assessment* (HOMA) (HR 1,13; 95% CI: 1,07-1,20).

Conclusioni. Elevati livelli di E2 sono un fattore predittivo indipendente di mortalità in donne anziane non in terapia ormonale sostitutiva. Ulteriori studi sono necessari per confermare questi.

Il danno vascolare cerebrale espresso dalla scala di vascolarità di Geroldi: associazione con il declino cognitivo e funzionale in un campione di pazienti ipertesi

C. Bendini, A. Angelini, F. Neviani, M. Neri

Dipartimento di Geriatria e Gerontologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo. L'ipertensione è una delle principali cause della malattia dei piccoli vasi cerebrali. Questa compromissione cerebrovascolare si manifesta come danno sottocorticale della sostanza bianca e dei nuclei della base e determina deficit sia delle competenze cognitive che motorie, con possibile esito in quadro di demenza di tipo vascolare, degenerativo o misto [1].

La scala di Geroldi, attraverso dati di *neuroimaging*, consente di quantificare lesioni diffuse e/o puntiformi, che rivestono un ruolo di rilievo sia per le funzioni cognitive che motorie, con un punteggio continuo o ordinale a tre livelli [2-4]. Scopo del nostro studio è valutare se la malattia ipertensiva sia in relazione con danni organici documentabili al *neuroimaging* e se la presenza di buono/cattivo controllo dell'ipertensione sia connessa con

diversi profili di deficit cognitivo, affettivo e funzionale, infine, se esistono concomitanti, noti, fattori di rischio di danno cerebrovascolare che influenzino il profilo di *neuroimaging*.

Materiali e metodi. Il campione dello studio è stato reclutato tra i pazienti ipertesi, di età superiore ai 65 anni, con un rendimento cognitivo superiore ai 15/30 al MMSE, afferenti all'ambulatorio di psicogeriatria, di cardiogeriatria e al reparto di geriatria dal 2007. Sono stati esclusi dallo studio tutti i soggetti diabetici, con malattia emboligena, indice di comorbilità elevato (ISM = 4), storia di ictus con residui segni di lato, anamnesi positiva per malattia psichiatrica e coloro che non erano in grado di mantenere l'ortostatismo. I pazienti selezionati sono stati sottoposti ad una valutazione psicometrica di secondo livello comprendente una parte cognitiva, una affettiva ed una funzionale (MMSE, CAMCOG, FAB, DEPRESS, I/ADL, ORGANICITY, TINETTI), ad una valutazione cardiologica di approfondimento (visita, ECG, prova dell'ipotensione ortostatica, monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa 24 h, esame per la rigidità delle grandi arterie, tramite l'HDI/Pulse Wave CR-2000) ed esami bioumorali di primo e secondo livello. I criteri della scala vascolare sottocorticale di Geroldi sono stati applicati alle immagini TC cerebrale per studiare il danno cerebrovascolare. Nelle analisi inferenziali, per utilizzare a pieno la potenza statistica degli indicatori, l'indice di vascolarità è stato utilizzato come punteggio numerico continuo, e non suddiviso in classi.

Risultati. Il campione è al momento composto da 62 pazienti ipertesi (1/3 M; 2/3 F; età media 77,8); l'89,6% dei pazienti mostra un danno vascolare cerebrale (il 35,4% con vascolarità lieve, il 33,3% con vascolarità moderata e il 20,8% con vascolarità severa), assente nel restante 10,4% dei casi.

Non abbiamo riscontrato nessuna correlazione tra scala di vascolarità e fattori ambientali o bioumorali. Utilizzando un'analisi della varianza è emerso che il punteggio vascolare era più elevato in concomitanza con la presenza di indici di scarso controllo pressorio, in particolare di ipertensione diastolica.

Applicando una correlazione di Pearson è stata evidenziata una associazione tra danno vascolare cerebrale e deficit cognitivo (CAMCOG, sottodomini memoria e orientamento) e competenza funzionali (Tinetti).

Suddividendo il campione per sesso, si confermava che lo scarso controllo della pressione, in particolare diastolica influenzava il punteggio vascolare solo per il sesso maschile; nel sesso femminile invece l'indice di vascolarità risultava correlato a fattori quali il livello di colesterolo-HDL, l'IGF1 e il BMI [5].

Conclusioni. Dai risultati ottenuti è emerso che nei pazienti ipertesi il danno cerebrovascolare espresso dalla scala di Geroldi ha origini diverse nei due sessi: negli uomini il fattore predominante è l'ipertensione arteriosa, soprattutto diastolica, nelle donne pesano anche altri fattori, con differenti conseguenze da un punto di vista preventivo e terapeutico.

Lo scarso controllo pressorio evidenziato al MAPA e il danno organico cerebrale espresso dalla scala di Geroldi possono essere considerati strumenti, non alternativi ma convergenti, per definire la patogenesi del deficit cognitivo e funzionale. In presenza di altri deficit infatti, si può ipotizzare il contributo di altre patogenesi (contributo vascolare alla degenerazione o viceversa aggravamento della degenerazione da parte della componente vascolare) [6].

Bibliografia

1 Dyrby TB, Rostrup E, Baarè WF, van Straaten EC, Barkhof F, Waldemar G. *Segmentation of age-related white matter changes in a clinical multi-center study*. Neuroimage 2008;41:335-45.

2 Gouw AA, van der Flier WM, Fazekas F, van Straaten EC, Pantoni L, Poggesi A, et al. *LADIS study group. Progression of white matter hyperintensities and incidence of new lacunes over a 3-years period: the Leukoaraiosis and Disability study*.

3 Geroldi C, Galluzzi S, Testa C, Zanetti O, Frisoni GB. *Validation study of a CT-based weighted rating scale for subcortical ischemic vascular disease in patient with mild cognitive deterioration*. Eur Neurol 2003;49:193-209.

4 Rossi R, Joachim C, Geroldi C, Esiri MM, Smith AD, Frisoni GB. *Pathological Validation of a CT- Based Scale for Subcortical Vascular disease. The OPTIMA Study*. Dement Geriatr Cogn Disord 2005;19:61-6.

5 Gustafson DR, Steen B, Skoog I. *Body mass index and white matter lesions in elderly women. An 18-year longitudinal study*. Intern Psycogeriatr Cambridge University Press 2004;16:327-36.

6 Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, et al. *Infarcion and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun study*. JAMA 1997;277:813-7.

Progetto educativo: "un'ala di riserva"

M. Benigno, D. Convertini[1], A. Salamina[1], L.M. Addante[1], A. Bertolini, F. Resta

Sezione di Geriatria e Gerontologia, MIDIM, Università di Bari "A. Moro"; [1] RSA di Locorotondo, Consorzio "S. Raffaele"

Scopo. Il ricovero in Residenze Sanitarie Assistenziali richiede l'integrazione in un ambiente in cui la persona sia si supportata con un aiuto per la sua fragilità, ma che le permetta anche di vivere una condizione favorevole, dignitosa e positiva per trasmettere valore e sapere agli altri. Far sì che l'anziano, anche non autossuficiente, non consideri terminata la sua esistenza, rappresenta uno degli obiettivi che lo staff direttivo e socio-educativo dell'RSA ("San Raffaele") di Locorotondo, si prefigge di raggiungere.

Il progetto educativo "Un'ala di riserva", nato dal connubio tra associazioni di volontariato presenti sul territorio e RSA, si è proposto le seguenti finalità:

- stimolare le capacità residue;
- ottimizzare lo stato funzionale;
- migliorare gli aspetti psico-comportamentali;
- creare una relazione di fiducia realizzando un clima familiare e rassicurante.

Ha inteso perseguire i successivi obiettivi:

- favorire la "relazione tra le persone" mediante condivisione e confronto;
- rafforzare l'autostima dominando sentimenti di vergogna o d'auto accusa;
- ridurre le complicanze neuro-psicologiche;
- più autonomia nelle ADL.

Materiali e metodi. La scala di valutazione utilizzata per l'indagine, che ha avuto una durata di 18 mesi (gennaio 2007-giugno 2008), è stata la *Geratric Depression Scale* (GDS), somministrata all'inizio ed al termine del percorso. Sono stati coinvolti 24 soggetti, 12 appartenenti al gruppo sperimentale e 12 al gruppo di controllo, entrambi suddivisi in 6 femmine e 6 maschi, d'età compresa tra i 70 e gli 85 anni. Se ne deduce che l'età media del gruppo sperimentale è di 76 anni, la sua scolarità di 4,5 anni e il valore della GDS pari a 15,75. Di contro, il gruppo di controllo riporta un'età media di 80 anni, con scolarità di 4,2 anni e con valore di GDS pari a 13. La partecipazione di un gruppo di volontari (circa 8 per ogni incontro) all'interno del programma di terapia occupazionale, ha assunto sempre le stesse modalità: gli incontri si sono svolti di venerdì pomeriggio ed hanno avuto la durata di due ore. Momenti durante i quali si sono create situazioni di convivialità, divertimento e socializzazione.

Tab. I.

		Età (media)		Scol. (media)		GDS (media)	
Pz	c	Pz	c	Pz	c	Pz	c
12 (6 f, 6 m)	12 (6 f, 6 m)	7	80	4,5	4,2	15,75	13

Risultati. Al termine del progetto si è dedotto come la possibilità di realizzare un ambiente che favorisca "l'incontro con l'altro", per condividere vissuti e comunicare emozioni, influisca positivamente sullo stato depressivo dei soggetti. Il punteggio della GDS è, infatti, diminuito di 3,5 punti nel gruppo sperimentale preso in esame (GDS basale 15,75 – GDS finale 12,25); contrariamente nel gruppo di controllo si è notato un incremento di 2,25 punti (GDS basale 13 – GDS finale 15,25).

Conclusioni. Riteniamo che una gran verità sia celata dietro la frase slogan riportata sul calendario degli scout (mese di maggio 2007): "*chiunque sia animato dal giusto spirito può cancellare dalla parola impossibile le prime due lettere*". Per la RSA, I volontari sono questo; sono linfa vitale cui attingere entusiasmo e coraggio per continuare a lottare affinché sia salvaguardato il diritto al rispetto della dignità umana dei più deboli.

Un'ipotesi di modello organizzativo di continuità delle cure nel paziente anziano fragile

V. Benori, M.Tessarin[1], N. Spinella[2], B. Barbato, S. Minello, M. Fornaini, M. Pozzebon, N. Tavian[2], M. Calabrò

U.O. Geriatria P.O. Treviso, ULSS n. 9 Regione Veneto; [1] Direzione Sanitaria P.O. Treviso; [2] Distretto Socio-Sanitario n. 3 Mogliano Veneto (TV)

Scopo. La pianificazione della dimissione da un'Unità Geriatrica per Acuti (UGA) e la presa in carico domiciliare risultano essere uno strategico processo di assistenza costituito da fasi concatenate. Per la corretta organizzazione del modello è necessario evidenziare la fondamentale capacità di avere una visione longitudinale degli episodi di malattia, che l'obiettivo risulta essere la creazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e che una delle tematiche che richiede maggiore attenzione è affrontare un paziente la cui gestione è condivisa con altri Servizi (Shared Patient).
Tali premesse impongono la necessità di un rapporto organico tra Ospedale e Servizi Domiciliare con obiettivi condivisi e adozione di strumenti comuni con identica interpretazione per ottenere un reale continuum assistenziale.
Materiali e metodi. L'analisi della realtà esistente sia di presa incarico ospedaliera in U.G.A. che della trasmissione delle informazioni che la successiva presa in carico territoriale sono stati la base del modello organizzativo ipotizzato.
L'Unità Geriatrica per Acuti del P.O. Treviso è dotata di 74 p.l. e nel 2007 ha gestito 2615 ricoveri di cui il 95,71% proveniente da DEA/PS, il 4,11/afferente per trasferimento da altre U.O. e il restante 0,18% di ricoveri programmati. L'età media di 84,3 aa. e le BADL pre-morbose con media di 68,2/100, all'ingresso di 42,2/100 e alla dimissione di 53,9/100 testimoniano la caratterizzazione di fragilità dei pz. afferenti alla U.G.A. Gli esiti sono stati: dimissioni ordinarie 64,24%, dimissioni protette (assistenza domiciliare e accoglimento in CdR/RSA) 31,22 e decessi 4,54%. Pertanto le dimissioni protette sono una quota rilevante e il dato impone un modello gestionale condiviso con i Servizi Territoriali e per l'elaborazione del progetto è stato necessario ispirarsi a normative vigenti di riferimento in ambito nazionale, regionale e locale. La prima tappa è stata la condivisione degli obiettivi identificati quali: garantire la continuità delle cure sia in dimissione che in ammissione del paziente in condizione di fragilità; garantire la presa in carico del paziente in condizione di fragilità da parte di tutta la rete assistenziale; attivare l'analisi dello stato socio sanitario e i possibili bisogni assistenziali nelle diverse condizioni ambientali (ospedale/domicilio) in cui si trova il paziente; evitare ricoveri impropri a pazienti fragili. È quindi stata affrontata la fase della contestualizzazione locale e dopo la rilevazione delle problematiche esistenti suddivise tra aspetti ospedalieri e territoriali si è stabilita la strategia per i 2 momenti della gestione "unitaria" del medesimo paziente.
Risultati. È stato predisposto un modello organizzativo basato su: VMD di base che viene effettuata dal Geriatra Ospedaliero coadiuvato dal Coordinatore Infermieristico ad esperienza geriatrica entro 72 ore dal ricovero per i pz. ospedalizzati. funzionali (con definizione dello stato pre-morboso all'ingresso e alla dimissione al momento della stessa) ed eventuali socio-ambientali; sui dati di VMD adeguata intensità diagnostica e terapeutica sulle problematiche cliniche potenzialmente trattabili (adozione criteri ACOVE – Assessing Care Of Vulnerable Elderly); istituzione di AIG (Ambulatorio Integrato Geriatrico) per avere una possibilità alternativa al ricovero ospedaliero. In ambito territoriale sono stati programmati i momenti valutativi (UVMD) per la predisposizione del piano di intervento con modalità che prevedano la massima partecipazione dei professionisti coinvolti con individuazione per ogni distretto di figure mediche di riferimento che garantiscano la presa in carico da parte di tutti i soggetti coinvolti. La scheda di assessment geriatrico fa parte integrante delle procedure e viene trasmessa al Distretto Socio-Sanitario almeno 5 giorni prima della dimissione per casi di nuova segnalazione. Si è definito il completo utilizzo della VMD come strumento unico per l'accesso alla rete dei servizi sia in sede di Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale che di Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera. Settimanalmente si ha un incontro tra l'équipe geriatrica ospedaliera e il servizio di assistenza domiciliare per la discussione dei casi che esiteranno in dimissione protetta. Sono stati, a completamento del percorso, definiti i risultati attesi.
Conclusioni. La necessità di strutturare un percorso definito per le dimissioni protette impone la condivisione, tra diverse équipe impegnate in momenti diversi alla gestione del medesimo paziente, di tematiche a cavaliere tra Ospedale e Territorio e di progressivo affinamento culturale nei rispettivi campi di intervento. Da tale percorso l'efficacia sarà evidenziabile sia in termini di salute, di un'auspicata migliore qualità della vita da parte di pz. e caregiver che di più appropriato utilizzo dei vari nodi della Rete dei Servizi.

Bibliografia

Sunil K. JAMA 2007;297:831-41.
Assessing care of vulnerable elders-3 quality indicators. JAGS 2007;55: S464-87.

La telesorveglianza domiciliare (TS): un modello innovativo per la gestione domiciliare del paziente affetto da scompenso cardiaco cronico (SCC)

M. Benvenuto[1], L. Beltrami[1], C. Redaelli[1], S. Pizzocri[2], G. Rossetti[2], D. Solari[1], A. Esposito[1 2], S. Carugo[1 2]

[1] UOC I Cardiologia, ASP IMMeS e PAT, Milano; [2] Centro Interuniversitario di Fisiologia Clinica e Ipertensione, Università di Milano, Milano, Italia

Scopo. Lo scompenso cardiaco cronico (SCC) è la principale causa di ospedalizzazione nella popolazione di età superiore ai 65 anni e il suo costo per il Sistema Sanitario Nazionale è continuamente in crescita. Abbiamo voluto verificare se il sistema di Telesorveglianza Sanitaria domiciliare (TS) migliori l'out come dei pazienti affetti da SCC ad alto rischio di re-ospedalizzazione e morte.
Materiali e metodi. Abbiamo arruolato pazienti con un recente ricovero ospedaliero per SCC con frazione di eiezione ventricolare sinistra (FE) ≤ 40% o con disfunzione diastolica. La TS consisteva in 6 mesi di monitoraggio settimanale a distanza dei segni vitali e dell'ECG, con informazioni di ritorno al paziente per la gestione adeguata della terapia e il miglioramento della qualità della vita. La qualità della vita è stata quantificata per mezzo del *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ). I pazienti inviavano e ricevevano i dati clinici via Internet, con il supporto telematico della rete TeSAN, avevano contatti telefonici monosettimanali con il cardiologo e accessi domiciliari programmati da parte dell'infermiere tutor.
Risultati. Abbiamo arruolato 38 pazienti dai 55 ai 90 anni (media 73,7, mediana 74, moda 61), 25 maschi (66%), 13 femmine (34%). L'eziologia dello scompenso cardiaco era: post-ischemica in 25 casi (66%), idiopatica in 4 (11%), ipertensiva in 2 (5%), post-miocarditica in 1 (3%), post-ischemica associata a patologie immunologiche in 2 (5%). L'FE media all'arruolamento era 29,3% e dopo 6 mesi è passata al 37,9% ($p < 0,0001$). Alla fine dei 6 mesi di PTS, 4 pazienti che all'arruolamento erano in III classe NYHA sono passati in II classe (17%), 2 dalla III alla II-III classe (8%) e 18 sono rimasti stabili in III classe (75%); 1 paziente che all'arruolamento era in IV classe NYHA alla fine della PTS è passato in II (7%), 6 in II-III (43%) e 7 in III (50%). La percentuale di mortalità è stata estremamente bassa (5%) e la percentuale di re-ospedalizzazione anche (26%). Il valore medio del punteggio MLHFQ all'arruolamento era 54,8 (30-76, *range* 46), dopo i 6 mesi di PTS è diventato 21,3 (5-70, *range* 65) ($p < 0,0001$).
Conclusione. I risultati preliminari di questo studio tuttora in corso supportano la fattibilità, l'efficacia e l'appropriatezza della TS per la gestione dei pazienti affetti da SCC nei primi mesi dopo il ricovero: migliora l'efficacia e la corretta titolazione dei farmaci, previene le instabilizzazioni e incentiva la gestione a domicilio delle stesse, supporta la *compliance* del paziente e dei *caregivers* a domicilio, coinvolgendoli attivamente nelle decisioni cliniche e sviluppandone le capacità di autogestione.

Logiche di progettazione assistenziale nella RSA "E. Cialdini" di Modena

M. Bergamaschi, R. De Gesu[1], G. Morrone[1], L. Belloi[2]

Resp Uff Qualità del Comune di Modena; [1] Resp Ass Medica di base e Coord sanitario RSA "E. Cialdini", Modena; [2] Cattedra Geriatria e Gerontologia, Università di Modena

Premessa. Le logiche di progettazione assistenziale per gli ospiti di Residenze per anziani, non possono prescindere dalla analisi di una domanda in continua evoluzione. Essa presuppone la definizione della tipologia dell'utenza e la conoscenza dei suoi bisogni ed aspettative, analizzate attraverso la rilevazione e la documentazione che "valuta", che "descrive" e che ne segue l'evoluzione e dalla risposta congiunta del sociale e del sanitario ai bisogni globali. L'esperienza gestionale realizzata presso la RSA "E. Cialdini" di Modena, imperniata su logiche organizzative orientate all'utenza e alla realizzazione di processi operativi integrati, consentono di riportare una esperienza che vede applicate le modalità di integrazione in tutto il processo assistenziale: analisi, valutazione, monitoraggio, progettazione, verifica degli obiettivi di assistenza.
Obiettivo. Presentare un modello organizzativo gestionale integrato, di supporto alla realizzazione dell'assistenza basata sulla centralità dell'anziano, sull'importanza del know-how del sistema professionale Sanitario e Socio-Assistenziale basato sulle capacità richieste dalla tipologia dell'utenza.
Metodo. Metodologia di pianificazione e di verifica integrata che presuppone la ricomposizione dei bisogni dell'anziano e l'utilizzo di indicatori di risultato e di esito.
Discussione. Se le caratteristiche del modello assistenziale comportano la definizione e programmazione di una serie di azioni, le caratteristiche culturali del modello professionale si definiscono a partire dalla caratteristica dell'utenza e dalla specificità del lavoro di cura/assistenza (Tab. I).

Tab. I. Caratteristiche dei modelli assistenziale e professionale.

Definizione e programmazione	Caratteristiche culturali del modello professionale (riferimenti per la sua progettazione)
delle azioni assistenziali di base e la gestione dei bisogni primari	Analisi dei bisogni della persona "assistita"
dell'azione medica di diagnosi, cura, indirizzo, coordinamento per la gestione dei bisogni di salute	obiettivi globali di assistenza
dell'azione infermieristica con la gestione dei bisogni di benessere fisico	flessibilità/personalizzazione degli interventi assistenziali
dell'azione riabilitativa per la gestione dei bisogni di mantenimento delle abilità	continuità/omogeneità dell'azione assistenziale
delle attività di animazione per la gestione dei bisogni "di mantenersi attivi"	specializzazione di ogni area degli interventi

Quindi è un modello: strumentato perché valuta, progetta, programma e verifica; qualificato perché imperniato sullo sviluppo e il mantenimento delle capacità e delle sensibilità professionali; dinamico e "intelligente" perché non si affida a procedure/compiti; responsabile perché si affida alla maturità come requisito della risorsa umana. È stato adottato un approccio metodologico che utilizza le procedure come indicatori di processo da non confondere con i risultati. Sono stati identificati indicatori di benessere bio-psico-sociale, socio-assistenziali e sanitari-assistenziali da connettere costantemente, data la *mission* del servizio, escludendo logiche di gerarchia.
I primi, gli indicatori di benessere o esitasi riferiscono ai comportamenti spontanei degli ospiti, i secondi, gli indicatori di efficacia del percorso cura, sono assimilabili al concetto di evidenza. Con la necessaria modestia di chi sa di decidere al posto dell'altro non più in grado di provvedere alla propria autodeterminazione, è stato abbandonato il mito della oggettività a favore di un impegno finalizzato a perseguire percorsi di assistenza e di cura supportati da un costante monitoraggio e da costanti modalità di verifiche, in funzione della massima personalizzazione e della efficacia dell'assistenza. Il costante pensiero agli effetti della oggettivazione dell'ospite ha consentito di non relegare il concetto di salute-benessere quale effetto di una procedura di buona cura. Così come il costante pensiero agli effetti della esclusione sociale e ancor prima famigliare ha indotto a politiche e a comportamenti di responsabilizzazione primaria del famigliare considerato utente indiretto e possibile alleato terapeutico.

Fotogrammi di memoria: un intervento in centro diurno Alzheimer

C. Bernard, S. Ragni, R. Matterelli, I. Grussu, A. Pilloni, L. Bartorelli

Centro Diurno Alzheimer "Sacro Cuore", Roma

Scopo. Nel Centro Diurno Alzheimer è importante programmare attività che abbiano riferimenti alla storia dei pazienti, alle loro attitudini, alla loro cultura, sempre in rapporto alle loro capacità conservate. L'intervento descritto ha voluto stimolare in particolare la memoria autobiografica e il senso di appartenenza ad una comunità cittadina, presentando immagini conosciute in passato e collegandole ad un vissuto variegato, da situazioni molto coinvolgenti emotivamente ad altre più leggere, facilitanti il buonumore.
Materiali e metodi. All'interno delle attività del Centro Diurno Alzheimer si è sviluppato un Cineforum dedicato a 10 pazienti (7 donne e 3 uomini, età media 78,2) in stadio lieve di malattia. Attraverso la proiezione di film che hanno la città di Roma come musa ispiratrice, interpretati da attori che hanno fortemente connotato la città (es. Anna Magnani, Aldo Fabrizi, Alberto Sordi), si è cercato di stimolare il senso di identità; mentre con la proiezione di documenti storici di varietà televisivo si sono voluti rievocare gli anni che più fortemente, secondo la nostra esperienza, connotano la personalità di pazienti di tale età. Tutti i filmati proposti sono in bianco e nero, nella considerazione che una scelta siffatta possa aumentare l'energia rievocativa. È stato stabilito un appuntamento settimanale per la proiezione, che ha luogo in un ambiente esterno al Centro Diurno, ma nello stesso edificio, sempre nello stesso giorno, che viene atteso dai pazienti con impazienza e più volte richiesto. Nella giornata successiva, l'ora di terapia occupazionale viene dedicata alla scelta e al ritaglio di immagini del film e degli interpreti; quindi i pazienti con la supervisione degli operatori, compongono un cartellone contenente titolo, trama, attori e tutti i particolari che affiorano nel gruppo, secondo un'integrazione degli interventi che è una caratteristica delle attività del nostro Centro Diurno.
Risultati e conclusioni. "Erano gli anni migliori della nostra vita!". In assenza di una misurazione non "realizzabile", dei risultati di questa "opzione pratica", come recitano le Linee Guida del trattamento ai malati di Alzheimer, frasi del genere "strappate" a pazienti che nella vita quotidiana non sono più capaci di rievocazioni così congrue, assumono un significato forte ed indicativo. Tali osservazioni ci confortano nel proseguire su questa via di stimolazione e di partecipazione ad un progetto, molto gradito ai pazienti che seguiamo. Apparentemente le frasi raccolte, che sono molte e molto pittoresche, potrebbero sembrare degli stereotipi sfuggiti inconsapevolmente; ma il clima di calore ed emotività da cui nascono smentisce il pessimismo.

Bibliografia

1 AIP: Linee Guida italiane sul trattamento della malattia di Alzheimer, 2005.
2 Jones M. *Gentlecare: un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Ed. Carocci a cura di L. Bartorelli, 2006.
3 Roma set mundi: www.itesoridiroma.net/film-roma.

Indagine seriata sulle variazioni del D-Dimero in pazienti ricoverati in lungodegenza

I. Berni, M. Giovagnoli

Laboratorio Analisi "Villa Immacolata", Viterbo

Il D-Dimero è un semplice test di coagulazione impiegato per escludere la presenza di trombosi venosa profonda (TVP) e di embolia polmonare (EP), due quadri anatomo-clinici legati nel meccanismo fisiopatologico dal

cosiddetto tromboembolismo venoso (TEV). Molti studi hanno dimostrato che il D-Dimero ha un alto valore predittivo negativo, esso infatti sembra essere utile solo se normale: se cioè risulta positivo non si può fare diagnosi di TVP o EP, mentre se il risultato è negativo si può escludere con buona possibilità la loro presenza. Il meccanismo della coagulazione consiste nella trasformazione del fibrinogeno in fibrina ad opera della trombina. Questa produce anche una stabilizzazione della fibrina tramite l'ultimo fattore della cascata coagulativa e la fibrina stabilizzata contiene legami crociati tra le catene gamma del fibrinogeno nella zona del < gruppo D >. La successiva lisi della fibrina da parte della fibrinolisina (plasmina), dà luogo ad una particolare categoria di prodotti di degradazione contenente legami crociati denominata < gruppo del D-Dimero >. La fibrinolisina può anche lisare il fibrinogeno, ma i prodotti di degradazione di quest'ultimo non contengono il gruppo del D-Dimero con legami crociati e pertanto non vengono rilevati da questo test. Un aumento dei derivati della fibrina con legami crociati contenente il gruppo del D-Dimero (> 500 ng/ml) è stato rilevato in varie condizioni di coagulazione attivata: infezioni acute e croniche, s. da allettamento, scompenso cardiaco congestizio, insufficienza respiratoria, diabete. Lo scopo del nostro lavoro è stato quello di eseguire valutazioni periodiche del D-Dimero in pazienti ricoverati in lungodegenza, registrando età, tipo di terapia, e patologia d'ingresso, per verificare: 1) se è possibile, con controlli seriati, in soggetti che presentino valori di D-D molto alterato, formulare una prognosi di rischio trombotico aumentato; 2) se la terapia profilattica incide sulle concentrazioni di D-Dimero. A tale scopo sono stati presi in considerazione 99 pazienti in lungodegenza presso la Casa di Cura "Villa Immacolata". Di questi ne sono stati esclusi il 20% (20) per autodimissione e il 9% (9) per decesso prima delle valutazioni seriate previste dal nostro lavoro. I parametri studiati per monitorare questi malati sono stati: Il D-Dimero, il Fibrinogeno, la PCR e la VES. I 70 pazienti su cui è stato portato a termine il lavoro sono stati sottoposti a 3 prelievi: il 1° al momento del ricovero, il 2° e il 3° rispettivamente dopo 15 e 30 giorni. Dai dati ottenuti è stata calcolata la Media e al Deviazione Standard concludendo con le seguenti considerazioni:

- il D-Dimero aumenta sempre in caso di TVP;
- la terapia anticoagulante migliora nettamente i valori di D-Dimero in pazienti con TVP;
- la terapia profilattica anticoagulante sembrerebbe ininfluente sulle concentrazioni di D-Dimero;
- i valori del D-Dimero scendono durante la degenza;
- i valori delle medie del D-Dimero nelle donne sono molto più elevati dei rispettivi valori delle medie negli uomini;
- il D-Dimero aumenta sempre in caso di infezioni a differenza di ciò che accade in altre patologie prese in considerazione (immobilizzazione, scompenso cardiaco congestizio, insufficienza respiratoria, neoplasie maligne, diabete);
- i valori del D-Dimero sono corrispondenti ai valori di PCR (proteina C reattiva);
- VES (velocità di eritrosedimentazione) e Fibrinogeno e sono correlati nell'aumento e nella diminuzione.

In conclusione si può affermare che il D-Dimero anche se patologico è comunque utile come test prognostico per rischio trombotico aumentato. È chiaro che la concentrazione elevata di D-Dimero da noi riscontrata al momento dell'ingresso dipende da patologie croniche di base, e le variazioni sono da addebitarsi a patologie acute intercorrenti o al miglioramento clinico. Comunque ulteriori studi saranno necessari per verificare i dati da noi rilevati.

L'eritrocita nell'immunità naturale: indagini su condizioni, tra cui l'invecchiamento, che modificano l'espressione e la funzione del CR1

G. Berti, A.L. Giuliani, C. Bolzonella, G. Graldi, A. Aloni, G. Confalonieri, A. Previato

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Diagnostica, Università di Ferrara

Scopo. L'eritrocita, cui compete la principale funzione di trasporto dell'O2, può essere a ragione incluso, per le sue proprietà di superficie, tra i componenti dell'immunità naturale. I suoi antigeni gruppo ematici sono infatti proteine di membrana che svolgono funzioni di difesa intervenendo nel mantenimento dell'integrità della membrana, nello svolgimento di attività enzimatiche, di trasporto (proteine Kell, Colton, Kidd), di adesione (CD47), recettoriali (Duffy, proteina Fy per il parassita della malaria e per le chemochine) ma soprattutto di regolazione del sistema del complemento e di allontanamento degli immunocomplessi circolanti (CD55, CD59, CR1) [1]. Il CR1 è stato studiato nel Lupus e in alcune patologie infettive. In precedenza ci siamo occupati delle sue modificazioni nelle patologie correlate all'invecchiamento e nel legame della beta amiloide [2]. Con le presenti ricerche abbiamo valutato alcuni aspetti che a nostro avviso devono essere tenuti presenti nella determinazione del CR1 sugli eritrociti, soprattutto quando lo si esamina in situazioni patologiche. Abbiamo preso in esame particolarmente l'età, le condizioni ematologiche che possono influire anche sulla sua funzione in dipendenza dei mutamenti cui va incontro il *turnover* eritrocitario, aspetti metodologici e gli effetti della conservazione del sangue.

Materiali e metodi. Si sono esaminati campioni di sangue da soggetti donatori, da soggetti anziani in buone condizioni di salute, da cordone ombelicale di neonati sani, da individui anemici
(beta talassemia intermedia, mai trasfusi), provenienti da reparti dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara e da case RSA per anziani. Per tutti i campioni venivano valutati i parametri ematologici e i reticolociti. Per il CR1 si sono usati anticorpi monoclonali anti-CR1 (E11 e TO5). È stata esaminata la possibile interferenza della presenza di proteine plasmatiche con determinazioni in PBS, albumina o siero autologo. Per la funzione di legame degli immunocomplessi agli eritrociti si sono impiegati complessi di anatossina tetanica e di antitossina, siero come fonte di complemento e un anticorpo anti-C3b/c. Le determinazioni sono state eseguite in citofluorimetria ed associate ad osservazioni al microscopio a fluorescenza. Per l'effetto della conservazione del sangue, venivano eseguiti prelievi ogni 15 gg da sacche di concentrati eritrocitari. I risultati sono stati espressi come valori percentuali, numero di molecole/cellula, numero di eritrociti CR1+ o C3b/c+/uL, analizzati statisticamente e in relazione ai reticolociti.

Risultati. Rispetto ai soggetti adulti, il CR1 si riduce di poco nei soggetti anziani sani, mentre è significativamente ridotto nel sangue di funicolo e nei soggetti talassemici. Il C3b legato, espressione della funzione, risulta inferiore al valore di CR1 in maniera più marcata negli anziani, nel funicolo e nei talassemici; in questi due ultimi gruppi, tuttavia, risulta meno ridotto nei confronti del CR1 per cui il potere di legame appare in proporzione maggiore. La correlazione con i reticolociti è positiva nel funicolo e negli anziani e negativa nei talassemici. L'ambiente di reazione proteico favorisce l'espressione del recettore; la conservazione del sangue lo riduce.

Conclusioni. Il CR1 non subisce significativi cambiamenti nei soggetti anziani in buone condizioni, ma la funzione risulta ridotta, cosa che depone per un diminuito ruolo di difesa nella senescenza; risulta invece ridotto nel sangue fetale o in condizioni di anemia con distruzione eritrocitaria (talassemia) da imputarsi rispettivamente a diversità nella conformazione della membrana o al suo danneggiamento; tuttavia, la capacità di legare immunocomplessi risulta ben mantenuta in relazione verosimilmente alla situazione di eritropoiesi stimolata e all'immissione in circolo di alcuni eritrociti giovani più ricchi di CR1, come risulta all'osservazione in microscopia, e più adatti a legare gli immunocomplessi.

Bibliografia

[1] Pourazar A. Asian J Transfusion Sci 2007;1:24-32.
[2] Biguzzi S, et al. Neurol Sci 2004;25(Suppl):S188.

Il ruolo delle RSA del Consorzio San Raffaele nella gestione dell'anziano fragile

A. Bertolini, L.M. Addante, A. Spica, T. Balsamo, M. Bonerba

Consorzio San Raffaele, Modugno (BA); http:www.sanraffaele it

Scopo. L'invecchiamento della popolazione è un evento che investe tutta la società. Si richiede, dunque, non tanto una "politica di settore" quanto soluzioni di tipo strutturale. L'analisi del fenomeno comporta la valutazione

di tre aspetti: il processo biologico, la sostenibilità economica, la programmazione sociosanitaria.
I problemi delle RSA in Puglia sono: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento aspettativa di vita media di disabili e malati cronici, la riduzione assistenza da parte dei nuclei familiari, la specializzazione dei servizi ospedalieri, con riduzione dei posti letto, l'aumento domanda di servizi qualificati e dignità di cure per pazienti anziani, disabili, con patologie croniche o terminali. A Fronte di tali problematiche l'area delle RSA in Puglia presenta: carenza di posti letto anche per la scarsa offerta di soluzioni assistenziali alternative, aumento del livello di Gravità Clinico-Assistenziale degli ospiti a causa di: aumento del grado di disabilità, aumento dell'età media, aumento dei disturbi cognitivi.
Le esigenze da conciliare sono per l'utente: soddisfazione dei bisogni di salute, per l'erogatore la soddisfazione nel vedere premiate la qualità delle prestazioni fornite, per l'acquirente il contenimento della spesa e miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento.
Materiali e metodi. i PAI e le SVAMA di tutti i soggetti ricoverati in Puglia nelle RSA del Consorzio San Raffaele dal 2005 al 2007 sono stati analizzati per valutare gli ICD9-CM più frequenti. Il software utilizzato è Epi Info 3.4.3.
Risultati. Nel corso del 2007 le RSA del Consorzio San Raffaele hanno ospitato circa l'80% di tutti i ricoveri ordinari in RSA della regione Puglia contro il 72.15% del 2006 e il 40,35% del 2005. Le patologie più frequenti nell'ultimo triennio, indicate nella Tabella I, sono l'Ictus (15%), le Demenze (14%), la Malattia di Parkinson (14%), le Fratture di Femore (12%).

Tab. I. Patologie più frequenti, RSA San Raffaele, Puglia.

	2005 %	2006 %	2007 %
Demenze	17,8	13,3	14,0
M. di Parkinson	15,0	13,8	14,0
Emiplegia e emiparesi	3,8	6,6	7,0
ICTUS	18,2	14,4	15,0
Malattie cardiovascolari	7,0	9,7	10,0
BPCO	2,7	4,0	4,0
Tumori	5,5	7,8	8,0
Fratture di femore	8,9	11,3	12,0

Conclusioni. Le RSA del Consorzio San Raffaele sono adeguatamente dimensionate ed organizzate in modo coerente a bisogni e risorse, sono in grado: di contribuire significativamente alla riduzione dei ricoveri impropri, con conseguente miglioramento dell'efficienza globale del sistema; di favorire l'accessibilità, la fruibilità e l'adeguatezza delle prestazioni, distribuendo in modo appropriato i servizi nel territorio; di razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane, creando soddisfazione degli operatori; di valorizzare l'analisi dei bisogni, con conseguente potenziamento della soddisfazione degli utenti.
Di fronte ad un sistema di strumenti assistenziali distribuiti ed articolati, le RSA del Consorzio San Raffaele esercitano un approccio prevalentemente orientato alla complessità, all'interdisciplinarietà, alla completezza ed all'auto-organizzazione del sistema. Grande attenzione è posta alla comunicazione con i cittadini, potenziali utenti: in tale ottica appare di sostanziale utilità la carta dei servizi (per la comunicazione esterna). Infine la formazione permanente del personale ad ogni livello finalizzata sia all'aggiornamento degli aspetti tecnico-organizzativi che alla condivisione degli obiettivi, delle metodologie di valutazione e delle strategie di approccio ai problemi assistenziali.

Competenza metabolica mitocondriale e invecchiamento neuronale

C. Bertoni-Freddari, M. Balietti, T. Casoli, G. Di Stefano, M. Solazzi, B. Giorgetti, F. Lattanzio[1], P. Fattoretti

Centro Neurobiologia dell'Invecchiamento e [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. Al fine di dare la miglior risposta funzionale, le capacità di adattamento delle cellule nervose sono costantemente modulate da stimolazioni ambientali ed eventi fisiologici intracellulari. È stato ampiamente documentato che i meccanismi di rimodellamento funzionale coinvolti in questo stato di plasticità della cellule nervose sono significativamente influenzati dalla tempestiva fornitura di energia da parte dei mitocondri [1]. Con lo scopo di valutare la competenza metabolica mitocondriale (MMC), intesa come efficienza degli organelli nel fornire adeguate quantità di adenosintrifosfato (ATP), abbiamo condotto studi su mitocondri sinaptici e pericellulari in ratti giovani, adulti e vecchi mediante metodi di morfometria computerizzata.
Materiali e metodi. Campioni di tessuto prelevati dal cervelletto di ratti Wistar femmine sono stati processati: 1) in accordo a procedure convenzionali di microscopia elettronica con lo scopo di misurare le caratteristiche ultrastrutturali di mitocondri sinaptici presenti nello strato granulare della corteccia cerebellare (glomeruli) e 2) utilizzando metodi di colorazione preferenziale per stimare l'attività di 2 enzimi-chiave della catena respiratoria mitocondriale: la succinico deidrogenasi (SDH) e la citocromo ossidasi (COX), rispettivamente evidenziate mediante le tecniche citochimiche del ferrocianuro di rame [2] e diaminobenzidina [3]. Nei glomeruli cerebellari sono stati misurati: la frazione di volume citoplasmatico occupata dai mitocondri (densità di volume: Vv), il numero di organelli per micron cubo di tessuto (densità di volume: Nv) ed il volume medio dei mitocondri (V). Nel pericario delle cellule di Purkinje, gli stessi parametri sono stati valutati sulla popolazione di mitocondri positivi alla reazione citochimica per evidenziare l'attività dell'SDH. Nei mitocondri sinaptici del glomerulo cerebellare è stato valutato il rapporto (R) tra l'area totale dei precipitati citochimici dovuti all'attività della COX e l'area del singolo organello.
Risultati. Nei glomeruli cerebellari non è stata riscontrata alcuna differenza dovuta all'età per quanto riguarda Vv, mentre Nv è significativamente più basso nei ratti vecchi verso i giovani e gli adulti. V è significativamente più grande nei ratti vecchi verso gli adulti e i giovani, mentre il confronto tra questi due ultimi gruppi ha mostrato che negli adulti V è significativamente più piccolo. Nel pericario delle cellule di Purkinje non è stata osservata alcuna differenza nella Vv di mitocondri SDH-positivi, il valore di Nv invece è risultato significativamente più basso nei vecchi rispetto agli adulti e non significativamente (-15%) ridotto rispetto ai giovani. Non è stata osservata alcuna differenza significativa nel V dei mitocondri SDH-positivi nonostante negli adulti il valore di questo parametro sia risultato più basso del 14% verso i giovani e del 20% rispetto ai vecchi. Confronti tra i valori dei quartili di R di organelli sinaptici COX-positivi tra animali adulti e vecchi hanno mostrato un consistente calo del valore di questo parametro nei mitocondri piccoli (I quartile: -31,6%) e in quelli di media misura (II quartile: -26,4% e III quartile: -16,4%), mentre gli organelli di grandi dimensioni hanno mostrato la più bassa riduzione dovuta all'età (IV quartile: -3,0%).
Conclusione. È noto che la modulazione morfologico-funzionale di circoscritte popolazioni mitocondriali avviene mediante meccanismi di aumento di volume e/o fusione mitocondriale seguite da divisione degli organelli, pertanto i mitocondri di grandi dimensioni sono correntemente considerati uno stadio intermedio nei meccanismi di adattamento ultrastrutturale, mentre quelli piccoli e di media misura sono maggiormente coinvolti nei meccanismi di fosforilazione ossidativa [1 4]. Considerando questi concetti, i nostri dati sull'attività di SDH e COX suggeriscono che: a) l'aumento del volume medio mitocondriale (V) potrebbe rappresentare un debole intervento di compensazione del significativo calo numerico età-dipendente degli organelli [2]; b) una marcata alterazione della funzionalità di mitocondri piccoli e di media misura potrebbe contribuire al significativo decadimento del metabolismo energetico correntemente documentato nel corso dell'invecchiamento fisiologico e ragionevolmente considerato come una subdola condizione di sofferenza cellulare in grado di condurre al declino età-correlato di organi e funzioni sistemiche [4 5].

Bibliografia

[1] Cortopassi G, Wong A. *Mitochondria in cellular aging and degeneration*. In: Cadenas E, Packer L, eds. *Understanding the process of aging*. M. Dekker 1999, p. 293-309.

[2] Bertoni-Freddari C, Fattoretti P, Casoli T, Di Stefano G, Solazzi M, Meier-Ruge, W. *Quantitative cytochemical mapping of mitochondrial enzymes in rat cerebella*. Micron 2001;32:405-410.
[3] Bertoni-Freddari C, Fattoretti P, Giorgetti B, Grossi Y, Di Stefano G. *Cytochemical estimation of cytochrome oxidase activity as a morphofunctional mitochondrial check-up*. Rej Res 2006;90:202-6.
[4] Bertoni-Freddari C, Fattoretti P, Giorgetti B, Grossi Y, Di Stefano G, et al. *Inverse correlation between mitochondrial size and metabolic competence: a quantitative cytochemical study of cytochrome oxidase activity*. Naturwissenschaften 2003;90:68-71.
[5] Bertoni-Freddari C, Fattoretti P, Giorgetti B, Grossi Y, Di Stefano G. *Age-related decline in metabolic competence of small and medium-sized synaptic mitochondria*. Naturwissenschaften 2005;92:82-5.

Day surgery nel paziente anziano: quali requisiti strutturali?

G. Bettelli, M. Sebastiani[1], S. David[1], M. Costantini[2], F. Lattanzio[3]

Servizio di Anestesia e Rianimazione, INRCA (Ancona); [1] Direzione Sanitaria, INRCA (IRCCS). Sede di Ancona; [2] Dpt di Ingegneria Civile e Ambientale, Università di Trento; [3] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. Nei prossimi 20 anni, il numero di pazienti (pz) over 65 che accederà a day surgery (DS) sarà in forte crescita [1]. Questa tipologia di pz presenta deficit motori, sensoriali ed esigenze di comfort superiori ai più giovani. Le strutture di DS in Italia sono destinate a crescere [2]. Queste considerazioni ci hanno spinto a verificare se vi siano dati in letteratura per l'elaborazione di un quadro di specifiche di progetto da cui desumere Linee Guida per la costruzione di una unità di DS geriatrica presso l'INRCA di Ancona e una normativa di settore da proporre a livello ministeriale.
Materiali e metodi. Lo studio è stato articolato in 3 fasi: 1: analisi della letteratura con focus su: a) DS e pz anziano; b) distribuzione e caratteristiche di condizioni disabilitanti nell'anziano; 2: esame dei requisiti ambientali e fisico-tecnici definiti dalle normative edilizie in relazione ai disagi correlati alle diverse condizioni disabilitanti; 3: identificazione dei requisiti per la realizzazione di unità di DS presso ospedali geriatrici.
Risultati. L'età avanzata pare non costituire un fattore di rischio indipendente in DS; pertanto, secondo la letteratura l'ipotesi di estendere anche a questi pz una metodologia ad alto valore intrinseco come la DS appare razionale [3]. Tuttavia, diversi reports indicano che i pz anziani possono incontrare in DS difficoltà correlate alla presenza di disabilità. La distribuzione delle condizioni disabilitanti nella fascia 65-85 aa è rappresentata in Tabella I. L'esame dei requisiti ambientali e fisico-tecnici definiti dal corpus normativo ha rivelato la carenza di specifiche di progetto finalizzate alla riduzione del disagio correlato alla maggior parte delle condizioni disabilitanti di tipo sensoriale (visivo e uditivo), mentre per la disabilità motoria i disposti normativi si esauriscono praticamente con l'abbattimento delle barriere architettoniche [4]. A partire da queste constatazioni è stata effettuata un'analisi della letteratura ed elaborata una tabella di requisiti tipologici e tecnologici per unità di DS geriatriche (Tab. II), come base per l'impostazione del relativo quadro normativo da sottoporre al Ministero per il successivo sviluppo. Tali requisiti in parte correlano con le esigenze specifiche delle diverse disabilità, e in parte rispondono ad esigenze espresse e implicite in termini di comfort ambientale comunemente espresse dalla popolazione anziana.

Tab. I. Distribuzione delle disabilità per fasce d'età.

Età	Deficit motorio	Deficit visivo	Deficit acustico
65-75	9,7	50%	25%
75-85	33,6	75%	50%

Conclusione. Questa ricerca rappresenta un primo approccio alla definizione di requisiti e specifiche di progetto in edilizia sanitaria geriatrica con riferimento alla costruzione di unità di DS, il cui numero è previsto in forte espansione nei prossimi anni, e pone le basi per successivi studi e ricerche in tale settore.

Bibliografia

[1] Etzioni D. Ann Surg Oncol 2003;10:1112-7.
[2] Comitato Interministeriale Programmazione Economica – Unità tecnica Finanziaria di Progetto: Estratto dalla relazione annuale dell'Unità Tecnica Finanza di Progetto 2002.
[3] Bettelli G. *High risk patients and day surgery (review)*. Min Anestesiol 2008 (in press).

L'outcome del trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi nella malattia di Alzheimer: i risultati di una analisi con il metodo Delphi

A. Bianchetti[1 2], S. Boffelli[1 3], P. Ranieri[1 2], M. Trabucchi[1 4] per il gruppo IDEA

[1] Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia; [2] Istituto Clinico "S. Anna", Brescia; [3] Ospedale Poliambulanza, Brescia; [4] Università di Roma "Tor Vergata"

Scopo. Analizzare con il metodo Delphi gli *outcome* da attendersi dal trattamento con inibitori dell'acetilcolinesterasi (AChEI) nella malattia di Alzheimer e la proporzione di pazienti che possono essere definiti come "*responder*" al trattamento.
Materiali e metodi. Con la tecnica Delphi è stato raccolto il parere di un gruppo di 40 esperti selezionati fra specialisti geriatri, che lavorano nelle Unità di Valutazione Alzheimer. Ad ogni esperto è stato inviato un questionario a risposte chiuse contenente proposizioni alle quali ogni partecipante esprimeva il proprio parere utilizzando una scala numerica da 1 (per nulla d'accordo) a 9 (assolutamente d'accordo). Al termine della prima fase è stato inviato nuovamente il questionario a tutti i partecipanti, con l'indicazione della distribuzione delle risposte dei partecipati al panel. Le risposte sono state aggregate in terzili (1-3 = disaccordo; 4-6 = accordo neutro; 7-9: accordo) ed il consenso è stato definito "buono" quando il 55% delle risposte cadeva entro uno dei terzili considerati. Per le domande che prevedevano l'indicazione di una proporzione i dati sono stati aggregati e presentati come media ± deviazione standard, intervalli di confidenza (95%) e *range* interquartile (IR).
Risultati. Nello studio IDEA il panel ha espresso un parere concorde sul 74% delle proposizioni presentate. La "risposta positiva al trattamento" è definita come almeno la stabilizzazione delle funzioni cognitive (e non il solo miglioramento) e la stabilizzazione del deficit funzionale e dei disturbi comportamentali. Il giudizio dei familiari è considerato importante nel giudizio di efficacia dei trattamenti. Nei non *responder* vi è un accordo perché vi sia un tentativo con un altro farmaco dopo i primi 3 o 6 mesi di terapia.

Tab. II. Requisiti tipologici e tecnologici.

Accessibilità	Comfort acustico	Comfort visivo	Comfort termico	Sicurezza nell'uso	Protez. Intrus.
DL 236/89 in associazione a requisiti di sicurezza nell'uso	T < 1 " 1,8 "< EDT < 2,6 " LAeq < 50 dB (a) (est.) LAeq < 35 dB (a) (int.)	fattore moltipl. 1,5	t_{op} = 23 °C t_{aria} = 26 °C (est) t_{aria} = 23 °C (inv) v_{aria} < 0,05 m/s (inv) v_{aria} < 0,1 m/s (est) 30% < u_r < 60% ricambi aria = 5 vol/h	coeff. attr. = 0,4 Barre di sost.: specifiche; Identificabilità spazi: spc, color codes, marcatori NV: spc	filtro: si CCTV (closed circuit TV): sì

Il giudizio degli esperti sull'efficacia degli AChEI per il trattamento della Malattia di Alzheimer è positivo: a 6 mesi si ottiene nel 75% dei pazienti un miglioramento o stabilizzazione delle performance cognitive e nel 70% dello stato funzionale; a un anno tali percentuali scendono al 50% e 30% rispettivamente per le funzioni cognitive e lo stato funzionale. Per i disturbi del comportamento, il panel rileva in generale un miglioramento del 20% circa rispetto al basale, pur con differenti percentuali per i diversi BPSD (sintomi depressivi, deliri ed allucinazioni, apatia, agitazione aggressività ed irritabilità). Infine, i *caregiver* riportano un miglioramento nel 30% dei malati.
Conclusione. Lo studio supporta la validità di metodologie complementari agli studi *evidence based* nel valutare gli interventi clinici, in particolare nelle aree ad alta incertezza e complessità.
[*] Hanno partecipato al progetto IDEA: Ambrosio A.M. (Cosenza), Annoni G. (Monza), Anzivino F. (Ferrara), Barbagallo G. (Nicosia), Bavazzano A. (Firenze), Bellelli G. (Cremona), Bianchi E. (Vicenza), Bottura R. (Mantova), Branca S. (Catania), Bruno P. (Napoli), Calabrò M. (Treviso), Canonico V. (Napoli), Capobianco G. (Roma), Cappa G. (Torino), Castoldi R. (Milano), Catte O. (Cagliari), Cavallini M.C. (Firenze), Cester A. (Venezia), Cotroneo A. (Torino), Del Re L. (Pescara), Di Stefano F. (Verbania), Fabbo A. (Mirandola), Fantò F. (Torino), Gabelli C. (Padova), Gianni W. (Roma), Giordano M. (Palermo), Grezzana L. (Verona), Landi F. (Roma), Le Chiara M. (Pescina), Lucchetti L. (Piacenza), Lunardelli M.L. (Bologna), Mecocci P. (Perugia), Neviani F. (Boggiovara), Noro G. (Trento), Odetti P. (Genova), Orsitto G. (Foggia), Pedone V. (Bologna), Pernigotti L.M. (Torino), Petrò E. (Bergamo), Semeraro R. (Taranto), Senin U. (Perugia), Spada R. (Troina), Tripi G. (Trapani), Vitali S. (Abbiategrasso).

Ruolo delle varianti alleliche del gene IRS-2 nel determinismo della longevità umana

V. Boccardi, M. Papa, A. Esposito, M.R. Rizzo, G. Paolisso, M. Barbieri

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

Scopo. Numerosi studi di biologia cellulare e molecolare effettuati al fine di chiarire le basi biologiche della longevità hanno dimostrato che i geni coinvolti nella cascata insulinica giocano un ruolo chiave nella regolazione della longevità e che i meccanismi fondamentali di questo processo sono conservati nell'evoluzione della specie, dagli invertebrati all'uomo [1 2]. Studi recenti hanno dimostrato che, nel topo, la riduzione, a livello cerebrale, dell'attivazione dell'IRS-2 (Substrato 2 del recettore insulinico) si associa ad una maggiore resistenza allo stress ossidativo e ad una minore vulnerabilità ai danni cellulari e ad un aumento della durata della vita [3]. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare il potenziale ruolo delle varianti alleliche Gli1057Asp e Leu647Val del gene IRS2 nel determinismo della longevità umana.
Materiali e metodi. In 230 soggetti longevi (età > 85 aa) e in 280 soggetti non longevi (età < 85 aa) sono state valutate le principali caratteristiche antropometriche, quali l'indice di massa corporea (BMI) ed il rapporto vita/fianchi (WHR) e metaboliche (livelli plasmatici di glucosio, insulina, trigliceridi, colesterolo totale, HDL e LDL. Il grado di insulino-resistenza (IR) e la funzione beta cellulare sono state valutate mediante il calcolo dell'HOMA. Il metabolismo basale è stato valutato tramite calorimetria indiretta. Tutti i soggetti sono stati tipizzati in base ai polimorfismi Gli1057Asp e Leu647Val del gene dell'IRS-2.
Risultati. In accordo con quanto precedentemente dimostrato, i soggetti longevi avevano un più basso BMI, più bassi livelli plasmatici di glucosio ed insulina e più elevati livelli di colesterolo HDL. Inoltre, i soggetti longevi avevano un'azione insulinica preservata rispetto ai soggetti anziani ($p < 0,01$). Dall'analisi genetica, è risultato che esiste una diversa distribuzione genotipica del polimorfismo Gli1057Asp del gene dell'IR2 tra soggetti longevi e non longevi, avendo riscontrato tra i soggetti longevi una più alta percentuale di Asp carrier rispetto ai soggetti non longevi ($p < 0,002$). La presenza dell'allele Asp si associava a più bassi livelli plasmatici insulina, glucosio e ad un più basso grado di insulino-resistenza e ad un più elevato quoziente respiratorio. Al contrario nessuna differenza nella frequenza allelica e genotipica del polimorfismo Leu647Val è stata invece riscontrata tra i soggetti longevi e non longevi ($p > 0,05$).
Conclusione. Tali risultati supportano l'ipotesi di un potenziale ruolo, anche nell'uomo, del gene IRS2 nella regolazione della longevità.

Bibliografia

1 Barbieri M, Bonafè M, Franceschi C, Paolisso G. *Insulin/IGF-1 signaling pathway: an evolutionarily conserved mechanism of longevità from yeast to humans*. Am J Physiol Endocrinol Metab 2003;285:E1064-71.
2 Bonafè M, Barbieri M, Marchegiani F, Olivieri F, Ragno E, Giampieri C, et al. *Polymorphic variants of insulin-like growth factor I (IGF-I) receptor and phosphoinositide 3-kinase genes affect IGF-I plasma levels and human longevity: cues for an evolutionarily conserved mechanism of life span control*. J Clin Endocrinol Metab 2003;88:3299-304.
3 Taguchi A, Wartschow LM, White MF. *Brain IRS2 signaling coordinates life span and nutrient homeostasis*. Science 2007;317:369-72.

Tecniche cognitivo-comportamentali nella gestione del paziente demente: il ruolo della famiglia nell'attuazione degli interventi

L. Boccia[1 2], E. Auricchio[1], L. D'Acquisto[3], M. Lepore[1]

[1] C.T.F., Centro di Terapia Fisica e Riabilitazione, C.mare di Stabia (NA); [2] SCIRDAP, Istituto per la Ricerca, lo Sviluppo e la diffusione delle Scienze Psicologiche, Napoli; [3] ASL NA 5

Scopo. La riabilitazione neuropsicologica affronta in una prospettiva olistica sia gli aspetti cognitivi che quelli emotivi, sviluppando interventi individualizzati con l'obiettivo di aiutare i pazienti e le loro famiglie ad ottimizzare le strategie di adattamento alle difficoltà prodotte dal disturbo neuropsicologico ed a migliorarne il funzionamento nel contesto quotidiano [1 2]. In tal modo vengono focalizzati i livelli di disabilità e di handicap piuttosto che quello di deficit (WHO) e l'intervento include prevalentemente strategie di tipo compensativo [3]. Tale approccio coinvolge quindi in maniera determinante la famiglia del paziente demente e necessita di modelli di riferimento che affrontino esplicitamente gli aspetti relazionali del contesto familiare. Poiché la stessa identificazione del *caregiver* non è un processo semplice ed automatico, gli interventi riabilitativi non possono prescindere da un lavoro psicologico-clinico di analisi della domanda. All'interno di tale contesto epistemologico sono praticabili interventi tecnici con obiettivi più specifici. Tra questi, le tecniche cognitivo-comportamentali (CC) si distinguono per l'enfasi da loro posta sull'analisi della relazione comportamento-ambiente (antecedenti e conseguenze dei comportamenti-bersaglio) ed è stata largamente dimostrata la loro efficacia nella terapia di numerosi disturbi psicopatologici e cognitivi [4 5]. Nella riabilitazione neuropsicologica delle demenze, le tecniche CC sono state impiegate anche per migliorare l'efficacia del *caregiver* nella gestione comportamentale del paziente e per ridurre le conseguenze sfavorevoli dello stress del *caregiving* [6]. Scopo del presente lavoro è una rassegna degli studi di efficacia di queste tecniche.
Materiali e metodi. Sono state cercate negli archivi elettronici PubMed e PsycInfo ricerche originali e rassegne della letteratura pubblicate in inglese (1980-2007), utilizzando come criteri di ricerca "CBT" o "*behavioral interventions*" o "*skill building*" o "*coping strategies*" in combinazione con "*demented*", "*dementia*" "*caregiver*". Un'ulteriore ricerca è stata eseguita tra le voci bibliografiche dei lavori recuperati. Sono stati presi in considerazione le pubblicazioni che hanno esplorato l'efficacia degli interventi CC relativamente agli effetti diretti ed indiretti sul *caregiver* di pazienti con demenza.
Risultati. L'utilizzo da parte del *caregiver* di tecniche CC nella gestione del paziente demente determina effetti positivi diretti (migliora il proprio benessere psicofisico) ed indiretti (permette una gestione adattiva e funzionale del paziente) riducendo le emozioni spiacevoli (rabbia, ansia, depressione).
Conclusione. Lo studio delle variabili connesse al *caregiver* e l'attuazione di interventi specifici rivolti alla famiglia permette sia di migliorare il benessere psicosociale degli individui coinvolti, sia di ottimizzare le politiche sanitarie. Infatti, un ruolo attivo della famiglia permette di ridurre la spesa (farmaci per controllare i comportamenti problematici; istituzionalizzazione precoce) e gli effetti indesiderati (accelerazione del declino) [7 8].

Bibliografia

1 Lepore M. *Introduzione alla neuropsicologia. Gli errori cognitivi nella normalità e nella patologia*. Milano: Franco Angeli 2007.
2 Clare L, Woods RT. *Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer 's disease: A review*. Neuropsychol Rehabil 2004;14:384-401.
3 Wilson BA. *Compensating for cognitive deficits following brain injury*. Neuropsychol Rev 2000;10:233-43.
4 Rusin MJ, Lawson KJ. *Behavioral interventions and families: a medical rehabilitation perspective*. J Clin Geropsychol 2001;4.
5 Lepore M, Napolitano AE, Grossi D. *I problemi della riabilitazione dell'amnesico*. In: Grossi D, Lepore M, eds. *Amnesie e disturbi della cognizione spaziale. Un approccio razionale alla riabilitazione neuropsicologica*. Milano: Franco Angeli 2002.
6 Juozapavicius KP, Weber JA. *A reflective study of Alzheimer's caregivers*. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2001;16:11-20.
7 D'Acquisto L, Auricchio E, Boccia L, De Martino G, Lepore M. *Analisi della domanda e riabilitazione cognitiva delle demenze: un modello psicologico di intervento riabilitativo in un centro diurno*, Brescia 19-21 aprile 2007, 7° Congresso Nazionale della Associazione Italiana di Psicogeriatria, 2007, p. 44-5.
8 Lepore M. *L'appropriatezza della prestazione psicologica in riabilitazione*. In: Betocchi GV, Felaco R, Zullo C, Abazia L, eds. *Sostenere lo sviluppo sociale*. Napoli: Liguori 2001.

Le UVA: caratteristiche dei pazienti e loro modificazioni nel tempo

S. Boffelli[1 2], C. Mattanza[1 2], R. Rozzini[1 2], P. Barbisoni[1 2], M. Trabucchi[2]

[1] U.O. Geriatria, Ospedale Poliambulanza; [2] Gruppo di Ricerca Geriatria, Brescia

Scopo. Il progetto Cronos è un modello mediante il quale il Ministero della Sanità ha integrato il processo registrativo e di rimborso dei farmaci con uno studio osservazionale su larga scala, utilizzando la rete dei propri centri specialistici. Il progetto si era posto l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e territorio, per migliorare la qualità di vita e di salute delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer. In questi primi anni di attività le UVA si sono evolute, raggiungendo risultati positivi che vanno al di là del programma iniziale. Infatti, se il progetto CRONOS nasceva dalla necessità di sperimentare nel "*real world*" l'efficacia degli AchEI, il suo sviluppo è andato oltre ogni previsione, perché le UVA hanno reso fattivo ed organizzato un gruppo di servizi per la persona malata: diagnostico, clinico, comportamentale e socio-sanitario. Obiettivo del nostro studio è di descrivere le caratteristiche, e le loro modificazioni nel tempo, dei malati che afferiscono alla nostra UVA.
Materiali e metodi. Sono stati valutati, introdotti nello studio e sottoposti a trattamento farmacologico con inibitori delle AChe i pazienti affetti da demenza di Alzheimer (AD) afferiti presso la UVA del Dipartimento di Medicina e Geriatria dell'Ospedale "Poliambulanza" di Brescia. Tutti i pazienti erano stati sottoposti alla prima valutazione ad accertamenti clinici e strumentali (TC encefalo, test neuropsicologici). Ad ogni visita venivano inoltre valutati: *Mini Mental State Examination* – MMSE, *Instrumental Activity Daily Living* (n. funzioni conservate – IADL); *Basic Activities of Daily Living*, (n. funzioni conservate – BADL); patologie concomitanti; terapia cognitiva o sedativa precedente alla prima valutazione. Alle visite di controllo periodico sono stati valutati, oltre alle variabili cognitive e funzionali, gli effetti collaterali del farmaco, eventi intercorrenti, le modifiche della terapia cognitiva. L'analisi statistica è stata effettuata con SPSS Rel. 13.0.
Risultati. Nel corso di 6 anni (novembre 2000-dicembre 2006) sono stati inseriti nel progetto CRONOS 387 malati per diagnosi e trattamento, mentre altrettanti sono stati valutati per altre patologie (demenza vascolare, altre demenze, parkinsonismi). Le persone inserite nel progetto CRONOS sono prevalentemente di sesso femminile (77%), di età media avanzata (79,3 ± 6,5), con un grado di decadimento cognitivo e funzionale moderato (MMSE 19,4 ± 3,9, IADL 2,5 ± 2,3, BADL 4,9 ± 1,6). Le persone, alla prima valutazione, godono di un discreto stato di salute somatica (bassa comorbilità). Fin dalla prima visita viene effettuata una valutazione dei disturbi del comportamento cui segue, quando necessario, la prescrizione di un trattamento psicofarmacologico: la frequenza di prescrizione dei sedativi è molto bassa (4,8%), ad indicare una gravità comportamentale lieve. Il grado di decadimento cognitivo alla prima valutazione, suddiviso per i pazienti reclutati per ogni anno, non sembra differire nel tempo: la media del MMSE dimostra un decadimento cognitivo lieve-moderato al momento della diagnosi (MMSE 19,5 ± 4,1 nel 2000, *vs.* MMSE 19,1 ± 4,4 nel 2006). Se tuttavia consideriamo solo il gruppo dei malati con decadimento cognitivo lieve (MMSE > 24), la media del punteggio alla prima visita tende ad aumentare nel corso degli anni (MMSE 24,9 ± 1,1 nel 2000, *vs.* MMSE 26,0 ± 1,3 nel 2006). Ciò dimostra che aumenta sempre più il numero delle persone che si presentano all'ambulatorio UVA con decadimento cognitivo molto lieve. I dati rilevano infine che quasi il 50% dei malati della UVA si "perde" nel tempo. Oltre alle persone che "fisiologicamente" escono dal trattamento per aggravamento cognitivo e clinico (5,2%), esiste una percentuale elevata di malati che non ritorna alle visite successive e probabilmente sospende sia il trattamento sintomatico cognitivo, sia i follow-up somatici e cognitivi (44,2%).
Conclusione. Le persone malate ed i loro familiari hanno trovato nelle UVA l'ambulatorio "di famiglia" della demenza, dove trovare una serie di risposte che vanno ben al di là della semplice distribuzione del farmaco: continuità diagnostico-terapeutica, assistenziale, *counseling* familiare. Una diagnosi sempre più precoce permette di iniziare il trattamento farmacologico quando è dimostrato che funzioni maggiormente, e cioè nella fase lieve-moderata di malattia. Per questa ragione le UVA devono proseguire nel loro rinnovamento, con un costante aggiornamento clinico, per non perdere di vista l'evoluzione scientifica e le possibilità terapeutiche future.

Bibliografia

Boffelli S, Rozzini R, Sabatini T, Travaglini N, Cassinadri A, Ricci A, et al. *L'Unità di Valutazione Alzheimer: un'esperienza di 6 anni*. Giornale di Gerontologia 2006.
Dubois B, Feldman HF, Jacova C, De Kosky ST, et al. *Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria*. Lancet Neurol 2007;6:734-46.
Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer - Roma, 10 luglio 2000.
Padovani A, Borroni B, Guineani M, Rozzini L. *Il Progetto Cronos e le Unità di Valutazione Alzheimer*. In: Trabucchi M, ed. *Le demenze, 3° edizione*. Torino: UTET 2002, p. 539-60.
Trabucchi M. *Appunti per una crescita del Progetto Cronos*. Demenze III 2000;4:1.
Trabucchi M. *Il Progetto Cronos*. Demenze III 2001;3:2.
Verdon CM, et al. *Social cognition: an early impairment in dementia of the Alzheimer type*. Alzheimer Dis Assoc Disord 2007;21:25-30.

Ipoacusia e depressione nel paziente anziano

R. Boi, V. Carpaneto, F. Dall'Acqua, L. Racca[1], M. Racca[1], M. Ricchetti[1], A. Cavallero[2], A. Santelli[2], P. Odetti

U.O. Geriatria, DI.M.I., Università di Genova; [1] Linear Apparecchi acustici Srl, Genova; [2] U.O. Otorino-laringoiatria, Dip. Testa-Collo, Azienda Osp. Univ. "San Martino", Genova

Scopo. La prevalenza dell'ipoacusia aumenta notevolmente con l'avanzare dell'età: circa il 25% dei soggetti di età compresa fra i 50 e i 60 anni hanno una soglia uditiva maggiore di 30 dB in almeno un orecchio e il 50% dei soggetti maggiori di 85 anni riferiscono una riduzione dell'udito. L'ipoacusia peggiora la qualità della vita dell'anziano non permettendo quelle interazioni sociali quotidiane che sono necessarie per un'esistenza indipendente e influendo negativamente sul benessere psicologico della persona anziana. Alcuni lavori della letteratura descrivono miglioramenti clinici dopo interventi mirati sullo stato sensoriale. Obiettivo dello studio è valutare se una corretta riabilitazione protesica dell'udito in pazienti anziani comorbidi e affetti da depressione possa migliorare i sintomi depressivi, lo stato cognitivo e funzionale e la qualità della vita. Inoltre è stato anche valutato se vi erano ripercussioni sulla vita del *caregiver*.
Materiali e metodi. Lo studio prevede il reclutamento di pazienti ultrasettantenni, comorbidi (almeno tre patologie croniche) affetti da ipoacusia e

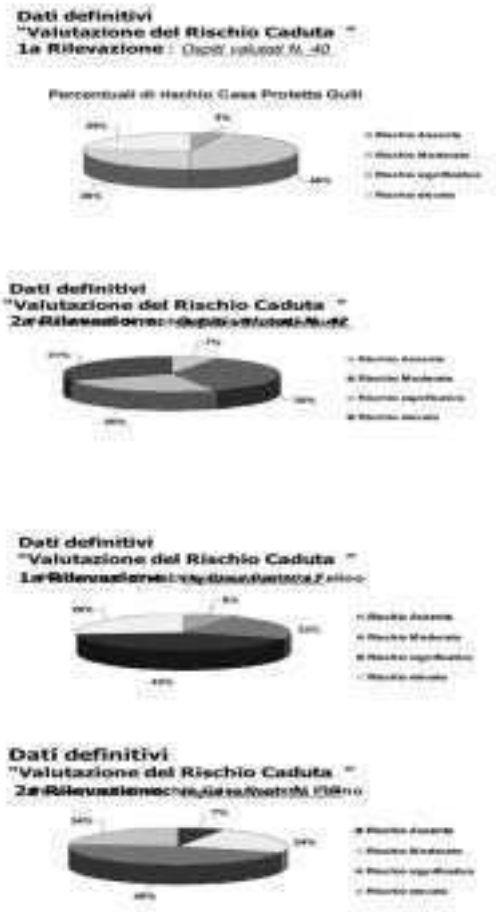
depressione, ma senza decadimento cognitivo (punteggio minimo al MMSE di 24/30). Sono stati finora reclutati 6 pazienti (2 donne e 4 uomini) con età media di 78 (± 4 SEM) anni. Sono state somministrate scale di valutazione dello stato cognitivo (MMSE e CDT), dello stato dell'umore (CES-D), dello stato funzionale (ADL, IADL), della qualità della vita (SF-36). Inoltre è stata utilizzata una scala (CBI) per la valutazione dello stato di stress del *caregiver*, quando presente. Ai pazienti, giudicati favorevolmente dallo specialista ORL per una protesi, sono state prescritte e fornite protesi acustiche binaurali digitali programmabili di ultima generazione (Ditta Linear Srl, Genova) ed eseguiti nuovamente i test di controllo a un mese dalla protesizzazione.
Analisi statistica: I risultati delle valutazioni sono espressi come media ± errore standard della media. Per la comparazione statistica sono stati utilizzati test non parametrici: il test di Wilcoxon per dati appaiati per il confronto tra punteggi al tempo zero e dopo un mese.
Risultati. I dati da noi ottenuti fino ad oggi, relativi all'utilizzo delle protesi, non permettono considerazioni conclusive, tuttavia appaiono sufficienti a delineare alcune osservazioni molto interessanti. Al MMSE il punteggio medio è aumentato di circa 1 punto, mentre al CDT il punteggio medio è rimasto sostanzialmente invariato. Nei test per lo stato funzionale, i pazienti reclutati presentavano già alle valutazioni preliminari un ottimo punteggio medio ADL (6/6) che è rimasto invariato, mentre il punteggio medio della scala IADL è leggermente migliorato (da 5,1 ± 0,5 a 5,6 ± 0,4). I risultati più confortanti sono stati quelli ottenuti nella scala di valutazione per la depressione (CES-D: 27,7 ± 2,0 *vs.* 16,0 ± 2,8, $p < 0,05$). Già dopo un solo mese i pazienti hanno migliorato nettamente il tono dell'umore e ridotto i sintomi depressivi. Inoltre si è notata una certa riduzione dello stress del *caregiver* (n = 4 CBI: 9,25 ± 6,29 *vs.* 6,50 ± 4,3) che tende a confermare la nostra ipotesi di beneficio delle protesi acustiche anche in pazienti molto anziani. I risultati ottenuti al questionario SF36 rivelano un netto miglioramento in quasi tutti i domini esplorati dalla scala, confermando un avanzamento della qualità della vita.
Conclusione. I risultati delle valutazioni eseguite a circa un mese dall'inserimento delle protesi, anche se su un campione ridotto, hanno fornito risultati incoraggianti suggerendo che il deficit sensoriale spesso è causa di sintomi depressivi, di scarsa qualità di vita dell'anziano e di difficili rapporti con il *caregiver*, che, con buona probabilità, possono essere corretti o almeno migliorati con protesi adeguate.

Risk management: il rischio di cadute nelle strutture protette

G.L. Boldrocchi, M. Fornari[1], G. Gelmini[2], B. Gorreri[3], G. Mantovani[4], C. Cavalli[5], F. Torelli[6], A. Marino[7], L. Ralli[8]

Direttore U.O.C. Geriatria Territoriale AUSL Parma, [1] Dirigente Direzione Sanitaria AUSL Parma; [2] Direttore Sanitario Struttura Protetta di Casalbuttano Cremona; [3] Medico Diagnosi e Cura Struttura Protetta Parma; [4] Coordinatore Corso di laurea in Fisioterapia Università di Parma; [5] Referente Fisioterapista Programma Geriatria Territoriale AUSL Parma; [6] Fisiatra; [7] Infermiera Referente strutture protette AUSL Parma; [8] Coordinatore infermieristico strutture protette AUSL Parma

Scopo. Il rischio di cadute nell'anziano è strettamente correlato al rischio di fratture del femore, le cui complicanze rappresentano la quinta causa di morte dopo patologie vascolari, neoplastiche e respiratorie. Intraprendere azioni di prevenzione concrete, facilmente applicabili e a costi contenuti.
Materiali e metodi. Protocollo sperimentale dell'AUSL di Parma applicato in due strutture per anziani: "Felino", "Gulli". Progetto basato sulla centralità della persona e approccio multidimensionale ai suoi problemi. Valutazione dei fattori di rischio più significativi attraverso l'uso di una scheda predisposta ad hoc. Scheda di rilevazione del rischio corredata da un "manuale d'uso" contenente indicazioni sulle corrette modalità di compilazione, comprese le scale multidimensionali fornite ai professionisti delle strutture. Valutazione delle variabili andatura ed equilibrio: "Tinetti", "Trunk Control Test"; Disturbi Cognitivi: "SPMSQ"; Deficit Funzionali: "Barthel"; valutazione di vista, udito e dei farmaci. Periodicità della valutazione: all'ingresso e contestualmente all'aggiornamento del PAI.
Risultati. Valorizzazione del lavoro multiprofessionale, integrato, interdisciplinare e prevenzione del rischio cadute.



Conclusione. Conoscenza dei motivi di rischio cadute, attuazione di interventi individuali e di prevenzione. Correzione di comportamenti a rischio attraverso tecniche di rieducazione e/o l'utilizzo di ausili mirati o attraverso modifiche ambientali. Trasferibilità del progetto ad altre strutture.

Rischio caduta per mancanza di controllo del tronco

Rischio caduta per asimmetria del carico

Bibliografia

Perry J. *Analisi del movimento*. Ed: Elsevier.
Davies PM. *Passo dopo passo*. Ed: Springer.
Prevencion and management of hip fracture in older people. A national scottish guidelines 2002.
Proposed review of sign guideline 2005.
Sahrmann SA. *Valutazione funzionale e trattamento delle sindromi da disfunzione del movimento*. Ed: UTET.
Kendall FP. *Muscoli: funzioni e test*. Ed: Verduci.

RSA "San Raffaele Modugno": un giardino terapeutico intensive care

M. Bonerba, A. Bertolini[1], M.L. Addante[2], T. Balsamo[3], S. Scarongella[4]

Ingegnere resp. Ufficio tecnico Consorzio "San Raffaele"; [1] Direttore generale Consorzio "San Raffaele"; [2] Coordinatore sanitario Consorzio "San Raffaele"; [3] Responsabile stampa/marketing Consorzio "San Raffaele"; [4] architetto

Scopo. Il progetto mira a garantire la fruizione di ambienti outdoor, progettati per fungere da supporto terapeutico a persone affette dal morbo di Alzheimer, anche in condizioni meteorologiche sfavorevoli o durante la stagione invernale. Molto spesso, infatti, nel design dei giardini terapeutici viene completamente trascurato questo aspetto e dunque la terapia all'aperto viene molto spesso confinata al giorno e ai mesi estivi. Il progetto prevede il godimento degli ambienti esterni anche in assenza di luce solare, dunque in ore che d'inverno costituiscono una frazione importante della giornata e che d'estate rappresentano un notevole richiamo al vissuto dei pazienti originari delle regioni del Sud Italia.

Materiali e metodi. Lo studio si concentra sull'adeguamento dell'area a verde afferente alla Rsa "San Raffaele" Modugno (Bari), da riqualificare integralmente, essendo originariamente di pertinenza di un ospedale generico. Dal punto di vista botanico e di gestione degli spazi il giardino non si differenzia dai canoni standard adottati per gli ***healing gardens***. Si pianterà dunque vegetazione edibile, odorosa, dai colori vivaci, tipica della zona ove è ubicata l'area a verde, che nella fioritura esprime in modo ben definito il trascorrere delle stagioni. I percorsi sono studiati per supportare l'attività di *wandering* dei pazienti con le canoniche isole occupazionali (aromaterapia, ortoterapia, ecc.) nel completo rispetto delle normative e delle regole di buona progettazione che consentono la fruizione degli spazi esterni a portatori di disagi sia motori che percettivi.

I camminamenti saranno schermati dalle precipitazioni mediante coperture a botte in metacrilato traslucido che consentiranno di osservare il cielo e nelle stagioni fredde saranno confinabili ulteriormente mediante panelli di schermo montabili all'occorrenza che consentiranno un efficace riscaldamento dell'area di transito. L'impianto di riscaldamento verrà realizzato mediante l'utilizzo di pannelli radianti a pavimento. Tale tecnologia garantisce un'uniforme distribuzione del calore che dunque evita gradienti di temperatura e correnti d'aria potenzialmente dannosi per la salute del paziente ed è biosostenibile dati i ridotti consumi se confrontati con quelli degli impianti tradizionali.

L'illuminazione nelle ore buie sarà realizzata in modo da garantire una separazione cromatica tra le diverse aree terapeutiche, sarà uniforme per non causare abbagliamenti e intensa in accordo con alcuni recenti studi che documentano risultati terapeutici confortanti legati alla gestione della produzione notturna di melatonina dei malati affetti da demenza ricoverati in Rsa con incremento della quantità ormonale in circolo e corrispondente miglioramento del ritmo sonno veglia.

Risultati. I risultati attesi consistono *in primis* nella maggiore compensazione della tipica alterazione dei ritmi circadiani di cui soffrono i pazienti Alzheimer. L'attività motoria infatti, possibile in questo giardino ogni giorno e ad ogni ora dell'anno, dovrebbe contribuire a ridurre l'agitazione e l'aggressività del paziente modulando verso il basso la pulsione al *wandering*, migliorare la forma fisica e abbassare l'impatto farmacologico. Questa tipologia di giardino consentirà nel tardo pomeriggio, dunque anche nelle ore buie, di svolgere una riabilitazione neuro motoria adeguata che dovrebbe contribuire a favorire il sonno notturno importante nella stabilizzazione della malattia secondo quanto affermato da diversi autori.

Altro risultato atteso consiste nei perfezionamenti di natura logistico/organizzativa legati all'aggiunta di un nuovo spazio terapeutico supplementare da sfruttare a tutti gli effetti in qualsiasi ora/stagione e non occasionalmente come usualmente accade nei casi di aree a verde *outdoor*.

Conclusione. L'idea, dal punto di vista terapeutico si presta a consentire agli operatori di provare l'efficacia della percezione da parte dei pazienti di eventi che senz'altro rappresentano parte del loro vissuto ma difficilmente ripetibili indoor: si pensi all'ascolto della pioggia sul proprio capo piuttosto che all'osservazione del cielo notturno.

L'aspetto progettuale si presenta stimolante in quanto consistente nell'adeguamento di spazi preesistenti e destinati in precedenza ad attività assistenziali di altro tipo. Queste difficoltà ambientali da sempre rappresentano una sfida per i designer e i medici e catalizzano la concezione di sempre nuove e adeguate soluzioni.

Bibliografia

Mace NL, Rabins PV. *The 36-hour day: a family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press c. 1981.

England A. *Come assistere i pazienti affetti da demenza senile". Alzheimer's disease society*. Roma: Primerano 1989.

Riemesma RF, et al. *Effect of bright light and Melatonin on cognitive and non-cognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial*. JAMA 2008.

Architettura per l'Alzheimer – il malato di Alzheimer e l'ambiente. Centro Interuniversitario di ricerca TESIS, Università di Firenze, Firenze 2002.

Gli anziani in Pronto Soccorso. Gli accessi nel 2007 presso l'Ospedale di Rovereto

M. Boni, P. Iseppi[1], S. Minervini, R. Girardello

SSN, APSS Trento, U.O. Geriatria; [1] U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Ospedale "S. Maria del Carmine", Rovereto

Introduzione. L'incremento demografico della popolazione anziana sta avendo significative ripercussioni su tutto il sistema dei servizi socio-sanitari. In questo contesto anche l'accesso al Pronto Soccorso (PS) può rappresentare per l'utente e la sua famiglia un tentativo di soluzione a problematiche acute o croniche, gravate molto spesso da situazioni socio-assistenziali precarie, che non trovano risposte adeguate a livello territoriale [1]. D'altro canto una corretta impostazione metodologica ed un attento coordinamento con le altre strutture sanitarie ospedaliere e distrettuali può aiutare a migliorare l'appropriatezza e la qualità degli interventi. L'Ospedale "S. Maria del Carmine" di Rovereto è il nosocomio di riferimento per il basso Trentino, con un bacino di utenza di oltre un quarto degli abitanti dell'intera Provincia.

Materiali e metodi. Lo scopo del nostro lavoro è stato di valutare la casistica di pazienti anziani afferenti al PS dell'Ospedale di Rovereto nel corso del 2007. Abbiamo quindi esaminato i dati presenti nel sistema informativo del PS del nostro ospedale relativi ai pazienti ultra settantenni. La quantità di informazioni raccolte è stata notevole. Presentiamo in questa sede le risultanze più rilevanti dal punto di vista dell'interesse epidemiologico e geriatrico.

Risultati. Nel 2007 si sono contati 36.657 accessi al PS dell'Ospedale di Rovereto. Di questi, 29.973 (81,8%) riguardavano utenti con meno di 70 anni, 6.684 (18,2%) soggetti di 70 anni e oltre. Il 70% degli accessi dei pazienti anziani è stato diretto, il 18% con richiesta del medico curante, il 5% con richiesta della guardia medica; il 2% dei pazienti era proveniente dalle RSA del comprensorio. La maggior parte dei pazienti erano donne (58,4%); la classe di età più rappresentata quella tra gli 80 e gli 84 anni. Per quanto riguarda il *triage* dei pazienti, nella popolazione ultra settantenne la percentuale di codice giallo e rosso è risultata sensibilmente più elevata rispetto agli utenti più giovani (rispettivamente 32,3% *vs.* 10,7%, e 2,8% *vs.* 0,4%). Le consulenze espletate sono risultate principalmente quelle cardiologiche (1321 – 34,7%), seguite da quelle ortopediche (1006 – 26,4%), oculistiche (397 – 10,4%), ORL (290 – 7,6%) e neurologiche (264 – 6,9%), al sesto posto le consulenze geriatriche (97 – 2,5%). Gli accertamenti strumentali eseguiti hanno compreso esami di laboratorio (4277 – 47,5%), esami di radiologia tradizionale (3501 – 38,9%), tomografie computerizzate (933 – 10,4%) ed ecografie (299 – 3,3%). La maggioranza dei pazienti (3958 – 59%) è stata rinviata a domicilio, 2237 (33,5%) sono stati ricoverati, in Geriatria (936 – 41,8%) e Medicina (533 – 23,8%). 933 pazienti ultra settantenni (14% del totale) sono stati trattenuti presso la Sezione di Osservazione Breve; di questi, 593 (63,6%) sono stati quindi rinviati a domicilio, 265 (28,4%) ricoverati. 146 pazienti provenivano dalle strutture residenziali del comprensorio; di questi 59 (40,4%) sono stati rinviati a domicilio, 85 (58,2%) sono stati rico-

verati. Il tempo di attesa per la prima valutazione è stato di 15 minuti nel 57,8% dei casi, di 30 minuti nel 16,8% dei casi, di un'ora nel 13,7%.

Discussione. Dai dati presentati si possono trarre alcune considerazioni di carattere generale. Nella popolazione anziana sono più frequenti rispetto alle età più giovani le situazioni di emergenza sanitaria (26,1% *vs.* 3,2% di codice giallo-rosso). Il 70% dei pazienti accede direttamente al PS senza una preliminare valutazione da parte del Medico di Medicina Generale. La percentuale di ricoveri è in linea con i dati nazionali [2 3]. I ricoveri in ambiente geriatrico/medico sono la parte preponderante, costituendo circa i due terzi dei ricoveri totali. I tempi di attesa presso il nostro PS, prima della valutazione medica sono per il 74,6% entro i 30 minuti; i tempi di permanenza totale presso il PS sono solo per il 38,3% superiori alle 3 ore. Interessante il ruolo svolto dalla sezione di "Osservazione breve" in quanto quasi due terzi dei pazienti vengono dimessi a domicilio. Una struttura come il PS può risultare strategica nel rendere più organico e coerente il flusso degli utenti anziani all'interno dell'ospedale. Esistono margini di miglioramento: la valutazione multidimensionale, cardine della prassi geriatrica, associata ad una stretta collaborazione con i servizi territoriali, può essere il punto di forza per dare risposte adeguate ad una richiesta sempre crescente. Uno sforzo di maggiore integrazione va indirizzato alla popolazione residente in RSA.

Bibliografia

1 Salvioli G, Foroni M. *La Medicina della Complessità, la Medicina Interna e la Geriatria*. Giornale di Gerontologia 2008;56:1-10.

2 Barletta C, Asta C, Francesco B, Melchio R, Simeoni C, Randelli M, et al. *Analisi descrittiva sulle attività e organizzazione della Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza in Italia*. SIMEU J 2007.

3 Mussi C. *La demenza nell'Ospedale per acuti*. 52° Congresso Nazionale S.I.G.G., Firenze 28 novembre – 2 dicembre 2007.

I servizi territoriali: luci ed ombre di un percorso assistenziale

A. Bove, C. Costagliola, B. De Micco, G. Monaco, A. Bove[1], F. Minieri[1]

Unità Operativa Assistenza Anziani ASL NA 1; [1]ADI DSB 52

Introduzione. *La Rete dei Servizi* Con questo termine si indica un'efficace sistema di continuità delle cure caratterizzato dall'integrazione tra prestazioni sociali e sanitarie, in grado di fornire una risposta soddisfacente ai molteplici bisogni dell'anziano fragile e disabile. Nel sistema di rete attualmente funzionante le modalità e le procedure assistenziali risultano spesso generiche e burocratiche, solo alcuni percorsi seguono una logica di efficienza e sono definiti da una procedura di presa in carico dell'utente.

Obiettivi. Abbiamo esaminato le caratteristiche degli utenti e le modalità operative del sistema di cure domiciliari allo scopo di evidenziare i punti deboli del percorso assistenziale.

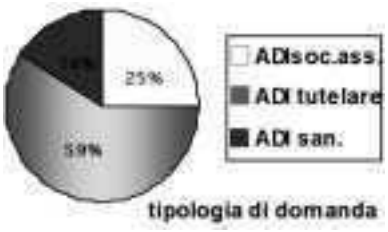
Materiale e metodi. L'unità organizzativa dell'assistenza domiciliare all'anziano fragile e/o disabile è costituita dagli organismi integrati territoriali: la porta unica di accesso (PUAT), ad essa vanno indirizzate le richieste degli utenti con bisogni complessi che necessitano di una VMD e della presa in carico; l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), che mediante la valutazione dei bisogni sanitari e socio assistenziali propone un piano di interventi personalizzato; il Coordinamento socio-sanitario, che svolge anche funzione di regolamentare il percorso assistenziale in relazione all'evoluzione dei bisogni del paziente. La proposta di accesso al servizio è formulata dal MMG o dall'Assistente Sociale del Comune su idonea modulistica. Sono state esaminate 63 proposte di accesso, presentate dai MMG nel periodo dicembre 2007-maggio 2008, pervenute presso la PUAT del DSB 52 della ASL NA 1.

Risultati.

Tab. I. Caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione esaminata.

n° utenti	Età media	Maschi	Femmine	Vedovi	Badante	Conviventi
63	75 anni	30 (48%)	33 (52%)	20 (38%)	11 (17%)	16 (25%)

Tipologia di domanda e problematiche evidenziate alla VMD.



Problematiche evidenziate alla VMD	
Non autosufficienza ADL/IADL	90%
Lesioni da decubito	59%
Portatori di stomia	10%
Medicazioni post-chirurgia	10%
Altro (terapia infusiva, cambio catetere, FKT)	21%
Non eleggibili	15 casi (24%)

Delle 63 proposte pervenute, 15 sono risultate non eleggibili, per 48 utenti sono stati attivati interventi sanitari e sociali/tutelari per un periodo medio di 3 mesi. In 33 casi (52%) la tipologia di interventi richiesta dal MMG/AS veniva confermata dall'équipe multidisciplinare. Il 40% delle proposte formulate dai MMG è in realtà indotta dai familiari dell'anziano disabile, le motivazioni più frequenti sono rappresentate dal disagio economico e dalla possibilità di usufruire gratuitamente di personale qualificato. In alcuni casi (19%) il bisogno sanitario era incongruo, con lo scopo di by-passare le liste di attesa sociali.

Nel modello di assistenza domiciliare così disegnato alcuni punti devono essere rivisti:

- il MMG costituisce l'accesso privilegiato alla rete assistenziale, con il compito non sempre facile di identificare i soggetti fragili/disabili e di stabilire una strategia di gestione del paziente. Per alcuni l'attivazione dell'ADI rappresenta un modo per scaricare sui servizi distrettuali un paziente difficile;
- il cartaceo è dispersivo e ridondante di informazioni generiche che rendono difficoltosa la fase valutativa e l'identificazione degli ***end-points*** assistenziali;
- i diversi ***settings*** assistenziali hanno una modalità di gestione variabile e non unificata, ostacolando la continuità delle cure;
- vi è una notevole carenza di personale dedicato sia nel comparto sociale che sanitario e mancano figure professionali di raccordo come il ***case-manager***.

Conclusioni. È indispensabile che la continuità delle cure sia garantita dalla presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni ed il distretto rappresenta il luogo privilegiato in cui si realizza l'integrazione dei servizi in senso trasversale (favorendo il passaggio da un servizio all'altro in relazione ai diversi bisogni dell'utente). In realtà procedure e modalità operative sono proposte ancora in modo estemporaneo e frammentato, con un non favorevole rapporto costo-beneficio e nella maggior parte dei casi è affidato al familiare il difficile compito di decidere la prosecuzione del percorso assistenziale.

Malattia di Alzheimer: predisposizione, prevenzione e terapie farmacologiche

V. Brucato, G. Belvedere, A. Di Prima, M. Ferlisi, A. Lo Bue, V. Picciolo, A. Giunta, S. Largueche, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

La Malattia di Alzheimer (AD) e la Demenza Vascolare (VaD) sono le demenze più comuni nell'anziano, spesso presenti contemporaneamente a causa di alcune caratteristiche in comune. Un approccio geriatrico multidimensionale è necessario per porre la diagnosi, identificare le patologie, e per pia-

nificare una cura. La gravità delle deficienze cognitive, lo stato funzionale, la patologia somatica e la prognosi fanno parte delle scelte cliniche sul tipo, intensità e messa in atto del trattamento. La conservazione delle abilità cognitive e funzionali, come pure l'eliminazione dei sintomi comportamentali, migliorano la qualità della vita sia per i pazienti sia per coloro che se ne prendono cura. L'efficacia delle terapie nell'anziano si basa sulla capacità cognitiva, l'abilità funzionale, il comportamento e i sintomi psicologici. La tollerabilità e la sicurezza sono molto importanti. I dati epidemiologici suggeriscono che una serie di fattori di rischio, genetici, stili di vita e l'utilizzo di alcuni farmaci possano associarsi a varie forme di demenza. Tutte queste situazioni devono essere prese in considerazione prima di iniziare una terapia. Infatti, il controllo della pressione arteriosa riduce il rischio di demenza; le dislipidemie sono state associate alla demenza nelle fasi iniziali e farmaci come gli anticolinergici e i neurolettici, specie per terapie prolungate sono stati messi in relazione alla demenza. Gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (AcheI) sono i farmaci approvati nelle fasi lieve e moderata dell'AD: oggi il Donepezil, la Galantamina e la Rivastigmina sono disponibili e il loro uso si basa sui risultati ottenuti da ***trials*** clinici controllati e su metanalisi. Molti studi hanno mostrato i benefici terapeutici sulla capacità cognitiva degli AcheI. La Memantina (M), antagonista dei recettori del N-metil-D-Aspartato, che ha effetto sulla trasmissione del glutammato, è stato approvato per l'uso in situazioni di AD grave in diversi Paesi. La Memantina è usato anche se con esiti controversi sulla turbe dell'umore e per i sintomi psicocorrelati. I farmaci anti-infiammatori, il Ginko-Biloba e la vitamina E sono ampiamente usati senza la conferma della loro efficacia negli stati di pre-demenza e anche nella patologia conclamata.

Gli estrogeni sembravano diminuire il rischio della progressione di numerose malattie croniche neurologiche grazie alla neuroprotezione mediata dell'Apoliproteina E, ma oggi l'utilizzo di questi composti è discusso e in disuso. L'alimentazione a base di pesce ricco di acidi grassi omega3 è stata usata nel MCI e nella demenza ma i risultati dell'uso nella patologia conclamata sono controversi.

Il rapporto tra le variazioni nei livelli di omocisteina, di vitamine e la risposta al trattamento non è ancora stabilita. L'amiloide }-peptide è un fattore patologico determinante di AD: un nuovo approccio ora in studio si basa sull'inibizione della produzione di A}P via anticorpi contro la secrezione } che avviene su APP.

Studi recenti enfatizzavano l'importanza dell'accumulo intraneuronale principalmente di A}42 come un primo mutamento nella patogenesi dell'AD.

La considerevole riduzione dell'intracellulare A}P mediata dagli anticorpi anti-} suggerisce che questo approccio può diventare una nuova strategia terapeutica nel trattamento di AD. Un altro farmaco sperimentale, la phenserina, ha dimostrato l'efficacia nella riduzione di A}1-42 con una modificazione positiva in ADAS-cog ***score***.

Ciò di cui si ha bisogno sono nuovi agenti farmacologici in grado di apportare lo stesso miglioramento a più persone oppure che trattino lo stesso numero di persone con grande efficacia. Oggi molti malati mostrano un miglioramento, anche lieve, quando sono sottoposti al trattamento. Anche un piccolo miglioramento, o la stabilizzazione della malattia per un periodo relativamente lungo può essere comunque considerato una risposta al trattamento.

Bibliografia

Mecocci P, Cherubini A, Senin U. ***Invecchiamento cerebrale, declino cognitivo, demenza, un continuum?*** Roma: Critical Medicine Publishing editore 2002.

Affettività e sessualità in età avanzata

C. Buizza, C. Cristini

Sezione di Psicologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia

Scopo della ricerca. Esaminare la letteratura scientifica esistente in tema di affettività e sessualità in senescenza, analizzandone i principali fattori coinvolti e privilegiando un orientamento che evidenzi la fondamentalmente natura psichica del fenomeno.

Materiali e metodi. È stato condotto uno studio bibliografico su alcuni database elettronici (MEDLINE, PubMed, EMBASE, PsychINFO), combinando tra di loro le seguenti parole chiave: sexuality, affect, aging, later life, sexual functioning, sexual expression, old people.

Risultati. Gli studi presenti in letteratura evidenziano che le esigenze sessuali delle persone anziane sono sostanzialmente simili a quelle dei giovani, anche se presentano alcune variazioni rispetto a frequenza, intensità e modalità di espressione. Dalla bibliografia esaminata emerge che l'atteggiamento della persona anziana verso l'affettività e la sessualità è condizionato da molteplici fattori, sia di natura qualitativa che quantitativa. È pertanto impossibile tracciare un profilo comune della sessualità in senescenza, poiché esiste un'ampia variabilità individuale. La vita sessuale e affettiva in età senile non solo, non scompare, ma si evolve, si manifesta e può essere vissuta in armonia con tutte le altre espressioni della personalità, in continuità con il proprio percorso esistenziale; quale sistema di linguaggio e comunicazione interpersonale, la sessualità può perfezionarsi, rafforzarsi e arricchire la qualità delle relazioni umane nell'anziano. Gli studi analizzati rilevano che gli anziani attribuiscono alla sessualità un ruolo significativo, quale espressione più intima del rapporto con il partner 1 2. Alcuni studi focalizzati sullo studio degli atteggiamenti verso la sessualità hanno evidenziato che essi hanno un'immagine tendenzialmente negativa di sé, percependosi come meno attraenti rispetto alle persone più giovani e poco qualificate ad usufruire del piacere sessuale 3 4. È probabile che a ciò abbia concorso l'idea diffusa che individua nella bellezza fisica il primum movens che spinge a provare attrazione verso un'altra persona. In tal senso, le modificazioni a carico dei tratti somatici, legate ai processi di invecchiamento, influirebbero negativamente sull'attrazione fisica, facilitando l'affievolirsi della sessualità in età senile. Tuttavia, come rilevato da alcuni studi 5, l'attrazione sessuale è una risposta complessa, che coinvolge meccanismi biologici ereditati, condizionamenti culturali e variabili psicologiche soggettive, peculiari di ciascun individuo. Pertanto, e più in generale, il rapporto che la persona anziana intesse con la propria sessualità e quanto essa potrà essere soddisfacente non può prescindere da una attenta esamina di una multifattorialità di elementi, che sono connessi all'intero ciclo di vita. I dati della letteratura rilevano inoltre che in età avanzata le donne presentano un maggior declino del desiderio sessuale rispetto agli uomini e che questi ultimi soffrono maggiormente per le conseguenze degli effetti fisiologici correlati all'età 6. Ciò sembra essere determinato dal fatto che molti di loro hanno interiorizzato un modello giovanile di sessualità coitale, in cui l'erezione e la capacità di avere rapporti sessuali frequenti sono considerati gli aspetti maggiormente qualificanti la propria vita erotica. A ciò si aggiunga che nella mentalità comune la sessualità viene spesso ad assumere lo stesso significato attribuito alla genitalità. Nelle credenze popolari sessualità e genitalità coincidono; tale idea riduttiva può pertanto condurre la persona anziana a sviluppare inadeguate aspettative sulla propria funzione sessuale. Parlare di sessualità e affettività nella persona che invecchia implica innanzitutto affrontare i temi legati all'identità e alle difficoltà che in senescenza influenzano una soddisfacente realizzazione di sé, in rapporto anche alle modificazioni corporee correlate al trascorrere degli anni. La dimensione emotiva e sessuale rappresentano un fattore rilevante per la qualità della vita dell'anziano e sono in relazione soprattutto con lo stato di benessere psico-fisico e di serenità ambientale che egli sperimenta. Più in generale è possibile affermare che il soddisfacimento per la propria vita sessuale assume in senescenza una dimensione ancora più significativa di quella che riveste in età adulta: la persona anziana, come ogni altra, ha bisogno di continuare a sentirsi amata, a percepire attenzione e affetto intorno a sé, a continuare a sentirsi soggetto e oggetto di interesse sessuale 7.

Conclusioni. La sessualità non cessa di rappresentare, anche in vecchiaia, una modalità di linguaggio e di relazione, mantenendo e arricchendo il valore simbolico di una comunicazione non verbale della dimensione affettiva. Da quanto riportato emerge l'importanza di promuovere iniziative di educazione e di informazione verso i temi della sessualità e dell'affettività nelle persone anziane, al fine di fornire corrette e più consapevoli conoscenze. Si evidenzia, inoltre, la necessità di sviluppare iniziative di formazione rivolte agli operatori che lavorano in questo ambito, al fine di implementare

un orientamento multidimensionale di cura e assistenza. Solo attraverso la diffusione di una sensibilità nuova verso queste tematiche sarà possibile favorire l'affermazione di un diritto alla salute, affettiva e sessuale, che non ha limiti di età.

Bibliografia

1. Papaharitou S, Nakopoulou E, Kirana P, Giaglis G, Moraitou M, Hatzichristou D. *Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek Married older adults.* Arch Gerontol Geriatr 2008;46:191-201.
2. Hajjar RR, Kamel HK. *Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression*. J Am Med Dir Assoc 2004;5(Suppl 2):S42-7.
3. Wasow M, Loeb MB. *Sexuality in nursing homes*. J Am Geriatr Soc 1979;27:73-9.
4. Catania JA, White CB. *Sexuality in aged samples: cognitive determinants of masturbation*. Arch Sex Behav 1982;11:237-345.
5. Buizza C, Imbasciati A. *La dimensione psicosomatica dell'attrazione sessuale: una rassegna della letteratura.* Rivista di Sessuologia 2007;31:82-8.
6. Beutel ME, Stobel-Richter Y, Brahler E. *Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey*. BJU International 2008;101:76-82.
7. Meuris S. *Elderly peoplés sexuality*. Rev Med Brux 2007;28:356-8.

Progetto "Dimissione protetta" in struttura residenziale in presenza di "dimissioni difficili": costruzione di un percorso

G. Cadeddu

U.O. Lungodegenza post-acuzie, INRCA, Ancona

Introduzione. L'invecchiamento della popolazione e la nuova organizzazione sanitaria basata sulla aziendalizzazione degli ospedali hanno indotto a progettare nuovi modelli di assistenza basati sulla continuità, al fine di cercare di risolvere nel modo più appropriato possibile il problema delle "dimissioni difficili". L'*outcome* è la presa in carico del paziente durante l'intero arco della vita che si realizza attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali all'interno di un sistema a rete, allo scopo di fornire percorsi assistenziali personalizzati.

Alla dimissione, una volta superata la fase post-acuta e ottenuta la stabilizzazione clinica del paziente, nell'ottica di garantire la continuità delle cure e favorire forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero, si rende pertanto necessario sviluppare un Progetto di "Dimissione protetta" al fine di individuare il *setting* assistenziale più idoneo in base alla prevalente valenza sanitaria o sociale del paziente (RSA, Residenza Protetta, Casa di Riposo, *Hospice*, Riabilitazione Intensiva). Tale percorso viene pianificato somministrando alla dimissione lo strumento geriatrico della Valutazione Multidimensionale, a garanzia dell'effettiva appropriatezza dell'indicazione, che permette di quantificare il carico assistenziale individuale e di fornire quindi informazioni per la programmazione dei servizi da erogare (PAI).

La valutazione, la comunicazione e la pianificazione della dimissione costituiscono i tre elementi fondamentali della dimissione protetta.

Finalità. Garantire la continuità assistenziale ai pazienti anziani fragili.

Integrare la rete dei servizi socio-sanitari territoriali.

Ridurre la durata di degenza ospedaliera accelerando il *turn-over* dei pazienti.

Eliminare le dimissioni "selvagge".

Ridurre le riammissioni ospedaliere improprie.

Costruzione di un percorso. *Fase 1.* Colloquio preliminare con i famigliari e soprattutto con il *caregiver* del paziente allo scopo di fornire informazioni sullo stato clinico, accertare le eventuali criticità della famiglia, condividere l'inserimento in una struttura residenziale e programmare la dimissione.

Fase 2. Invio del *caregiver* a colloquio presso le Assistenti Sociali del nostro Istituto con l'indicazione della struttura residenziale più idonea in base allo stato clinico e al carico assistenziale.

Fase 3. Compilazione cartacea su modello dell'ASUR Marche da parte del medico dell'U.O. di una richiesta di ricovero presso una struttura residenziale (RSA o Residenza Protetta) ed invio tramite Fax della suddetta proposta all'Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale (UVGT). Tale scheda di segnalazione contiene dati anagrafici, requisiti di ammissione e tutte le informazioni cliniche relative al paziente (diagnosi, tipo di assistenza richiesta, terapia farmacologia in atto, ausili necessari).

Fase 4. Il medico geriatra responsabile dell'assistenza territoriale valuta la richiesta, interagisce con i medici dell'U.O. di Lungodegenza post-acuzie e decide in via definitiva la struttura residenziale più idonea in base alla complessità clinica e ai minuti di assistenza necessari.

Fase 5. In presenza della disponibilità di accesso, si procede alla dimissione del paziente nel presidio residenziale indicato, con stesura di una lettera al Medico di Medicina Generale ovvero, quando presente, al Direttore Sanitario della struttura, in cui viene indicato: terapia farmacologia in atto con orari di somministrazione, schema di medicazione delle lesioni da decubito, nutrizione artificiale (enterale o parenterale), data di sostituzione del catetere vescicale, data di inserzione del catetere venoso centrale, trattamento riabilitativo in atto.

Indicatori.

- Rapporto tra n° di dimissioni protette in struttura residenziale e dimissioni totali;
- rapporto tra n° di riammissioni e n° di pazienti dimessi mediante dimissione protetta;
- n° di giornate intercorse in media tra l'invio della scheda di segnalazione e l'effettiva dimissione.

Criticità riscontrate alla dimissione.

- Tempi di attesa lunghi tra l'invio della scheda di segnalazione e il ricovero in struttura residenziale (carenza di posti letto, basso *turn-over* dei pazienti in residenza);
- difficoltà nella fornitura di presidi ed ausili;
- insufficiente informazione dell'utenza circa i servizi erogabili a livello residenziale.

Conclusioni. Da quanto sovraesposto, emerge la criticità della mancata attivazione di una struttura residenziale dedicata all'INRCA che, se opportunamente medicalizzata, potrebbe ridurre la frattura fra ospedale e territorio, accelerando il turn-over delle U.O. per acuti e garantire quindi, integrando la rete dei servizi socio-sanitari, una continuità assistenziale. Si completerebbe così il percorso delle cure del paziente ricoverato nel nostro Istituto, che una volta esaurita la fase acuta, verrebbe trasferito in Lungodegenza post-acuzie e quindi, ottenuta la stabilizzazione clinica ed effettuato un ciclo di riattivazione motoria, potrebbe trovare la destinazione assistenziale più congrua in una struttura residenziale.

Amiloidosi cardiaca: una causa non comune di scompenso cardiaco nell'anziano. Descrizione di un caso clinico

G. Cama, R. Femia, G. Bonarrigo, G. Castagna, C. Nicita-Mauro, G. Basile

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Clinica di Medicina Geriatrica, Università di Messina

Introduzione. L'amiloidosi è una patologia rara che si caratterizza per l'accumulo in sede extracellulare di una proteina fibrillare, chiamata amiloide, in uno o più organi; pertanto è possibile distinguere forme localizzate e forme sistemiche.

Esistono tre forme principali di amiloidosi sistemica: primitiva, associata a mieloma e secondaria. Nei primi due casi i depositi di amiloide sono costituiti dalla regione variabile delle catene leggere (L) delle immunoglobuline, più spesso di tipo lambda che Kappa, e denominata amiloide AL. L'interessamento cardiaco è frequente nell'AL (35-50%) dove rappresenta la principale causa di morte. L'insufficienza cardiaca si manifesta in più del 25% dei casi.

Descrizione. Il caso clinico osservato si riferisce ad un uomo di 75 anni, affetto da epoca imprecisata da broncopneumopatia cronica enfisematosa e sottoposto nel 2003 ad intervento chirurgico di splenectomia per rottura di milza in seguito a trauma accidentale.

Nel settembre del 2007 riferisce insorgenza di astenia e modica dispnea da sforzo; l'esame ecocardiografico eseguito documentava ipertrofia ventrico-

lare sinistra con funzione sistolica preservata (FE 64%). In tale circostanza non venne prescritta alcuna terapia. Il paziente è stato ricoverato presso la nostra clinica nel marzo 2008 per la comparsa di dispnea ingravescente associata ad edemi declivi. L'ECG evidenziava ritmo sinusale di frequenza 78 b/min. bassi voltaggi nelle derivazioni periferiche, emiblocco anteriore sinistro, turbe della ripolarizzazione ventricolare. All'RX torace si rilevava grave quadro di cardiomegalia con congestione ilare, edema interstiziale e versamento pleurico bilaterale. L'ecocardiogramma mostrava un modesto versamento pericardico, cardiopatia ipertrofica concentrica con iperecogenicità miocardica, ipocinesia settale, danno diastolico e conservata funzione di pompa (FE 50%). Viene quindi eseguita RMN cardiaca nel sospetto di patologia infiltrativa miocardica, che risulta essere compatibile con quadro di amiloidosi cardiaca. Buona la risposta al trattamento diuretico con regressione della sintomatologia. Ad ulteriore supporto del sospetto diagnostico sono stati eseguiti i seguenti esami: immunofissazione sierica e urinaria; quantificazione delle catene leggere libere sieriche; proteinuria; velocità di filtrazione glomerulare; concentrazione sierica di NT-proBNP; ricerca di depositi di amiloide su agoaspirato di grasso periombelicale, agoaspirato osteomidollare. I risultati ottenuti hanno permesso di porre diagnosi di amiloidosi AL (IgA♣+ proteinuria di Bence-Jones ♣) a prevalente interessamento cardiaco ed iniziale interessamento renale. Ha praticato il primo ciclo di terapia con melphalan + prednisone.

Nel giugno ultimo scorso torna alla nostra osservazione per la ricomparsa, nonostante la terapia diuretica, degli edemi declivi e dispnea ingravescente. All'ECG viene riscontrata la presenza di fibrillazione atriale e l'ecocardiogramma evidenzia un'ulteriore riduzione della funzione globale di pompa (FE 35-40%). Scarsa riposta al trattamento diuretico per via parenterale.

Discussione. Lo SC è una delle patologie più frequenti tra gli anziani ospedalizzati, sostenuto prevalentemente da cardiopatia ipertensiva e/o ischemica determinante una disfunzione ventricolare diastolica e/o sistolica. Tuttavia una patologia rara, come l'amiloidosi a localizzazione cardiaca, può appalesarsi anche nel soggetto anziano come nel caso sopra descritto, nel quale si realizza un quadro di SC rapidamente evolutivo, dapprima con funzione sistolica preservata e successivamente compromessa, in assenza sia di patologie che di fattori di rischio cardiovascolari. La descrizione del caso clinico esposto suggerisce che in presenza di SC non sostenuto da condizioni patologiche note e con pattern ecocardiografico suggestivo di cardiopatia "infiltrativa" (disfunzione diastolica, aumento degli spessori parietali e iperecogenicità), anche nei soggetti anziani deve essere presa in considerazione l'ipotesi di amiloidosi cardiaca come causa di SC.

Paziente anziano e Day Surgery: una scelta conveniente?

E. Cantarini, E. Recchia, B. Romeo, A. Venezia, G. Bettelli, F. Lattanzio[1]

Servizio di Anestesia e Rianimazione, INRCA, Ancona; [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Introduzione. Nei prossimi decenni, l'invecchiamento della popolazione determinerà un forte incremento nella domanda di prestazioni chirurgiche, molte delle quali eseguibili in Day Surgery (DS). L'età avanzata è associata ad un incremento delle comorbidità e quindi ad un inquadramento in classi ASA (American Society of Anaesthesiologists) elevate. L'opinione che solo pazienti (pz) appartenenti alla I-II classe, ASA possano essere eleggibili per interventi eseguibili in regime di DS è stata messa in discussione negli ultimi 20 aa, ma a tutt'oggi, poche sono le evidenze in letteratura. L'appartenenza a classi ASA elevate, le comorbidità e le perplessità circa il grado di accettazione da parte dei familiari costituiscono i motivi più comuni in base ai quali i pz in età avanzata spesso vengono trattati in regime di ricovero ordinario anziché in DS, escludendo in tal modo, la possibilità di estendere anche a questa categoria di pazienti una metodologia chirurgica ad alto valore aggiunto.

Scopo. Obiettivo del presente lavoro è valutare se vi siano dati in letteratura che descrivano l'outcome clinico dei pz anziani sottoposti a DS in termini di eventi avversi perioperatori, ricovero non pianificato o mortalità postoperatoria, e quali siano i fattori predittivi di outcome sfavorevole in questa categoria di pz.

Materiali e metodi. È stata condotta una revisione della letteratura su Medline, utilizzando le parole chiave "ambulatory surgery" e "elderly" per il periodo gennaio 1999-gennaio 2008. Sono stati individuati 5 studi, dei quali 3 prospettici 1-3 e 2 retrospettivi 4 5. Gli studi, globalmente considerati, hanno esaminato un totale di pz pari a 603.410. L'età era compresa tra 65 e 101 aa.

Gli ***endpoints*** considerati dagli studi prospettici sono stati il tasso di ricoveri non pianificati e la ricorrenza di eventi avversi (EA) intra- e post-operatori: mentre dei due studi retrospettici, uno ha teso ad identificare i fattori di rischio di ricovero non pianificato o morte entro 7 gg dalla dimissione, e un altro ha analizzato la distribuzione della popolazione studiata in termini di classe ASA.

Risultati. L'analisi descrittiva dei lavori selezionati, evidenzia come l'età in quanto tale non costituisca elemento predittivo di ricovero non pianificato[1]. La frequenza degli EA cardiovascolari intra-operatori è risultata aumentata oltre i 65 aa in uno studio[2], mentre un altro[3] ha messo in evidenza che la frequenza di EA correla con l'età in maniera divergente, ossia aumenta linearmente con l'età per quanto riguarda gli eventi intra-operatori (respiratori e cardiovascolari), e diminuisce con l'età per gli eventi postoperatori (nausea, vomito, brivido, dolore). Sono risultati essere fattori di rischio di ricovero non pianificato o morte entro 7 gg dalla dimissione l'età > 85 aa, il ricovero ospedaliero negli ultimi 6 mesi e l'esecuzione dell'intervento in regime *office-based surgery*[4].

La distribuzione dei pz di età > 65 aa in termini di classe ASA è risultata compresa tra 2,3%[2] e 12%[5]. Complessivamente, la totalità degli studi considerati ha documentato che il tasso di complicanze peri-operatorie si incrementa con l'età, mentre manca evidenza che l'età rappresenti un fattore di rischio indipendente.

Conclusione. La presente analisi descrittiva mostra risultati complessivamente favorevoli al ricorso al DS nella popolazione geriatrica, sia considerando il decorso peri-operatorio, sia i ricoveri non pianificati, sia la mortalità a 7 gg dall'intervento. L'appartenenza ad una classe ASA > 2 non sembra costituire, di principio, un criterio oggettivo di esclusione dalla DS. Infine, l'età in quanto tale non pare rappresentare un fattore di rischio indipendente, se non al di sopra degli 85 aa. Ulteriori studi sono necessari per meglio definire i criteri di eleggibilità all'utilizzo del DS per la popolazione ultrasessantacinquenne.

Bibliografia

1 Fortier J, Chung F, Su J. *Unanticipated admission after ambulatory surgery*. Can J Anesth 1998;45:612-9.

2 Chung F, Mezei G, Tong D. *Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and yunger patients*. Can J Anesth 1999;46:309-21.

3 Chung F, Mezei G, Tong D. *Pre-existing medical conditions as predictors of adverse events in day-case surgery*. Br J Anaesth 1999;83:262-70.

4 Fleisher LE, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. *Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients*. Arch Surg 2004;139:67-72.

5 Aldwinkle RI, Montgomery JE. *Unplanned admission rates and post-discharge complications in patients over the age of 70 following day-case surgery*. Anaesthesia 2004;59:57-9.

Il labile confine tra psicosi e demenza presenile: un caso di fvFTD ad esordio precoce e a decorso atipico

A. Capasso, S. Buccelli[1], B. Daniele[2], F. Tuccillo, F. Sibilio, M. Femiano[3], M. De Luca, M. De Biasio

Centro specialistico per la diagnosi e cura delle Demenze, Distretto Sanitario 68, ASL Napoli 3; [1] Dottore in Psicologia; [2] Psicologo Dirigente; [3] Sociologo Dirigente

Scopi. Obiettivo del nostro studio è illustrare un caso di fvFTD che ha di peculiare: a) modalità d'esordio e tempi; b) progressione clinica; c) risposta al trattamento farmacologico. L'iter clinico terapeutico è stato influenzato da un episodio critico presente nella vita del paziente (pz) che ha deviato il focus diagnostico mascherando il processo degenerativo primario già in atto. In particolare i segni/sintomi patologici portavano ad una definizione di Sindrome depressiva reattiva grave con tratti psicotici secondaria ad episodio

di lutto familiare, ma con un ulteriore approfondimento neuropsicologico e strumentale/funzionale si è arrivati ad una diagnosi di degenerazione corticale a prevalente espressione fronto-temporale.

Materiali e metodi. Il soggetto C.A. di anni 52 si è presentato alla nostra osservazione con un quadro clinico di deterioramento cognitivo lieve associato a disturbi psico-comportamentali di grado moderato-severo e con una anamnesi positiva per sindrome depressiva di tipo reattivo. L'esame RM encefalo esibito non evidenziava alcuna patologia in atto. Per un'attendibile analisi diagnostica sono stati somministrati i seguenti strumenti orientativi neuropsicologici (MMSE, ADAS COG e non COG, FAB [1]; inoltre i seguenti tests per la valutazione delle funzioni cognitive: span di cifre, verbale, matrici attentive, fluenza verbale per fonemi, TOL, TMT, copia della figura di Rey; per la valutazione dei disturbi comportamentali: FBI [2]; per una più approfondita e sensibile valutazione strumentale/funzionale encefalica è stata eseguita PET-TC encefalo.

Risultati. L'esame PET-TC encefalo ha evidenziato una diffusa riduzione della captazione del tracciante a livello delle regioni corticali frontali e di minore entità a livello delle regioni temporali rispetto ai nuclei della base. Gli strumenti orientativi hanno mostrato una lieve compromissione cognitiva con maggiori difficoltà nei compiti frontali (MMSE = 26; FAB = 11; ADAS COG = 22). Una evidente compromissione si manifesta negli esami per la valutazione del profilo comportamentale (FBI = 45; ADAS non-COG = 28). I tests neuropsicologici per la valutazione delle funzioni esecutive mostrano deficit soprattutto in compiti che richiedono attivazione dorsolaterale, al contrario di quanto si evince in letteratura dove la compromissione dorsolaterale è stata descritta in una fase tardiva della malattia [3] (TOL PE = 0; TMT PE = 0; Fluenza Verbale Fonemica PE = 0; Span di cifre = 4; Span verbale = 3; Matrici attentive PE = 1; copia della figura di Rey PE = 2).

Conclusioni. Tale esperienza ci ha permesso di focalizzare due momenti fondamentali utili per dirimere il dubbio diagnostico (Psicosi-Demenza) in un soggetto in età adulta e per porre diagnosi clinica di fvFTD: a) l'esecuzione dell'esame PET-TC encefalo si è rivelata "fondamentale" per porre diagnosi nel caso clinico in oggetto; b) l'utilizzo di batterie e tests usuali (MMSE, ADAS, Span, Rey) deve essere necessariamente esteso ad altri, quali la FBI, FAB e TOL, molto più sensibili e specifici per la rilevazione di forme degenerative frontali. Inoltre, la peculiarità del caso clinico scaturisce: 1) dall'età di esordio (circa 50 anni) e modalità di presentazione (episodio reattivo conseguente a lutto); 2) progressione clinica (la fase iniziale è caratterizzata da deficit che interessano l'attivazione delle aree della corteccia frontale dorsolaterale oltre alla naturale compromissione orbitalemediale tipica in questi pz); 3) l'iniziale trattamento con farmaci SSRI (spesso utili nella fase precoce di fvFTD) ha peggiorato il quadro comportamentale, che invece ha risposto positivamente solo agli antipsicotici atipici (quetiapina 300 mg x 2).

Bibliografia

1 Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. *The FAB: A frontal assessment battery at bedside*. Neurology 2003;60:1621-6.

2 Kertesz A, Davidson W, Fox H. *Frontal behavioural inventory: diagnostic criteria for frontal lobe dementia*. Can J Neurol Sci 1997;24:29-36.

3 Grossi D, Fragassi NA, Chiacchio L, Valoroso L, Tuccillo R, Perrotta C, et al. *Do visuospatial and constructional disturbances differentiate frontal variant of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease? An experimental study of a clinical belief*. Int J Geriatr Psychiatr 2002;17:641-8.

Qualità dell'assistenza ai pazienti ricoverati per frattura di femore nel Lazio. Anni 2000-2007

A. Capon, A. Mastromattei, D. Di Lallo

Laziosanità-ASP, Roma

Scopo. Le fratture del femore costituiscono uno dei problemi di salute di maggior rilievo per gli anziani sia in termini di frequenza che di morbilità e mortalità. Studi in diversi contesti geografici hanno stimato la mortalità ad un anno attorno al 25%, mentre quella a sei mesi varia tra il 13% ed il 20%. Si stima che in Italia ogni anno si verifichino tra le 60.000 e le 70.000 fratture del femore.

Obiettivo del presente studio è di descrivere la qualità dell'assistenza ai pazienti con frattura di femore attraverso un set di indicatori derivati dai dati dei sistemi informativi correnti.

Materiali e metodi. I casi incidenti sono stati identificati per mezzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (codici ICD-IX CM 820*-821* in diagnosi principale, non preceduti da ricovero analogo nell'anno precedente).

Sono stati calcolati i seguenti indicatori: 1) proporzione standardizzata di pazienti operati (codici di procedura: 7905, 7915, 7925, 7935, 7945, 7955, 8151, 8152); 2) proporzione standardizzata di pazienti operati entro 2 giorni dal ricovero tra tutti gli operati; 3) proporzione standardizzata di pazienti deceduti entro 30 giorni dal ricovero (dati aggiornati all'anno 2005).

I decessi sono stati individuati tramite *record-linkage* con i registri di mortalità. Misurando la percentuale di mancati agganci ai registri tra i soggetti deceduti in ospedale, è stato stimato il difetto di *linkage*. La proporzione di deceduti è stata quindi corretta moltiplicando il valore ottenuto dal *linkage* per il reciproco del difetto stimato.

La definizione ed il calcolo degli indicatori sono stati elaborati nell'ambito di un gruppo di lavoro guidato dall'ARS Toscana.

Risultati. Dal 2001 al 2007 si sono verificati 53.328 casi di frattura di femore (età 45+), di cui 49.038 attribuibili ad anziani (età 65+). La proporzione standardizzata di pazienti operati (età 65+) è passata dall'80,5% (IC 95% 79,0-82,0) nel 2001 al 84,7% (IC 95% 83,3-86,1) nel 2007. Confrontando i dati per classe di età si è osservato un minore ricorso all'intervento nei pazienti più anziani ma non in termini statisticamente significativi (2007: 65-74: 85,0 [IC 95% 82,7-87,1], 85+: 81,8 [IC 95% 80,4-83,2]). Nel 2007 le proporzioni standardizzate per ASL di residenza variavano da un minimo del 68,1 (IC 95% 61,6-74,4) ad un massimo dell'89,9 (IC 95% 84,9-94,8).

La proporzione standardizzata di pazienti operati entro 2 gg tra tutti gli operati (età 65+) è passata dall'11,1% (IC 95% 9,75-12,36) nel 2001 al 17,4% (IC 95% 15,8-19,07) nel 2007. Nel 2007 le proporzioni standardizzate di pazienti operati entro 2 gg per ASL di residenza variavano da un minimo del 6,7 (IC 95% 1,55-11,9) a un massimo del 28,1 (IC 95% 22,6-33,8.

La mortalità a trenta giorni è passata dal 5,8% (5,2-6,4) del 2001 al 5,4% (4,9-6,0) nel 2005 con un valore massimo nel 2003 6,7% (6,1-7,3).

Conclusione. Gli indicatori mostrano un miglioramento della qualità dell'assistenza negli ultimi anni, in particolare per quanto riguarda la tempestività dell'intervento. In termini assoluti tuttavia sussistono ancora ampi margini di miglioramento per raggiungere gli standard indicati dalle Linee Guida internazionali. La notevole disomogeneità territoriale suggerisce che diverse modalità organizzative e prassi assistenziali possano essere alla base delle differenze osservate.

Polimorfismi della regione VNTR e -174G/C del promotore del gene dell'Interleuchina 6 nella malattia di Alzheimer: interazione degli alleli della regione VNTR con l'APOE in una popolazione pugliese

C. Capurso, V. Solfrizzi[1], A.M. Colacicco[1], A. D'Introno[1], G. Vendemiale, V. Frisardi[1], M. Denitto[2], F. Panza[1], A. Capurso[1]

Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione di Geriatria, Università di Foggia; [1] Cattedra di Geriatria, Centro per l'Invecchiamento Cerebrale, Università di Bari; [2] Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione di Medicina Interna, Università di Foggia

Introduzione. Il gene dell'Interleuchina 6 (IL-6) nell'uomo è localizzato sul braccio corto del cromosoma 7 (7p21). La presenza di una sequenza di AT altamente ripetute in corrispondenza della 3' "*flanking region*" del gene dell'IL-6 dà luogo al polimorfismo delle "variable number of tandem repeats" (VNTR). Diversi studi condotti su popolazioni della Germania e del Nord e Sud Italia per verificare la presenza di un'associazione fra il polimorfismo VNTR e il polimorfismo -174 G/C dell'IL-6 e il rischio di insorgenza di malattia di Alzheimer (Alzheimer's Disease, AD), hanno prodotto risultati contrastanti, che vanno dalla completa mancanza di associazione dei suddetti polimorfismi e il rischio di insorgenza di AD, all'associazione dell'allele IL-6*G o IL-6*C con un aumentato rischio, ovvero all'associazione dell'allele C del VNTR con una riduzione del rischio di insorgenza di AD.

Scopo dello studio. Scopo dello studio è stato valutare la presenza di un'associazione fra il polimorfismo -174 G/C del promotore e fra i polimorfismi della regione VNTR dell'IL-6 e il rischio di insorgenza di AD, in una popolazione pugliese. È stata inoltre eseguita l'analisi dell'aplotipo sui suddetti polimorfismi; è stata infine valutata la possibile interazione con gli alleli dell'Apolipoproteina E (APOE).
Materiali e metodi. Sono stati studiati 447 soggetti pugliesi, di cui 149 affetti da AD (54 maschi e 95 femmine, età media all'esordio 70,2 ± 9,9 anni). Il gruppo di controllo di 298 soggetti (129 maschi e 169 femmine, età media 68,9 ± 17,1 anni) era costituito da volontari sani afferiti presso il Centro di Bari fra giugno 2000 e marzo 2006. A tutti i soggetti sono stati prelevati 2 cc circa di sangue da cui è stato estratto il DNA per l'analisi del genotipo dell'APOE e dei genotipi della regione VNTR e del promotore dell'IL-6. L'analisi del polimorfismo del promotore e dell'APOE è stata eseguita mediante Real-Time PCR – Fluorescence Resonance Energy Transfer (FRET) system – su Light Cycler (Roche, Mannheim Germany) e successiva analisi delle curve di Melting. L'analisi del polimorfismo della regione VNTR è stata invece eseguita mediante PCR e successiva elettroforesi su gel di agarosio 3%. È stata eseguita un'analisi mediante test del $\pm^2$ per valutare la presenza di eventuali differenze fra le frequenze alleliche del polimorfismo -174 G/C e della regione VNTR nei dementi rispetto ai controlli. È stato calcolato l'odds ratio all'intervallo di confidenza (IC) del 95% per valutare un'eventuale associazione, fra i pazienti con AD, con l'allele C (640 bp) o B (680 bp) del VNTR, e con l'allele G o C del promotore dell'IL-6, e gli alleli dell'ApoE. È stato inoltre eseguita un'analisi mediante il likelihood ratio test (Lrtest) per valutare la presenza eventuale di linkage disequilibrium (LD) fra i polimorfismi della regione VNTR e del promotore dell'IL-6. Per l'analisi dei dati sono stati usati i pacchetti dei software statistici SPSS versione 11.5 e STATA SE versione 8.0.
Risultati. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative fra pazienti e controlli sia per la distribuzione del genotipo -174 G/C (IL-6*C/*C Vs IL-6*C/*G e IL-6*G/*G: Pearson $\pm^2$ = 0,024, df = 1, p = 1; IL-6*G/*C Vs IL-6*G/*G e IL-6*C/*C: Pearson $\pm^2$ = 0,57, df = 1, p = 0,471; IL-6*G/*G Vs IL-6*C/*C e IL-6*C/*G: Pearson $\pm^2$ = 0,46, df = 1, p = 0,544), che per la distribuzione allelica dell'allele IL-6*C, o viceversa dell'allele IL-6*G (Pearson $\pm^2$: 0,62 df = 1, p = 0,62), né sono state rilevate differenze statisticamente significative fra pazienti e controlli per la distribuzione allelica della regione VNTR (Pearson $\pm^2$ = 1,7; df = 3; Bonferroni p-value = 0,64). Il calcolo del Lrtest non ha messo in evidenza la presenza di LD fra I polimorfismi della regione VNTR e del promotore dell'IL-6.
È stata invece osservata un'interessante interazione fra gli alleli dell'IL-6 VNTR e del promotore e gli alleli dell'APOE. In particolare, è stato osservato un incremento del rischio di AD dall'interazione dell'allele B del VNTR con l'allele ◊4 (O.R. 3,46; p < 0,001) oltre che dall'interazione dell'allele C del promotore con l'allele ◊4 (O.R. 3,75; p < 0,001).
Conclusione. Il nostro studio ha ulteriormente confermato l'assenza di differenze statisticamente significative nella distribuzione genotipica e allelica dei polimorfismi della regione VNTR e -174 G/C del promotore dell'IL-6, oltre all'assenza di LD fra i suddetti polimorfismi, fra dementi e controlli. In antitesi con studi precedenti, è stata invece messa in evidenza un'interessante interazione allelica fra l'APOE e la regione VNTR e -174 del promotore dell'IL-6. Il risultato del nostro studio va comunque interpretato con cautela, data l'eterogeneità dei risultati emersi dai diversi studi, da imputare sia alla numerosità esigua dei campioni di popolazione esaminati, oltre che alla variabilità riscontrata nella distribuzione geografica ed etnica delle frequenze genotipiche e alleliche dei polimorfismi VNTR e -174 G/C, che si traduce in differenti patterns di associazione fra il genotipo e la presenza di malattia, come già dimostrato per altri polimorfismi genici (APOE, ACE1, LRP1).

Effetti di alte dosi di isoflavoni sui parametri metabolici ed infiammatori in donne in buona salute in post-menopausa

L. Carassale, M. Maggio, C. Charles[1], J. Yuskavage[1], O. Carlson[2], M. John[1], A.S. Tagalicud[1], D.C. Muller[1], J. Egan[1], S. Basaria[2]

Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Italia; [1] Laboratory of Clinical Investigation, Diabetes Section, National Institute on Aging, Baltimore, MD; [2] Department of Internal Medicine, Division of Endocrinology & Metabolism, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD

Premessa. Dopo la menopausa le donne vanno incontro a modificazioni della composizione corporea, ed in particolare ad un aumento della massa grassa. Inoltre, all'aumentare dell'età la ridotta attività fisica e l'incremento dell'infiammazione possono contribuire allo sviluppo di diabete di tipo 2. Gli isoflavoni sono sostanze di origine vegetale che appartengono al gruppo dei fitoestrogeni.
I semi di soia sono una delle fonti più ricche di isoflavoni. Gli isoflavoni sono in grado di migliorare i parametri metabolici in donne in post-menopausa. Tuttavia l'effetto di questi composti sulle adipocitochine rimane poco chiaro.
Scopo dello studio. Scopo dello studio è stato quindi quello di valutare l'effetto di elevate dosi di isoflavoni sui parametri infiammatori e metabolici in donne in post-menopausa.
Metodi. Glucosio, insulina ed adipochine/citochine sono stati dosati in 75 donne in post-menopausa in buona salute che sono state randomizzate a ricevere 20 g di proteina di soia con 160 mg di isoflavoni totali (64 mg genistein, 63 mg diadzein, 34 mg glycitein) o 20 g di proteina di soia placebo per 12 settimane. Le donne in terapia estrogenica avevano interrotto la terapia per almeno 3 mesi prima dello studio. I supplementi sono stati dati in forma di powder e consumati una volta al giorno con latte o altre bevande.
Risultati. L'età media nel gruppo placebo e nel gruppo trattato non sono risultate differenti (p = 0,4). Il tempo in media dalla menopausa è stato di 9 anni e 2/3 delle donne sono andate incontro a menopausa naturale. Non sono state documentate significative differenze al baseline sia nel BMI [placebo (25,1 kg/m^2), gruppo trattato (26 kg/m^2)] o in altri parametri tra i 2 gruppi. Dopo 12 settimane di trattamento, non si sono registrate significative modificazioni in alcun parametro all'interno dei due gruppi. Tuttavia, paragoni del delta tra i due gruppi hanno mostrato un piccolo ma significativo incremento dei livelli di adiponectina nel gruppo trattato con isoflavoni mentre i livelli di TNF-| sono aumentati in modo significativo nel gruppo placebo. Nessuna differenza significativa è stata riscontata nel BMI, e nei livelli di glucosio, insulina, HOMA ed IL-6 tra i due gruppi.
Conclusione. L'assunzione di elevate dosi di isoflavoni in donne in buona salute, di peso normale, in post-menopausa non ha determinato alcun miglioramento dei parametri metabolici studiati. Tuttavia l'aumento dei livelli di adiponectina (senza modificazione dei livelli di TNF-|) nel gruppo trattato con soia è un risultato incoraggiante. Il ruolo degli isoflavoni nei soggetti sovrappeso e nelle donne obese in post-menopausa richiede ulteriore approfondimento.

Deterioramento cognitivo: identificazione, interesse e accuratezza nel processo diagnostico differenziale per la demenza nella rete dei servizi sanitari

P. Carbone, S. Gentile, M.C. Ubezio, D. Villani, L. Cravello[1], P.P. Bellocchio, F. Bonetti, C. Viola, G. Ricevuti[2]

Fondazione "Sospiro", Dipartimento Anziani, Sospiro (CR); [1] IRCCS Fondazione "Santa Lucia", Roma; [2] Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica Sezione di Gerontologia e Geriatria Università di Pavia, Divisione di Geriatria, IDR "S. Margherita", ASP Pavia

Scopo. Indagare la capacità di identificazione e il grado di interesse per il segno e sintomo "deterioramento cognitivo" da parte del personale medico in vari setting di assistenza sanitaria della provincia di Cremona (in Lombardia e nella provincia di Cremona l'interesse istituzionale per la diagnosi

e il trattamento delle demenze è rilevante in relazione alla distribuzione dei "servizi dedicati" presi in considerazione e disponibili attualmente in Italia).

Materiali e metodi. Sono stati studiati 181 soggetti, range età 51-99 aa, età media 80,8 aa (± 0,55 ES), afferenti al Dipartimento Anziani (Nucleo Alzheimer ed U.O. Riabilitazione) della Fondazione "Sospiro" (CR). Criteri di selezione: MMSE (Mini Mental State Examination) < 24 all'ingresso, assenza di delirium, soggetti inviati dal medico di Medicina Generale (MMG) e da medici specialisti dipendenti di strutture sanitarie (Ospedale, RSA, IDR) in cui è presente l'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), servizio potenzialmente facilitante l'interesse diagnostico per il deterioramento cognitivo. Soddisfatti i criteri di selezione, non è stato posto un limite "geriatrico" d'età. L'intero campione è stato sottoposto a valutazione clinica generale e specifica per comorbilità ed a valutazione multidimensionale. Le variabili di studio considerate sono state la provenienza (domicilio, ospedale, RSA/IDR) e la diagnosi o l'osservazione clinico-strumentale presente nel documento clinico redatto dal medico inviante (lettera di dimissione ospedaliera, relazione del MMG) come diagnosi in atto, secondo i criteri della letteratura internazionale (DSM IV-TR, NINCDS-ADRDA), atrofia corticale, deterioramento cognitivo, encefalopatia vascolare, assenza di identificazione del sintomo/segno deficit cognitivo (si intende l'assenza di segnalazione da parte del medico inviante riguardo il sospetto di deficit cognitivo). L'intero campione è stato suddiviso in 3 gruppi:

gruppo 1 (NA) – 89 soggetti afferenti al Nucleo Alzheimer con *presenza* di identificazione del sintomo/segno;

gruppo 2 (RIA) – 50 soggetti afferenti alla U.O. di Riabilitazione con *presenza* di identificazione del sintomo/segno;

gruppo 3 (NA-/RIA-) – 42 soggetti afferenti all'U.O. di Riabilitazione e al NA con *assenza* di identificazione del sintomo/segno.

Risultati. Considerando il campione totale, il 37% presentava una diagnosi in atto, ma dato lo scopo di questo studio, rilevando l'identificazione e l'interesse espresso come atrofia corticale, deterioramento cognitivo, encefalopatia vascolare, sommata alla diagnosi in atto, la percentuale saliva al 76,7%. Per i pazienti senza interesse diagnostico, la provenienza è attribuibile rispettivamente per il 28,9% al domicilio e per il 64,3% all'ospedale (totale 92,9%) con una bassa percentuale riferibile alle RSA/IDR (7,1%). Il gruppo 3 (NA-/RIA-) presentava valori medi di età e punteggio al test MMSE significativamente maggiori rispetto al gruppo 1 (NA), mentre significativamente minori erano i valori medi dell'UCLA-NPI, dell'Indice di Barthel e della Scala di Tinetti. Nessuna differenza statistica veniva registrata per l'indice di comorbilità CIRS nei 3 gruppi e per valutazione multidimensionale nei gruppi 2 (RIA) e 3 (NA-/RIA-). Il gruppo 2 (RIA) proveniva per il 28% da RSA/IDR e per il 12% dal domicilio.

Conclusione. Deriva, da questi dati, l'osservazione che ambienti sanitari come la Medicina Generale e l'Ospedale per acuti sono superati dalle RSA/IDR considerate nello studio (80% medici geriatri), per interesse e capacità identificative nel percorso diagnostico per le demenze. Comunque, il paziente, ha maggiore probabilità di evocare l'interesse del medico quando il deficit delle funzioni corticali è più grave e sono presenti disturbi del comportamento correlati, causa più frequente di istituzionalizzazione. Vanificata quindi la diagnosi precoce e differenziale tempestiva (per i casi di demenza reversibile). Il medico, indipendentemente dal suo ruolo istituzionale e/o specializzazione, dovrebbe elevare il suo interesse, identificare come segno e sintomo il "deterioramento cognitivo" e segnalarlo in ambito specialistico (UVA o Centro di eccellenza) allo scopo di consentire la verifica delle sue osservazioni attraverso un percorso diagnostico accurato e lo studio della demenza nei suoi caratteri di evolutività clinico-biologici e terapeutici (la diagnosi precoce e differenziale non è mai mera cosmesi in medicina) [1]. In questo impegno clinico si legge la possibilità di influenzare anche istituzionalmente il sistema dei servizi sanitario-assistenziali rivolti al paziente demente, oltre al fine ultimo dell'operato medico: prendersi cura del malato (… dopo averlo riconosciuto come tale) individuando servizi, risorse ed interventi multidisciplinari al fine di alleviarne le sofferenze e limitare il peso fisico e psicologico di chi lo assiste [2].

Bibliografia

1 Waldemar G, et al. *Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline*. Eur J Neurol 2007;14:e1-26.

2 http://www.alzheimer-aima.it/

Correlazione dei deficit cognitivi con la presenza di ipossiemia controllata e non controllata dall'O2-terapia nei pazienti BPCO

I. Caridi, C. Pedone, C. Maiolo[1], G. Culla[1], L. Lardieri[1], G. Reale[1], R. Antonelli Incalzi

Area di Geriatria, Università Campus Biomedico, Roma; [1] Riabilitazione Respiratoria, A.O. "S. F. Neri-Salus Infirmorum"

Scopo. I pazienti con BPCO presentano un ben definito *pattern* di deficit cognitivo. Tuttavia performance cognitive deficitarie sono state evidenziate da alcuni Autori (Respir Med 2004;98:351-6) anche nei pazienti BPCO non ipossiemici. Ci sono evidenze scientifiche che correlano il disturbo cognitivo con la durata dell'ipossia e dell'ipercapnia nei pazienti in ossigeno-terapia, ma le evidenze sul miglioramento del profilo neuro-cognitivo nei pazienti che assumono ossigenoterapia sono scarse (Arch Intern Med 1983;143:1941-7; Chest 1973;64:317-22).

L'ipossia cronica produce un danno neuronale sia in maniera diretta, sia attraverso l'ipoafflusso cerebrale secondario all'instaurarsi di una condizione di cuore polmonare. Inoltre la sofferenza sella sostanza bianca sottocorticale rilevata aumenta con il peggiorare dell'ostruzione bronchiale (Chest 1999;116:150-6). In considerazione di tali evidenze, noi ipotizziamo che l'impegno cognitivo nei BPCO sia correlato ad anomalie strutturali e non sia reversibile con l'uso di ossigenoterapia.

Materiali e metodi. Abbiamo studiato 63 pazienti affetti da BPCO ricoverati presso un reparto di riabilitazione respiratoria. I pazienti sono stati sottoposti a prove di funzionalità respiratoria e ad una batteria di test neuropsicologici (*Rey's auditory 15 words learning* test immediato e *recall* per la memoria verbale; *copy with landmark* test e il test dell'orologio per le abilità prassiche; e la variante esecutiva del test dell'orologio per le funzioni esecutive). Sono stati comparati tra loro pazienti non ipossiemici (gruppo A), ipossiemici non compensati a prescindere dall'ossigeno terapia (gruppo B) e ipossiemici compensati con O2 terapia in modo da avere PaO2 ≥ 60 mmHg (gruppo C).

Risultati. L'età media era di 70,9 (SD: 6,7), 70,4 (SD: 6,37), 73,2 (SD: 4,59) e le donne erano il 31,6%, 25% e 38,5%, rispettivamente nel gruppo A, B e C. Per quanto attiene alle prove di funzionalità respiratoria, gli indici di ostruzione (FEV1%, FEV1/FVC) tendono a diminuire negli ipossiemici rispetto ai non ipossiemici. Da un punto di vista cognitivo il gruppo B presentava una probabilità del maggiore rispetto al gruppo A di presentare un performance esecutiva sotto la norma (OR: 1,37, IC 95%: 0,37-5,05), tale probabilità aumentava sensibilmente nel gruppo C (OR: 16,5, IC 95%: 1,94-140,16). Lo stesso trend risulta evidenziabile nel test di copia dell'orologio (OR: 3,03 e 4,87 nei gruppi B e C rispettivamente) e nel test di disegni con elementi di programmazione (OR: 2,14 e 5,11 rispettivamente nei due gruppi). Nelle prove di rievocazione immediata il gruppo B aveva un rischio maggiore di performance ridotta rispetto al gruppo A (OR 3,21, IC 95%: 0,84-12,28), nella rievocazione differita entrambi i gruppi di ipossiemici avevano un rischio aumentato di presentare il deficit rispetto al gruppo A.

Conclusione. Il *pattern* cognitivo osservato suggerisce che la correzione dell'ipossiemia non equivale ad una correzione dei deficit neuropsicologici. L'entità di questi ultimi, salvo che per la memoria verbale a breve termine, non varia in rapporto al grado di compenso dell'ipossiemia. Tuttavia la maggiore età degli ipossiemici compensati potrebbe indicare una storia di malattia più lunga, di per sé in grado di condizionare il profilo cognitivo (Am Rev Respir Dis 1993;148:418-20). In conclusione, il deficit cognitivo va sospettato e ricercato nei pazienti con BPCO ipossiemica indipendentemente dal grado di correzione dell'ipossiemia.

Il governo delle cure domiciliari nella popolazione anziana della provincia di Messina

F. Caronzolo, A. Granata, M. Damiano[2], F. Grimaldi[2], M.G. Accetta, R. D'Agata, A. Grippa, T. Pipicella, G. Lombardo, R. Giuffrida, S. Albana[3], F. D'Amico, G. Mollica[1]

Coordinamento Dipartimentale Attività Geriatriche; Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, P.O. Patti; [1] Dipartimento Cure Primarie; [2] ADI-RSA; [3] Servizio Infermieristico, P.O. Patti; Azienda USL n. 5 di Messina

Obiettivi. L'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo. In Italia vivono 3 milioni di anziani che si trovano in uno stato di non autosufficienza spesso determinato da presenza di più patologie croniche. Inoltre il 34% degli anziani disabili vive solo. I cambiamenti della struttura della popolazione e l'incremento di incidenza di patologie croniche rispetto alle malattie acute comportano l'esigenza di adeguare le strutture sanitarie ed i processi di cura-assistenza all'anziano. Pertanto se è corretta la propensione attuale alla riduzione dei posti letto ospedalieri per patologie acute è altrettanto corretto auspicare un incremento ed una ottimizzazione delle cure domiciliari. Il governo appropriato delle cure domiciliari implica l'impegno di strumenti e professionalità per progettare e gestire processi assistenziali complessi. Da questo sistema di management nasce il progetto di ottimizzare il governo clinico delle cure domiciliari per gli anziani residenti nella provincia di Messina.
Disegno e metodi. Lo studio prevede l'analisi dei servizi attivati negli anni 2006-2007, in 4 Distretti Sanitari (Patti, Milazzo, Barcellona, Lipari), rappresentativi della popolazione totale della Provincia di Messina costituita da 657.785 abitanti di cui 122.835 di età superiore ai 65 anni (18,7%). La modalità di accesso al servizio è rappresentata dalla richiesta del MGG inoltrata allo Sportello Unico Distrettuale, che provvede tramite la UVM (composta da Geriatra, Infermiere, Assistente Sociale, MMG) alla valutazione multidimensionale del paziente mediante scale validate (MMSE Short, BADL, IADL, EXTON SMITH, GDS), quindi decida per l'attivazione dei servizi, la pianificazione del percorso di cura e delle rilevazioni intermedie per la verifica del raggiungimento dei risultati. I dati acquisiti riguardanti i processi di cura attivi o conclusi sono oggetto di verifiche differenziate da parte di un team di Geriatri e di Dirigenti Medici di Cure Primarie (DMCP). Avvalendosi di indicatori condivisi, quali l'analisi delle giornate di cura (GDC), delle giornate effettive di assistenza (GEA) e del coefficiente di intensità assistenziale (CIA), si verifica l'andamento del processo di assistenza ed il raggiungimento degli obiettivi nei vari percorsi di cura. Con periodicità si verificano l'efficacia e l'efficienza dei processi di cura e l'opportunità di apportare modifiche agli stessi.
Risultati. I pazienti che hanno avuto accesso alle cure domiciliari presentavano le seguenti diagnosi principali: Sindrome da immobilizzazione complicata da lesioni da decubito, Esiti di ictus cerebrale con severa comorbilità, Esiti di frattura di femore o bacino con severa comorbilità, Insufficienza respiratoria, Scompenso cardiaco IV classe NYHA. Tra i pazienti che hanno avuto accesso al servizio era prevalente il sesso femminile (61,2%).

Distretto	Anno	Anziani	GDC	GEA	CIA
Milazzo	2006	99 (61 F)	8.596	3.488	0,40
Milazzo	2007	102 (62 F)	10.806	4.508	0,42
Barcellona	2006	101 (59 F)	13.381	4.815	0,36
Barcellona	2007	106 (66 F)	14.845	5.331	0,36
Patti	2006	89 (54 F)	8.809	3.948	0,45
Patti	2007	113 (76 F)	9.428	4.216	0,45
Lipari	2006	20 (9 F)	2.433	843	0,35
Lipari	2007	32 (18 F)	4.041	2.012	0,50

Il coefficiente di intensità assistenziale incrementava all'avanzare dell'età, in particolare negli anziani di età > 81 anni, come si rilevava alto nei soggetti di età < 20 anni. La presa in carico media dei pazienti è stata di 107,5 giorni nel 2006 e di 110,8 giorni nel 2007. Nel 2007 rispetto al 2006 sono aumentati i pazienti presi in carico dal servizio in misura di quanto previsto nel budget per l'evidenza dei bisogni emersi; si è rilevato un incremento del CIA determinato dalla necessità di consolidare risultati raggiunti per evitare il riacceso precoce ai servizi e per formare il *caregiver* ed i familiari dei pazienti nella gestione globale dei bisogni, cosi come richiesto dalle famiglie che hanno mostrato una migliore percezione di qualità dell'assistenza con questo tipo di intervento.
Conclusioni. L'analisi dei risultati ha evidenziato che il profilo di cure domiciliari applicato, per quanto riguarda la buona pratica clinica sia da parte del geriatra sia da parte del DMCP, consente di implementare i risultati perseguibili per il progetto riabilitativo e per il controllo della disabilità derivante da patologie croniche. Inoltre il governo clinico del processo assistenziale ha determinato il miglioramento della qualità di vita del paziente geriatrico e del *caregiver* a fronte del contenimento dei costi diretti, indiretti ed intangibili.

Prevalenza dei sintomi psico-comportamentali in pazienti ospedalizzati con malattia di Alzheimer e con demenza vascolare

L. Cascavilla, G. D'Onofrio, M. Franceschi, F. Paris, D. Seripa, M.G. Matera, A. Pazienza, V. Goffredo, D. Sancarlo, A. Pilotto

U.O. Geriatria e Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Italy

Scopo. Descrivere la frequenza e la gravità dei sintomi psico-comportamentali in pazienti con Malattia di Alzheimer (AD) ed in pazienti con Demenza Vascolare (VaD).
Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto su 232 pazienti anziani (M = 80, F = 152, età media di 80,3 ± 6,5 anni, *range* 66-99 anni), ricoverati presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG).
Tutti i pazienti sono stati sottoposti durante la degenza ad una valutazione cognitiva mediante il test *Mini Mental State Examination* (MMSE), del grado di severità della demenza mediante la scala *Clinical Dementia Rating* (CDR), della depressione mediante la *Geriatric Depression Scale* (GDS), dei sintomi neuro-psichiatrici e del *distress* del *caregiver* mediante il test *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) e *Neuropsychiatric Inventory-Distress* (NPI-D), dello stato funzionale mediante il test *Activities of Daily Living* (ADL) ed *Instrumental Activities Daily Living* (IADL), del rischio clinico di lesioni da decubito mediante la scala di Exton-Smith (ESS) e dello stato nutrizionale mediante la scala del *Mini Nutritional Assessment* (MNA). L'analisi statistica è stata condotta mediante il test del Chi quadrato e di Mann-Withney U.
Risultati. Dei 232 pazienti valutati, 126 sono risultati affetti da AD (M = 41, F = 85, età media 79,9 ± 6,2 anni) e 106 da VaD (M = 39, F = 67, età media 80,9 ± 6,9 anni). I pazienti con AD sono cognitivamente più compromessi (MMSE = 15,0 *vs.* 17,5, p = 0,001) ed hanno un grado di severità maggiore di demenza (CDR = 1,9 *vs.* 1,4, p = 0,003) rispetto ai pazienti con VaD. Il totale della prevalenza dei sintomi psico-comportamentali è simile in entrambi i gruppi di pazienti (NPI-Frequenza = 69,0% *vs.* 68,9%, p = 1,000) e non emerge alcuna differenza significativa per la prevalenza di deliri, allucinazioni, agitazione, depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità/labilità emotiva, attività motoria abnorme, disturbi del sonno e del comportamento alimentare. Tuttavia i pazienti con AD hanno una maggiore gravità nel delirio (0,21 *vs.* 0,02, p = 0,012), nelle allucinazioni (0,22 *vs.* 0,05, p = 0,031) e nell'agitazione psico-motoria (0,75 *vs.* 0,36, p = 0,002) rispetto ai pazienti con VaD. Non è emersa alcuna differenza significativa tra i due gruppi di pazienti per quanto riguarda l'età, la scolarità, la severità della depressione, le attività basali e strumentali della vita quotidiana, il rischio clinico di lesioni da decubito e lo stato nutrizionale.
Conclusione. La prevalenza dei sintomi psico-comportamentali è simile nei pazienti con AD e nei pazienti con VaD. I pazienti con AD mostrano, tuttavia, una maggiore gravità nel delirio, nelle allucinazioni e nello stato di agitazione psico-motoria.

Ruolo della vasoreattività cerebrale, studiata col doppler transcranico, nella patogenesi della compromissione cognitiva in soggetti anziani affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI)

A. Casè, G. Mosca, M. Zanetti, C. Abbate, M. Castelli, C. Vergani, L. Bergamaschini

Dipartimento di Medicina Interna, Unità di Geriatria, Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, IRCCS, Università di Milano, Italia

Scopo. Si ritiene che danni a livello del microcircolo cerebrale possano avere un ruolo determinante nei meccanismi patogenetici del deterioramento cognitivo nei soggetti anziani. Le indagini neuroradiologiche che consentono di studiare il microcircolo cerebrale sono assai costose, non sono ancora molto diffuse, e mal si addicono a test di *screening*. L'integrità funzionale del microcircolo cerebrale è valutabile mediante lo studio della vasoreattività con tecnica ultrasonografica, cioè misurando le variazioni del flusso ematico a livello del microcircolo cerebrale dopo stimolazione ipercapnica (rapporto della velocità di picco sistolico prima e dopo un'apnea massimale di almeno 15 secondi registrati mediante ecocolordoppler transcranico – TCD). Questo test è di facile esecuzione, poco costoso e può essere utilizzato per gli *screening* della popolazione. In questo studio abbiamo valutato se la determinazione della vasoreattività cerebrale, mediante TCD dopo stimolazione ipercapnica, permette una migliore caratterizzazione dei soggetti anziani affetti da lieve disfunzione cognitiva (*Mild Cognitive Impairment* – MCI).

Materiali e metodi. 65 soggetti affetti da MCI, dei quali 9 con MCI amnesico (a-MCI) e 56 con MCI a multipli domini (mcd-MCI) sono stati sottoposti a valutazione clinica, neuropsicologica, neuroradiologica e a valutazione della vasoreattività cerebrale con TCD dopo stimolazione ipercapnica. 65 soggetti senza deficit cognitivi, 45 con e 20 senza fattori di rischio cardiovascolari (VFR), sono stati valutati come controlli. È tuttora in corso il follow-up con valutazione neuropsicologica e con determinazione della vasoreattività a 1 anno dal reclutamento.

Risultati. *Controlli*: nei soggetti anziani cognitivamente integri, l'assenza di fattori di rischio cardio-vascolare si associa ad una vasoreattività cerebrale normale (> 20% del valore di picco sistolico basale), mentre nei soggetti con fattori di rischio cardiovascolare la vasoreattività risulta significativamente ridotta ($p < 0,01$).

Soggetti con MCI: la vasoreattività cerebrale è risultata normale o solo lievemente ridotta in soggetti affetti da a-MCI; la reattività è risultata normale anche in 27/56 (48%) soggetti affetti da mcd-MCI, dei quali 17 (62%) erano caratterizzati dal punto di vista neuropsicologico da compromissione della memoria (MCI a multipli domini con deficit amnesici, a-mcd-MCI). Nei restanti 29/56 (52%) soggetti affetti da mcd-MCI la reattività del microcircolo cerebrale è risultata inferiore ai valori di normalità, e simile a quella misurata nei controlli con fattori di rischio vascolari. Nei profili neuropsicologici di 15 (52%) di questi 29 pazienti affetti da mcd-MCI non era presente alcuna compromissione della memoria: gli altri 14 (48%) erano stati classificati come a-mcd-MCI.

Follow-up: dopo un anno 32 soggetti con MCI sono stati nuovamente sottoposti a studio della vasoreattività cerebrale mediante TCD post-ipercapnia, e a rivalutazione neuropsicologica. Dei 3 soggetti affetti da a-MCI rivalutati 2 sono risultati stabili dal punto di vista clinico, l'altro è evoluto in AD. Tra i 29 soggetti con mcd-MCI rivalutati nessuno dei 14 affetti da mcd-MCI senza disturbo della memoria è evoluto in demenza; dei 15 a-mcd-MCI che sono stati rivalutati 6 sono evoluti in demenza e di questi 4 che conservavano una normale riserva cerebrovascolare sono evoluti in demenza di Alzheimer.

Conclusione. La riserva funzionale cerebro vascolare è risultata: 1) conservata nei soggetti con a-MCI confermando l'ipotesi della patogenesi degenerativa; 2) ridotta nei soggetti affetti da mcd-MCI senza disturbo della memoria confermando l'ipotesi dell'eziologia vascolare; 3) conservata nei soggetti con a-mcd-MCI evoluti in demenza di Alzheimer. Questi dati sembrano quindi indicare che la determinazione della riserva funzionale cerebrale con un test semplice, rapido e poco costoso quale TCD dopo stimolo ipercapnico, è utile per differenziare tra i soggetti con mcd-MCI quelli con malattia a prevalente eziologia vascolare da quelli a eziologia degenerativa. Se confermato su un numero maggiore di casi, la determinazione della reattività cerebrovascolare dopo stimolo ipercapnico potrebbe essere un test da utilizzare routinariamente per la classificazione alla *baseline* dei soggetti con iniziale disfunzione cognitiva.

Distribuzione intrapiastrinica dei peptidi }-amiloide 40 e }-amiloide 42 in seguito ad induzione apoptotica

T. Casoli, G. Di Stefano, B. Giorgetti, M. Balietti, M. Solazzi, P. Fattoretti, F. Lattanzio[1], C. Bertoni-Freddari

Centro Neurobiologia dell'Invecchiamento; [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. Una delle caratteristiche principali della malattia di Alzheimer (AD) è la consistente perdita neuronale e prove sperimentali suggeriscono che i neuroni muoiono per apoptosi indotta da un limitato apporto di fattori trofici 1. L'apoptosi neuronale determinerebbe l'attivazione di enzimi proteolitici intracellulari che porterebbero alla produzione e secrezione di peptidi amiloidei derivanti dal precursore APP (Amyloid Precursor Protein). I peptidi si aggregherebbero poi nelle placche amiloidee che rappresentano, insieme ai grovigli neurofibrillari, l'indicatore anatomopatologico della malattia di Alzheimer.

Le piastrine sono generalmente considerate un buon modello periferico per studiare il metabolismo neuronale. Infatti rilasciano neurotrasmettitori e possiedono trasportatori per GABA, serotonina e glutammato. Inoltre contengono il 90% dell'APP circolante e gli enzimi | -, }- e ~secretasi necessari per il suo metabolismo [2]. Lo scopo del presente lavoro è stato quello di verificare se l'induzione dell'apoptosi nelle piastrine potesse determinare produzione dei peptidi amilodogenici. Lo studio del processamento dell'APP può fornire importanti informazioni riguardo le fasi iniziali della formazione di ß amiloide e sul suo successivo accumulo sottoforma di oligomeri o di altre specie aggregate.

Materiali e metodi. Le piastrine sono state ottenute presso il Centro Trasfusionale dell'Ospedale Regionale di Ancona da sacche di buffy coat derivanti da donatori maschi (età media: 36 ± 8). Le cellule alla concentrazione di 108/ml sono state incubate con ionomicina, un induttore di apoptosi piastrinica 3 4 e successivamente processate con il metodo dell'immunogold labeling per localizzare a livello ultrastrutturale le molecole di A}40 e A}42. L'indagine quantitativa ha poi permesso di definire il numero di gold spot corrispondenti ai peptidi A}40 e A}42 delle piastrine trattate rispetto ai controlli e la percentuale di questi spot corrispondente alla membrana cellulare, granuli e sistema canalicolare.

Risultati. L'induzione di apoptosi è stata verificata tramite indagine morfologica e Western Blotting per la caspasi-3 che ha rivelato una banda corrispondente alla proteolisi della caspasi-3 mediata dalla calpaina. L'apoptosi piastrinica ha determinato un aumento significativo della A}40 intrapiastrinica ($p < 0,05$), ma non della A}42. L'aumento è risultato essere prevalentemente concentrato a livello del sistema canalicolare.

Conclusione. L'aumento della A}40 intrapiastrinica in seguito ad attivazione delle vie apoptotiche rappresenta un potenziale rischio per la cellula poiché elevate concentrazioni di }-amiloide intracellulare aumentano le probabilità che avvengano cambiamenti degenerativi. Nonostante la A}42 sia più tossica e più soggetta ad aggregazione della A}40, numerosi studi indicano che anche la A}40 è citotossica e si aggrega nelle forme oligomeriche. Inoltre trattamenti specifici, volti ad inattivare la A}40 si sono dimostrati utili nel ridurre la neurodegenerazione in AD. Lo studio del processamento dell'APP nelle piastrine potrebbe quindi fornire indicazioni utili al fine di elaborare interventi atti a modulare la produzione di }-amiloide nella malattia di Alzheimer.

Bibliografia

[1] Tuszynski MH, Thal L, Pay M, Salmon DP, Bakay R, Patel P, et al. *A phase 1 clinical trial of nerve growth factor gene therapy for Alzheimer disease*. Nat Med 2005;11:551-5.

[2] Evin G, Zhu A, Holsinger RM, Masters CL, Li QX. *Proteolytic processing of the Alzheimer's disease amyloid precursor protein in brain and platelets*. J Neurosci Res 2003;74:386-92.
[3] Leytin V, Freedman J. *Platelet apoptosis in stored platelet concentrates and other models*. Transfus Apher Sci 2003;28:285-95.
[4] Casoli T, Di Stefano G, Giorgetti B, Balietti M, Recchioni R, Moroni F, et al. *Platelet as a physiological model to investigate apoptotic mechanisms in Alzheimer ß-amyloid peptide production*. Mech Ageing Dev 2008;129:154-62.

Efficacia e tollerabiltà della morfina orale a pronto rilascio nel controllo del breakthrough pain

L. Castellani, M. Monti, R. Romani, M. Di Caprio, A. Giardullo, L. Giambarresi

Hospice Pio Albergo Trivulzio, Milano

Breakthrough pain = transitoria esacerbazione di grado severo di un dolore di base altrimenti controllato dalla terapia in corso, di durata possibile sino a 60', di frequenza sino a sei volte al dì.
Farmacocinetica della morfina = dagli studi si evince che essa è una base debole (pKa 9), modestamente liposolubile, si lega scarsamente alle proteine del plasma e la sua diffusione è molto influenzabile dal pH ematico; dopo somministrazione parenterale i livelli ematici restano alti a causa della lenta diffusione nei tessuti. Subisce un elevato metabolismo a livello intestinale ma soprattutto epatico (glicuronazione) con produzione di metaboliti attivi: soprattutto MG3 responsabile degli effetti eccitanti ed MG6 di cui è stato dimostrato il potentissimo effetto analgesico. La produzione di MG6 può però essere influenzata dalla via di somministrazione: dopo somministrazione parenterale di morfina, la velocità di produzione dei metaboliti è minore che non dopo somministrazione orale (per os vi è picco dei livelli di morfina già dopo 15' per rapido assorbimento ed entrata nel piccolo intestino). Svesson et al. (1982) hanno dimostrato un rapporto AUC (concentrazione/tempo) di 9,7:1 nella via orale contro 3:1 della via parenterale. Invece è simile la quantità di metaboliti prodotti nelle varie vie di somministrazione, sebbene la disponibilità sistemica di morfina sia stata riscontrata nei vari soggetti con una varibilità dal 19% al 47% (variabilità interindividuale della dose richiesta nel trattamento del dolore).
Scopo di questo lavoro era monitorare l'intervallo di comparsa di efficacia dopo una somministrazione orale di morfina a pronto rilascio e l'effettiva efficacia della stessa. Abbiamo osservato 22 soggetti neoplastici in fase avanzata/terminale, (14 F, 8 M; 4 tra 48 anni e 65, 18 da 65 anni ad 87), per un totale di 81 somministrazioni di uguale dose (10 mg). Tutti erano già trattati con dosi variabili di oppioide per controllo del dolore di base. Tutti hanno risposto positivamente, in un intervallo di tempo variabile, ma comunque compreso entro i 30-40': 7 somministrazioni già dopo 5', 45 dopo 10', 19 dopo15', 5 dopo 20', altre 5 dopo 30'. Come effetti collaterali si sono manifestati 2 episodi di nausea e 16 di sonnolenza marcata, mentre non si è avuta nessuna conseguenza dopo le altre somministrazioni. Avendo poi riportato (tramite le convenzionali tabelle di conversione), la dose dei vari oppioidi usati nel trattamento di base a dose di morfina orale, il dato forse più sorprendente è stato rilevare che, indipendentemente dalla dose di oppioide di base assunta (che variava dai 40 ai 270 mg/die, morfina orale), tutti i pazienti hanno avuto beneficio ed il tempo in cui tale beneficio è comparso non aveva nessuna relazione con tale dose.
I dati sopra riportati evidenziano la variabilità individuale della risposta agli oppioidi, la difficoltà di calcolare una dose minima efficace che sia uguale per tutti, l'estrema sensibilità della risposta antalgica nei pazienti degenti in Hospice che sono portatori di malattia neoplastica in fase avanzata/terminale, basso Performance Status (Karnofsky <- 50), età per lo più avanzata.
Si può quindi concludere con la raccomandazione di una particolare attenzione, durante la terapia con oppioidi, nella scelta della dose terapeutica che va personalizzata per singolo paziente. Infatti è stato osservato che in una parte di pazienti tale terapia può risultare efficace non solo a dosi relativamente basse, ma anche se diluita nel tempo rispetto a schemi di posologia con tempistica più ravvicinata.

Effetto protettivo della restrizione calorica nei confronti della fibrosclerosi del miocardio durante l'invecchiamento nel ratto

L. Castello, G. Cavallini[1], E. Bergamini[1], G. Poli, E. Chiarpotto

Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino, Italia; [1] Centro Interdipartimentale di Ricerca su Biologia e Patologia dell'Invecchiamento, Università di Pisa, Italia

Scopo. L'invecchiamento è ormai da tempo considerato, per la sua complessità, un processo multifattoriale in cui vari meccanismi possono interagire simultaneamente operando a diversi livelli. Pur non potendo essere identificato come la causa unica dell'invecchiamento, lo stress ossidativo riveste in ogni caso un ruolo centrale in questo processo che molti studi hanno dimostrato essere associato ad un aumento del danno ossidativo alle macromolecole cellulari 1. Inoltre dati sia sperimentali sia clinici indicano l'esistenza di una correlazione tra danno ossidativo e fibrosi in diversi processi patologici cronici di numerosi organi 2 3 ed inoltre, la fibrosi può essere considerata come indice significativo di invecchiamento tessutale 4. Parallelamente allo studio del processo di invecchiamento sono state condotte delle ricerche atte ad individuare delle strategie anti-invecchiamento e la restrizione calorica (RC) è stata l'unica realmente efficace. Negli ultimi 50 anni numerosi studi hanno chiaramente dimostrato che la RC è in grado di estendere la durata di vita media e massima in tutte le specie animali testate fino ad oggi, dagli invertebrati ai mammiferi superiori 5 6 e studi prospettici indicano che la RC abbia degli effetti benefici anche sull'uomo 7. Anche se i meccanismi d'azione della RC non sono ancora stati completamente chiariti, tra le ipotesi che tuttora trovano ampi consensi, la più studiata è quella relativa alla capacità della RC di opporsi allo stress ossidativo riducendo le specie reattive dell'ossigeno (ROS) 8. In studi precedenti abbiamo dimostrato che nell'apparato cardiovascolare del ratto l'invecchiamento è accompagnato da un progressivo aumento sia dello stress ossidativo sia della fibrosi e che la RC è in grado di proteggere da entrambi questi fenomeni. Perciò si è deciso di studiare le vie di segnale potenzialmente implicate in tale fenomeno al fine di chiarire quale sia a livello molecolare il meccanismo con cui la RC esercita tali effetti benefici.
Materiali e metodi. Sono stati utilizzati ratti Sprague Dawley di diversa età (giovani: 6 mesi; adulti: 12 mesi; vecchi: 24 mesi), alimentati liberamente (ad libitum: AL) o mantenuti a dieta ipocalorica bilanciata mediante alimentazione con dieta standard a giorni alterni (Every Other Day – EOD) o mediante somministrazione di una quantità di cibo standard corrispondente al 60% della quantità assunta dagli animali a dieta libera (40% RC). Lo studio delle vie di trasduzione del segnale è stata eseguita su omogenati e sezioni di ventricolo destro con tecniche di Western Blot, immunoistochimica ed EMSA.
Risultati. Abbiamo riscontrato un aumento con l'età dell'attivazione della via MAPK di ERK, ma non di JNK e p38. Tale aumento è correlato ad un aumentata attività di legame al DNA di NFkB ed ad un aumento dei livelli di tre citochine infiammatorie, IL-1beta, IL-6 e TNF-alfa. Parallelamente aumenta anche il contenuto del peptide natriuretico atriale di tipo B e di alfa-actina sarcomerica, markers di ipertrofia cardiaca. La RC è in grado di proteggere in primis dagli aumenti età-correlati di NFkB e di conseguenza dall'aumento dei processi infiammatori e dall'ipertrofia che si verificano con il progredire dell'età.
Conclusione. Globalmente i risultati da noi ottenuti indicano le grandi potenzialità della RC nella prevenzione e nel trattamento di patologie ad evoluzione fibrosclerotica età-associate Infatti nel modello sperimentale da noi utilizzato la RC eserciterebbe un'azione protettiva complessa. Da un lato, proteggendo dallo stress ossidativo, modulerebbe preferenzialmente la via di trasduzione del segnale delle MAPK dipendente da ERK, inibendo l'attivazione del fattore di trascrizione nucleare NFkB e la trascrizione di varie citochine pro-infiammatorie (IL-1beta, IL-6, TNF-alfa) e della citochina profibrogenica TGFbeta1. Inoltre, proteggendo dal processo infiammatorio, eviterebbe l'innesco di una serie di loop di autoinduzione che porterebbero ad ulteriore attivazione di stress ossidativo, ERK, NFkB e TGFbeta1.

Bibliografia

1 Beckman KB, Ames BN. Physiol Rev 1998;78:547-81.
2 Poli G. Mol Aspects Med 2000;21:49-98.
3 Zamara E, Novo E, Marra F, Gentilini A, Romanelli RG, Caligiuri A, et al. J Hepatol 2004;40:60-8.
4 Brooks WW, Conrad CH. J Mol Cell Cardiol 2000;32:187-95
5 Masoro EJ. Sci. Aging Knowledge Environ 2003;8:RE2.
6 Mattison JA, Roth GS, Lane MA, Ingram DK. Interdiscip Top Gerontol 2007;35:137-58.
7 Roth GS, Mattison JA, Ottinger MA, Chachich ME, Lane MA, Ingram DK. Science 2004;305:1423-6.
8 Masoro EJ. Mech Ageing Dev 2005;126:913-22.

Presentazione della guida OMS per le cure palliative rivolte agli anziani: evidenze delle pratiche migliori

C. Catananti, G. Gambassi, R. Bernabei

Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma

Premessa. La guida OMS del 2004 ha mostrato come l'invecchiamento della popolazione nel mondo occidentale si accompagna a un maggior numero di anziani affetti da malattie croniche e potenzialmente letali che nella loro fase avanzata necessitano di cure palliative. Le evidenze in letteratura documentano un mancato riconoscimento dei bisogni degli anziani e il sottotrattamento del dolore e di altri sintomi 1 2. Una delle ragioni del mancato accesso a servizi di cure palliative in questa popolazione è la difficoltà di stabilire la prognosi. Una task force di esperti europei sta lavorando alla pubblicazione di una nuova guida OMS volta a fornire i migliori esempi di cure palliative per gli anziani a livello europeo.
Scopo dello studio. Presentare le caratteristiche e gli obiettivi della guida OMS sulle migliori pratiche di cure palliative per gli anziani in Europa attraverso case studies relativi a interventi specifici sui sintomi, pianificazione avanzata delle cure, assistenza domiciliare, ospedaliera e in hospice, supporto per i caregivers informali, interventi educativi.
Materiali e metodi. Gli esempi delle pratiche migliori si sono ottenuti utilizzando due metodi: revisioni della letteratura e call for examples.
Risultati. Una ricerca della letteratura sugli interventi di cure palliative in regime di assistenza domiciliare ha fornito 16 potenziali esempi di buona pratica. Inoltre, sono emersi altri esempi di buona pratica in cure palliative per gli anziani anche in altri setting assistenziali. È stato identificato un ampio spettro di esempi di buona pratica comprendenti programmi educativi e di formazione, strategie assistenziali, interventi volti al miglioramento della qualità dell'assistenza, èquipe di cure palliative multidisciplinari, attività di supporto per i caregivers. Sono stati anche raccolti i dati risultanti dal confronto inter-europeo relativi al luogo di morte: è emerso che, sebbene le persone preferiscano morire in casa, nella maggior parte delle nazioni europee si muore in ospedale. In Norvegia, Repubblica Ceca e Regno Unito meno di un quinto della popolazione muore a casa. Altro dato rilevante è che il numero e la tipologia dei servizi di cure palliative varia molto tra le differenti nazioni europee. Ci sono oltre 100 servizi di cure palliative/10 milioni di abitanti in Islanda, Regno Unito, Svezia, Irlanda, Belgio e Cipro. Queste nazioni posseggono anche un numero rilevante di medici palliativisti e di infermiere di cure palliative. Al contrario, sebbene l'Estonia abbia un numero rilevante (156) di infermiere di cure palliative non ci sono né servizi dedicati né medici palliativisti. Ucraina, Slovenia, Turchia, Serbia e Montenegro hanno pochi servizi e nessun medico né infermiera. Inoltre non tutti i servizi elencati vanno incontro alle speciali esigenze degli anziani; ad esempio non sono rivolti a persone che muoiono per altre patologie diverse dal cancro.
Conclusioni. In Europa tipologia e diffusione dei servizi di cure palliative differiscono considerevolmente tra loro; poca attenzione è rivolta ai pazienti anziani con patologie terminali diverse dal cancro; il luogo della morte non è quello prescelto dal paziente.
Esistono però in letteratura evidenze di pratiche ottimali in cure palliative.
È necessaria una implementazione e una maggiore omogeneizzazione, basata sull'evidenza, dei servizi di cure palliative rivolte agli anziani.

Bibliografia

1 Davies E, Higginson IJ. Supported by the Floriani Foundation. World Health Organization. *The solid facts: palliative care*. WHO 2004.
2 Davies E, Higginson IJ. Supported by the Floriani Foundation. World Health Organization. *Better palliative care for older people*. WHO 2004.

Determinanti nutrizionali dei livelli circolanti di IGF-1, IGFBP-3 e del loro rapporto molare nel soggetto anziano

C. Cattabiani, M. Maggio, F. Lauretani[1], A. Artoni, M. Benatti, L. Carassale, S. Bandinelli[2], G. Ceresini, S. Morganti, L. Ferrucci[3], G.P. Ceda

Clinica Geriatrica, Az. Ospedaliera-Universitaria di Parma; [1] U.O. di Geriatria, Az. Ospedaliera-Universitaria di Parma; [2] Azienda Sanitaria Firenze, [3] Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, NIA, Baltimore, Maryland, USA

Scopo. È noto che l'invecchiamento di per sé ed in particolare l'invecchiamento non di successo è caratterizzato da malnutrizione, condizione di ridotto apporto calorico e proteico, capace di amplificare ulteriormente il declino dei livelli di IGF-1 tipico dell'invecchiamento. Pochi studi hanno esaminato le relazioni esistenti fra apporto nutrizionale e livelli di IGF-1, IGFBP-3 nei soggetti anziani 1 2. Pertanto scopo di questo studio è stato quello di analizzare le relazioni esistenti fra apporto di macro- e micro-nutrienti e livelli serici di IGF-1 totale, IGFBP-3, rapporto molare IGF-1/IGFBP-3 (indice di IGF-1 libero) e IGFBP-1 in una popolazione di età > 65 a dello Studio InChianti.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 948 soggetti, 408 uomini e 540 donne, di età > 65 anni (range 65-102 anni). I livelli di IGF-1, IGFBP-1 e IGFBP-3 sono stati dosati con metodica IRMA utilizzando reagenti della DSL (Webster, Texas). La valutazione dell'apporto nutrizionale è stata effettuata con lo stesso questionario creato per lo studio EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition). Inoltre è stato valutato l'apporto di vitamine e minerali così come le concentrazioni plasmatiche di B12, B6, ~-tocoferolo, carotenoidi, e vari minerali.
Inoltre sono state considerate altre variabili quali il BMI, la funzionalità epatica con dosaggio di ALT e AST, fumo, malattie croniche, attività fisica ed *intake* alcolico. I fattori nutrizionali statisticamente correlati al sistema IGF sono stati identificati con analisi di regressione lineare aggiustate per età e apporto calorico globale.
Risultati. L'apporto energetico globale (in analisi aggiustate per età e apporto di alcol) è risultato positivamente associato con i livelli di IGF-1 solo nei soggetti di sesso femminile. Dei macronutrienti, l'apporto proteico è risultato un determinante dei livelli di IGF-1 nei maschi, mentre l'intake di CHO è risultato associato negativamente con IGFBP-3 e positivamente con il rapporto molare IGF-1/IGFBP-3. Nelle donne l'intake di grassi saturi si è associato negativamente a IGF-1 ed al rapporto molare. Nell'analisi di regressione finale aggiustata per tutti i fattori di confondimento, il rapporto molare IGF-1/IGFBP-3, indice di IGF-1 libero, è risultato significativamente associato sia all'apporto di proteine e carboidrati, sia di minerali (fosforo e Mg) e vitamine (B12) cosi come all'intake calorico globale.
Conclusione. In questa popolazione di soggetti anziani in buone condizione di salute abbiamo osservato come un più elevato apporto di proteine e minerali si associ a livelli circolanti più elevati di IGF-1 e del rapporto molare IGF-1/IGFBP-3, suggerendo che il fisiologico declino di GH e IGF-1 con l'invecchiamento possa essere esacerbato da un ridotto apporto nutrizionale con importanti ripercussioni sullo stato di salute del soggetto anziano. Questo aspetto è più evidente nel soggetto di sesso maschile. Pertanto il bilancio energetico e l'apporto di proteine, minerali e antiossidanti sono determinanti importanti dei livelli di IGF-1 e delle sue proteine leganti nel soggetto anziano.

Bibliografia

1 Giovannucci E, et al. *Nutritional predictors of insulin-like growth factor I and their relationships to cancer in men*. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention 2003;12:84–9.
2 Holmes MD, et al. *Dietary correlates of plasma IGF-I and IGFBP-3 concentrations*. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention 2002;11:852-61.

Declino funzionale nelle BADL dopo ricovero in ospedale: ruolo predittivo della "Short Physical Performance Battery"

M. Cavalieri, F. Sioulis[1], G. Guerra, L. Rossi, C. Maraldi, G. Zuliani, J.M. Guralnik[1], R. Fellin, S. Volpato

Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università di Ferrara; [1] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, NIH, Bethesda, MD, USA

Scopo. Nel soggetto anziano l'ospedalizzazione rappresenta un importante fattore di rischio di declino funzionale e disabilità 1. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che la valutazione funzionale degli arti inferiori tramite misure oggettive di performance permette di identificare i soggetti anziani ad elevato rischio di declino funzionale e disabilità 2. Tuttavia questi studi hanno valutato prevalentemente soggetti anziani che vivono a domicilio e in fase di stabilità clinica, mentre sono disponibili pochi dati sui pazienti anziani in fase acuta. Scopo di questo studio è stato valutare il valore predittivo di una batteria di misure oggettive di performance fisica (Short Physical Performance Battery) 2 in termini di declino funzionale nelle attività di base del vivere quotidiano (ADL) nei 12 mesi dopo la dimissione da un reparto ospedaliero per acuti.

Materiali e metodi. Lo studio longitudinale comprende 84 pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati per patologie acute, in grado di camminare e senza grave deterioramento cognitivo (MMSE > 18). Ciascun paziente, oltre ad una accurata valutazione clinica, è stato sottoposto ad una valutazione multidimensionale comprendente stato funzionale, valutato con il grado di autonomia nelle attività di base (BADL) e strumentali (IADL) del vivere quotidiano, stato cognitivo (MMSE) e livello di comorbilità valutato utilizzando la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS); ogni paziente è stato valutato mediante la Short Physical Performance Battery (SPPB: velocità di cammino su 4 metri, tempo impiegato per alzarsi 5 volte da una sedia, test dell'equilibrio). Tale valutazione è stata effettua all'ingresso in reparto, alla dimissione e 7 e 30 giorni dopo la dimissione con visita domiciliare. I pazienti sono stati intervistati telefonicamente a 3, 6, 9 e 12 mesi per ottenere informazioni sul livello di autonomia nelle ADL. Ad ogni intervista è stato calcolato un punteggio complessivo di disabilità nelle ADL 3. L'analisi statistica è stata effettuata con regressione per misure ripetute (random-effects regression model).

Risultati. L'età media del campione era 77,2 ± 6,3; il 51,2% era costituito da donne. Il punteggio SPPB al momento della dimissione era 7,12 ± 3,0. Nei 30 giorni dopo la dimissione tale punteggio è rimasto invariato nel 40% dei pazienti, è migliorato nel 40,3% ed è peggiorato nel 18,2%. Il punteggio SPPB valutato al momento della dimissione era inversamente correlato con il peggioramento dello stato funzionale nelle ADL nel corso dei 12 mesi di follow-up (}: -0,024; p = 0,034). Tale relazione rimaneva significativa dopo aggiustamento per età, sesso, livello di comorbilità e stato funzionale nelle BADL prima del ricovero (}: -0,026; p = 0,020). Quando abbiamo considerato le modificazioni del punteggio SPPB nei primi 30 giorni dopo la dimissione i soggetti con peggioramento del punteggio presentavano un più marcato declino funzionale nelle BADL nel corso dei 12 mesi successivi rispetto ai pazienti con punteggio SPPB invariato nei primi 30 giorni dopo la dimissione, indipendentemente da età, sesso, comorbilità e stato funzionale prima del ricovero (p = 0,045).

Conclusione. Nei pazienti anziani ospedalizzati le misure oggettive di performance degli arti inferiori al momento della dimissione, e la loro variazione nei trenta giorni successivi, predicono le modificazioni funzionali nelle BADL nei 12 mesi successivi al ricovero. La valutazione funzionale con SPPB sembra costituire un utile strumento per identificare i soggetti ospedalizzati ad alto rischio di declino funzionale futuro.

Bibliografia

1 Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. *Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization*. J Gen Intern Med 2007;22:668-74.

2 Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. *Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability*. N Engl J Med 1995;332:556-61.

3 Ostir GV, Volpato S, Kasper JD, Ferrucci L, Guralnik JM. *Summarizing amount of difficulty in ADLs: a refined characterization of disability. Results from the women's health and aging study*. Aging Clin Exp Res 2001;13:465-72.

Indagine su stress e burnout nella RSA di Varazze, ASL 2 ligure

A.R. Cavallaro, M.A. Arecco, B. Beltrame, M. La Masa, A. Venturino, L. Zunino, M. Barbero

U.O.S. RSA Varazze, Dipartimento Cure Primarie

All'interno di struttura residenziali di diagnosi e cura, in particolar modo in ambito geriatrico, l'operatore si trova ad affrontare diverse situazioni stressanti e a dover rispondere ad esse. Ma quanto l'esposizione a tali stimoli logora chi svolge una "professione di aiuto"?

Negli anni le ricerche scientifiche in ambito psicologico hanno dato risposta a questo quesito (Cherniss, 1983; Maslach, 1992; Cassidy, 2002) in diversi campi e, in ambito sanitario, si è sempre più sentita la necessità di rintracciare non solo gli indicatori di stress lavorativo ma soprattutto quelli di uno dei derivati dello stress che più influenza l'operato nelle professioni suddette e cioè la Sindrome del *Burnout*.

Si è infatti compreso come stress e *burnout* possano non solo portare alla manifestazione di diverse patologie da parte degli operatori ma soprattutto a modificazioni comportamentali significative che, oltre all'assenteismo, sfociano nell'incapacità nel prendersi cura efficacemente dei pazienti.

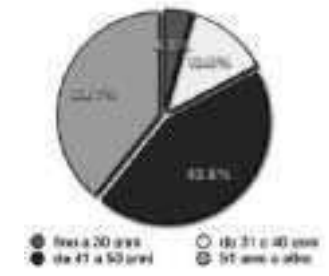
Alla luce di queste considerazioni è chiaro che l'intento dell'indagine svolta all'interno della RSA "S. Maria in Bethlem" di Varazze (SV) è stato quello di valutare gli operatori per poter comprendere se vi sia la presenza o meno di stress e di elementi legati al *burnout*. Valutazione utile in modo da poter avere un quadro della situazione rispetto ai rischi per quanto riguarda il manifestarsi di patologie stress correlate e per poter considerare anche come tutto ciò possa influenzare l'attività della struttura.

Materiale e metodi. A tutti gli operatori della RSA è stato consegnato un questionario composto da due parti; la prima, introduttiva volta a raccogliere dati non solo di tipo anagrafico ma anche su altri *patterns* importanti quali impegno lavorativo, soddisfazione, sostegno sociale ecc. La seconda sezione, prettamente valutativa, composta dal *Maslach Burnout Inventory* (MBI, versione italiana Sirigatti e Stefanile, 1988), dallo *Stress Burnout Inventory* (SBI, Anchisi, Gambotto, Stefanini, 2004) e dallo *Short Disease Proneness Inventory* (SDPI, Eysenck, 1995).

Il campione dei rispondenti al questionario è risultato di 23 soggetti di cui 4 uomini e 19 donne.

Risultati. Per quanto riguarda l'impegno lavorativo i soggetti che hanno risposto al questionario dichiarano di lavorare in media 155 ore al mese (min 144 ore, max 163 ore) con 6 giorni di riposo al mese (min 4, max 9). Un dato interessantissimo riguarda l'età di questi soggetti che in media è di 47,87 anni (min 28, max 61).

Dividendo per fasce d'età il campione esso risulta distribuito come nella Figura 1.



Per quanto riguarda gli elementi di soddisfazione lavorativa e di percezione di adeguatezza di orari struttura ecc. il campione ha risposto considerando da molto ad estremamente piacevole il proprio lavoro nel 56,5% dei casi anche se del proprio lavoro è poco o per niente soddisfatto il 43,5% dei soggetti; il 56,5% degli operatori è inoltre insoddisfatto della struttura in cui lavora fino ad arrivare al 72,2% che lo è rispetto all'organizzazione della struttura stessa; per quanto riguarda gli orari il campione si distribuisce quasi equamente fra soddisfatti e insoddisfatti.
Analizzando i dati risultanti dal MBI che prevede che livelli alti alla scala di Esaurimento Emotivo (EE) e Depersonalizzazione uniti a bassa Realizzazione Personale siano indicativi di *burnout* il campione è risultato avere i seguenti valori:
Per quanto riguarda i dati dello SBI per il quale stress e *burnout* vengono considerati separatamente anche se visti come parte di un continuum, i risultati dell'indagine sono stati i seguenti:

Scala dello Stress dello SBI	
Abitudini stressogene scarse	26,1
Abitudini stressogene medie	21,7
Abitudini stressogene indicate per il *counseling*	8,7
Abitudini stressogene indicate per la terapia	43,5

Scala del *burnout* dello SBI	
Disturbi leggeri	26,1
Disturbi medi	26,1
Disturbi indicati per il *counseling*	26,1
Disturbi indicati per la terapia	21,7

Nel test di personalità SDPI, il cui risultato mostra un tratto di personalità prevalente rispetto ai 6 che valuta in complessivo, il tratto che presenta un valore in generale più alto è il Tratto 4 o Assertivo, il che indica che buona parte degli operatori riconosce e rispetta profondamente il valore umano, pone sullo stesso piano i propri diritti e quelli degli altri, senza prevaricarli o lasciandosi prevaricare, collocandosi quindi a metà strada fra l'aggressività e la passività. Prerogativa dell'assertivo è la capacità di bilanciare i propri bisogni con quelli degli altri.
Conclusioni. I risultati di questa indagine mostrano un quadro alquanto allarmante dimostrando come non solo una buona percentuale dei partecipanti possiede delle abitudini stressogene patologizzanti ma soprattutto come il *burnout* in alcuni casi sia già una realtà presente. Tutto questo, unito all'anzianità del personale e all'insoddisfazione verso diversi aspetti della propria vita lavorativa, potrebbe avere molte conseguenze sia dal punto di vista della salute del personale sia per quanto riguarda il livello di efficienza di quest'ultimo.
Un dato che però conforta e permette di attenuare gli effetti del *burnout* è quello derivante dal test di personalità. Se infatti stress e *burnout* affliggono in parte il nostro campione, tale valutazione usa, in risposta, un atteggiamento di fronteggiamento, di non chiusura verso l'altro e di risoluzione dei problemi.

Attaccamento al luogo e relazioni sociali in un gruppo di anziani liguri

P. Cavallero, B. Bertocci[1]

Dipartimento di Psicologia, Scuola di Psicologia della Salute, Bologna; [1]Specializzanda alla Scuola di Psicologia della Salute, Bologna

Scopo. Questa ricerca ha lo scopo di indagare l'attaccamento al luogo in un gruppo di anziani liguri dato che, in questa fascia di età, il permanere nella residenza abituale favorisce una migliore qualità di vita e permette di approfondire i legami con l'ambiente fisico e con la rete di relazioni sociali [1]. Si sviluppa così una situazione di interdipendenza tra individuo e ambiente che dà sicurezza all'anziano ed offre la possibilità di relazionarsi con i vicini e con i familiari e di mantenere le tradizioni e la cultura del luogo [2]. Il rapporto con il luogo sarà quindi molto più forte quando sarà possibile portare avanti tradizioni, relazionarsi con familiari ed amici e avere la possibilità di ricordarsi di persone che vivevano lì. Il sentimento di attaccamento ad una località costituisce una parte della nostra identità ed il luogo assume un'importanza più o meno rilevante a seconda dell'esperienza che l'individuo ha maturato con il proprio ambiente [3]. Il tempo trascorso in quel territorio potrà quindi costituire una variabile importante nella definizione dell'attaccamento al luogo. La ricerca ipotizza che chi vive da più di cinquanta anni in una località abbia un maggior attaccamento al luogo rispetto a chi ci abita da meno tempo. Nello studio si cerca anche di differenziare l'attaccamento al luogo tra coloro che abitano in città ed in paese, ipotizzando che i piccoli centri possano favorire di più le relazioni interpersonali e possano aumentare la soddisfazione della vita. Si ipotizzano inoltre differenze riguardo alla presenza o all'assenza di un partner, dato che il vivere in coppia può modificare il rapporto col luogo. Altre differenziazioni riguardano l'interesse e la frequenza di gruppi.
Materiali e metodi. A 95 anziani liguri (30 maschi e 65 femmine) sono stati somministrati una Scheda Socio Anagrafica, un Questionario sulla vita di relazione (appositamente costruito) e la Scala dell'Identità Urbana [4]. Questo strumento è composto da 20 *item* su una scala Likert a 5 punti che indagano cinque dimensioni: "*Valutazione Esterna*" (riguarda l'orgoglio dei cittadini di vivere in un certo contesto), "*Continuità con il proprio passato*" (evidenzia l'importanza che la propria città riveste nel proprio passato), "*Attaccamento Generale*" (fa riferimento al legame affettivo che unisce un individuo alla propria città), "*Percezione di familiarità*" (riguarda la dimensione della quotidianità rispetto al contesto in cui si vive) e "*Prospettive per il futuro*" (importanza data alla città nel proprio futuro). Sulla Scheda socio anagrafica e sul Questionario riguardante le relazioni con gli amici abbiamo calcolato le frequenze e le percentuali, sulla Scala di Identità Urbana, dopo aver controllato l'attendibilità, sono stati calcolati i punteggi sui cinque fattori. Con l'analisi "t" di Student si sono indagate le differenze ipotizzate.
Risultati. Gli anziani si sentono inseriti in una appagante rete di relazioni, hanno interesse a frequentare gruppi e soprattutto dimostrano di avere una buona identità urbana. Inoltre, come ipotizzato, coloro che risiedono nel luogo da più di cinquanta anni hanno con il luogo una maggiore percezione di familiarità ed un maggiore legame affettivo. Coloro che vivono in città dimostrano meno orgoglio nel vivere in un certo luogo ma credono che il contesto in cui vivono abbia una maggiore importanza per il futuro. Coloro che non hanno un partner sono poi più attaccati al luogo, percepiscono una maggiore continuità con il passato e una maggiore percezione di familiarità. Oltre a ciò coloro che frequentano gruppi di coetanei tendono a familiarizzare di più con l'ambiente.
Conclusione. Come ipotizzato, il vivere da più tempo in un luogo permette di sviluppare una maggiore identità urbana. Anche il vivere in città o nei paesi costituisce un'ulteriore variabile che influisce non tanto sull'attaccamento ma sulla continuità con il passato e con le prospettive per il futuro. Infine, è l'effettivo contatto con gli altri e non il solo interesse a determinare un maggior grado di appartenenza territoriale.

Bibliografia

1 Bonnes M, Secchiaroli G. *Psicologia ambientale*. Roma: Carrocci 1998.
2 Shamai S, Ilatov Z. *Measuring sense of place: Methodological Aspects*. Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie 2005;96:467-76.
3 Giuliani MV, Barbey G. *Autobiographical reports of residential experience: an exploratory study*. In: Bulos M, Teymur N, a cura di. Housing: Design, Research, Educations Aldershot, Avebury 1993, p. 81-94.
4 Lalli M. *Urban Related Identità: measurement and Empirical findings*. J Environ Psichol 1992;12:285-303.

Comorbidità psicogeriatrica: i dati dello studio "Osservare per conoscere"

G. Cecchetto, M. Saugo[1], M. Pellizzari[1], V. Lepore[2], M. Zanardo, A. Attanasio

U.O. Lungodegenza P.O. Castelfranco Veneto; [1] Servizio Epidemiologico Area Alto Vicentino ULSS 4; [2] Laboratorio di Epidemiologia Assistenziale Consorzio "M. Negri" Sud

Scopo. Nella popolazione anziana la sintomatologia psichiatrica tende a d esprimersi maggiormente sul versante somatico e cognitivo. Si manifesta con mancanza di interessi, apatia, disturbi del sonno, ansia e altre preoccupazioni somatiche. Lo scopo del nostro studio è descrivere come su una ampia popolazione anziana il medico di medicina generale (MMG) percepisce le problematiche di comorbidità in relazione a deterioramento cognitivo e depressione e altri sintomi psichiatrici.
Materiali e metodi. Nel 1999 la Regione Veneto ha promosso uno studio che aveva come ricercatori i MMG cui è stato rivolto l'invito di partecipare ad uno studio che tramite valutazione multidimensionale tracciasse il profilo di salute degli anziani ultra75enni così come percepito e valutato da loro. 2.491 Medici hanno accettato l'invito a questa ricerca che prevedeva l'arruolamento casuale del 25% dei loro assistiti di età = > 75 anni residenti nel proprio domicilio in Veneto il 1/6/1999. Ne è risultata una coorte di 71.387 anziani.
Risultati. Pressoché metà di questa popolazione è interessata ad una o più problemi di tipo psicogeriatrico con un trend in crescita che coinvolge la popolazione più anziana e quella femminile in particolare. Sono state definite come sintomi psicogeriatrici il deficit cognitivo moderato/grave, la depressione, l'ansia, l'insonnia. Per facilitare l'analisi sono stati creati 4 raggruppamenti mutuamente esclusivi: il deficit cognitivo isolato, la depressione (selezionata in maniera gerarchica in compresenza di altre sindromi, l'ansia/insonnia (raggruppate in un'unica categoria) e i quadri misti (compresenza di deficit cognitivo e ansia/insonnia).

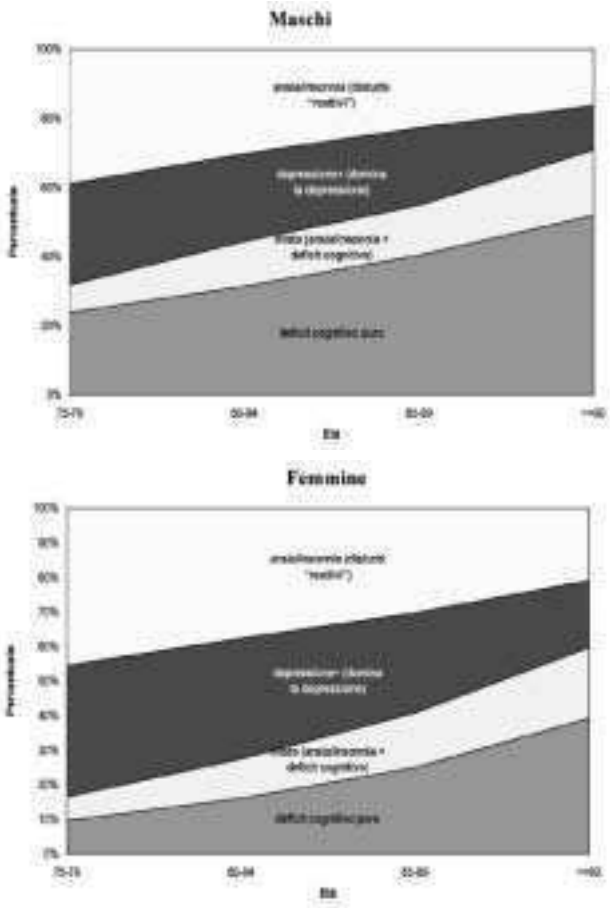
Tab. I. Prevalenza di problemi psicogeriatrico in 71.387 ultra75enni (Studio traversale Osserare per Conoscere).

Classe di età	Sesso				Totale	
	M		F			
	N	%	N	%	N	%
75-79	4422	35%	10816	53%	15238	45%
80-84	2559	44%	6280	58%	8839	53%
85-89	2070	49%	5945	63%	8015	58%
≥ 90	666	56%	2609	67%	3275	64%
Totale	9717	41%	25650	58%	35367	51%

Metà della popolazione osservata (Tab. I) presenta uno o più problemi di tipo psicogeriatrico con un trend in crescita che coinvolge la popolazione più anziana e quella femminile in particolare. I "problemi" ansia e insonnia quando considerati in associazione sono presenti in una percentuale della popolazione molto elevata, in particolare nelle femmine. Il deficit cognitivo e la depressione vedono una importante diversità di genere (Grafico 1): un numero più elevato di uomini rispetto alle donne viene inquadrato come deficit cognitivo già nelle prime fasce di età rispetto alle donne che vengono inizialmente inquadrate come depresse, mentre il deficit cognitivo strutturato viene riconosciuto solo più avanti negli anni.
Conclusione. La sintomatologia depressiva, i disturbi del sonno, l'ansia e il deterioramento cognitivo sono comuni problemi nell'età anziana. Spesso questi sintomi, soprattutto la depressione precedono il deterioramento cognitivo, così da mascherare frequentemente quest'ultimo. Possiamo dire che questi problemi sono contigui, talvolta si intersecano e talvolta più frequentemente hanno una relazione di continuità. Nella nostra popolazione il trend del "problema" deficit cognitivo aumenta con gli anni ed è il problema se considerato a se stante più rappresentato nella nostra popolazione (20%). Ciò può essere dovuto anche alla età molto avanzata del nostro campione. Chodosh et al. conclude in un suo studio che la depressione predice indipendentemente da altri fattori di rischio il declino cognitivo in anziani precedentemente con buon livello funzionale.

L'osservazione dei "problemi" di questa popolazione con lo sguardo del MMG suggerisce l'importanza di un approccio ai problemi psicogeriatrici che preveda non tanto unicamente il riconoscimento e il trattamento dei sintomi, ma una presa in carico e un monitoraggio della complessità e della sua evoluzione in età avanzata con azioni coerenti ai bisogni degli anziani e dei loro familiari.

Compresenza/diagnosi differenziale di Depressione, Ansia/Insonnia e Deficit Cognitivo.



Bibliografia

1 Lepore V, Saugo M, D'Ettorre A, Poli A, Pellegrini F, Pellizzari M, et al. *Progetto "Osservare per Conoscere". La valutazione multidimensionale della popolazione anziana nella pratica della medicina generale*. Ricerca & Pratica 2006;22:7-55.

2 Chodosh J, Kado DM, Seeman TE, Karlamangla AS. *Depressive symptoms as a predictor of cognitive decline: MacArthur Studies of Successful Aging*. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15:406-15.

Prevalenza di comorbidità nei pazienti anziani affetti da demenza

M. Ceci, W. Gianni, F. Fedullo, M. Cicerchia, A. Scuteri, A. Assisi, A.M. Brancati

INRCA-IRCCS, U.O. Geriatrica, Roma

Scopo. Lo scopo di questo studio è analizzare la prevalenza di comorbidità nei pazienti anziani affetti da declino cognitivo e correlare questi dati con quelli ricavati da un gruppo di controllo.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 263 pazienti. Il campione è stato diviso in due gruppi uno composto da pazienti geriatrici affetti da declino cognitivo (170 pazienti) e l'altro di controllo (93 pazienti). I pazienti sono stati suddivisi in base al risultato ottenuto dalla somministrazione del *Mini*

Mental State Examination (MMSE). I pazienti affetti da declino cognitivo sono stati ulteriormente suddivisi a seconda del tipo di demenza presente. A tutti i pazienti è stata somministrata la Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM), comprendente: MMSE, ADL, IADL, GDS e la CIRS per le comorbidità.

Risultati. L'Indice di Comorbidità dei pazienti affetti da demenza è risultato in media di 3,6 ± 1,56, mentre la media dell'Indice di Severità era pari a 1,85 ± 0,83. In entrambi i casi nella popolazione di anziani affetti da demenza sono stati rilevati valori superiori rispetto alla media del gruppo di controllo. I punteggi medi ottenuti nelle scale della VGM sono risultati inferiori nei pazienti affetti da demenza rispetto a quelli ottenuti dai controlli. L'analisi statistica, effettuata mediante test t di Student per dati appaiati e test di correlazione e regressione lineare R di Pearson, ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra le variabili, cioè valori ottenuti dalla CIRS ed il valore dei punteggi ottenuti al MMSE, calcolati per i due gruppi di pazienti.

Conclusione. Sull'associazione demenze e comorbidità c'è poco in letteratura. La logica ci suggeriva che il demente ha oggettivamente più comorbidità del non demente, banalmente perché alcune di esse sono delle concause della demenza stessa. I risultati dimostrano che l'anziano affetto da demenza ha una prevalenza di comorbidità con indice di severità maggiore rispetto all'anziano cognitivamente sano. In conclusione, crediamo sia fondamentale la valutazione della comorbidità nel paziente demente per i risvolti clinico-funzionali ed economici che questa comporta e per una maggiore accuratezza nel trattamento di questi pazienti che sono sicuramente più a rischio di altri di fragilità e soprattutto perdita di autosufficienza.

Bibliografia

1. Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, et al. *Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease*. J Gerontol A Bio Sci Med Sci 2002;57A: M173-7.
2. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Brod MS, et al. *Are Alzheimer patients healthier?* J Am Geriatr Soc 1988;36:219-24.
3. Shubert CC, Boustani M, Callahan CM, et al. *Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker?* J Am Geriatr Soc 2006;54:104-9.
4. Rozzini R, Sabatini T, Barbisoni, et al. *How to measure comorbidity in elderly persons*. J Clin Epidemiol 2004;57:321-2.
5. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. *Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: initial validation of a comorbidity assessment instrument*. Health Qual Life Outcomes 2005;3:51-8.
6. linn BS, Linn MW, Gurel L. *Cumulative Illness Rating Scale*. J Am Geriatr Soc 1968;16:622-6.
7. Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, et al. *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population*. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-7.

Il diploma di Master Universitario in cure palliative per medici aumenta il consumo di morfina cloridrato iniettabile in Unità Geriatrica per Acuti

A. Cella, V. Curiale, G. Cuneo[1], C. Fraguglia[1], S. Trasciatti, E. Palummeri

Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie; [1] Struttura Complessa Farmacia, E.O. Ospedali "Galliera", Genova

Scopo. Descrivere le modificazioni del consumo di morfina cloridrato iniettabile in Unità Geriatrica per Acuti in seguito al conseguimento del diploma di Master Universitario di II livello in Cure Palliative da parte di un medico della Struttura. Confrontare i dati di consumo dell'Unità Geriatrica per Acuti con i Reparti di Medicina Interna del medesimo Ente Ospedaliero ove non è individuabile un medico dedicato alle Cure Palliative.

Materiali e metodi. Abbiamo considerato in intervallo temporale di 4 anni. Anni 2004 e 2005, prima del diploma di Master e gli anni 2006 e 2007, ad esso successivi. Collocazione: Ente Ospedaliero di 435 posti letto, suddivisi in 20 unità di degenza delle quali 3 di Medicina Interna ed una Unità Geriatrica per Acuti di 19 posti letto. Abbiamo raccolto dati relativi al consumo di morfina cloridrato iniettabile, alle caratteristiche dei pazienti, alla durata dei ricoveri e alla mortalità.

Risultati. Nell'anno 2004 l'Unità Geriatrica per Acuti ha consumato 500 mg di morfina cloridrato iniettabile pari a 1 mg per paziente ricoverato. Nell'anno 2007 il consumo era passato a 11.550 mg, pari a 21 mg per paziente ricoverato. L'età media dei ricoverati in Unità Geriatrica per Acuti era di 83,6 anni nel 2004 e di 84,9 nel 2007; la durata media della degenza, pari a 12 giorni, è rimasta sostanzialmente invariata nel corso dei 4 anni; la mortalità è passata da 12,1% del 2004 a 18,2% del 2007. Nell'arco temporale considerato i Reparti di Medicina Interna hanno consumato 3 mg di morfina cloridrato iniettabile per paziente ricoverato, l'età media è passata da 72,9 anni nel 2004 a 75 nel 2007, la durata della degenza, pari a 7 giorni, è rimasta sostanzialmente invariata; la mortalità è passata da 10,5% nel 2005 al 12,7% nel 2007.

Conclusione. Il conseguimento del diploma di Master Universitario di II livello in Cure Palliative da parte di un geriatra in servizio presso la nostra Unità Geriatrica per Acuti ha determinato un sostanziale aumento del consumo di morfina cloridrato iniettabile in reparto, sopravanzando così di molto il consumo medio dei reparti di Medicina Interna dell'Ente Ospedaliero. Nell'arco temporale considerato età media e mortalità sono aumentate sia in Medicina Interna che in Geriatria per Acuti. In quest'ultima si ricoverano pazienti più anziani, la durata della degenza è maggiore e la mortalità è più alta. Riteniamo che il conseguimento di un diploma universitario in Cure Palliative abbia favorito il riconoscimento dei bisogni di cure palliative dei pazienti critici e morenti in Unità Geriatrica per Acuti e abbia reso più credibile ed accettabile l'adozione di questo approccio specialistico.

Valutazione della relazione tra età e funzione tiroidea e studio del rapporto tra ipertiroidismo subclinico e funzione cognitiva nel soggetto anziano: risultati dallo studio InCHIANTI

G. Ceresini, F. Lauretani[1], M. Maggio, G.P. Ceda, S. Morganti, S. Bandinelli[2], J.M. Guralnik[3], A.R. Cappola[4], G. Valenti, L. Ferrucci[5]

Clinica Geriatrica, Università di Parma; [1] ARS Toscana, Firenze; [2] Unità di Geriatria, ASF Toscana, Firenze; [3] Laboratory of Epidemiology, Demography, and Biometry, National Institute on Aging, Baltimore, MD, USA; [4] University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA, USA; [5] Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging, Baltimore, MD, USA

Scopo. La prevalenza delle tireopatie è superiore nel soggetto anziano quando confrontato con il giovane-adulto. Ciò è soprattutto evidente per le forme subcliniche di disfunzione tiroidea. Nonostante i dati della Letteratura dimostrino l'importante ruolo degli ormoni tiroidei nella regolazione della funzione cerebrale, gli studi epidemiologici hanno riportato dati contrastanti tra disfunzione tiroidea e cognitività.

Gli scopi dello studio sono stati i seguenti: 1) individuazione dei diversi tipi di disfunzione tiroidea nei partecipanti allo studio InCHIANTI; 2) valutazione del rapporto tra livelli di FT3, FT4 e TSH con l'età nei soggetti eutiroidei; 3) studio del rapporto tra disfunzione tiroidea subclinica e stato cognitivo del soggetto anziano.

Materiali e metodi. I partecipanti allo studio erano costituiti da uomini e donne di età compresa tra 29 e 102 anni. Tutti i soggetti che erano in trattamento con farmaci di cui è nota l'influenza sulla funzione tiroidea, incluse le preparazioni di ormoni tiroidei, sono stati esclusi dallo studio. In tutti i soggetti sono stati dosati: FT3, FT4 e TSH con metodo chemiluminescente, Cortisolo, Interleuchina-6 (IL-6) e Tumor necrosis factor-alfa (TNF-alfa) con metodo immunoenzimatico. La cognitività è stata valutata mediante *Mini Mental State Examination* (MMSE). Una condizione di deterioramento cognitivo veniva definita quando il punteggio MMSE era < 24. Altre covariate considerate nello studio sono state: abitudine al fumo, introito giornaliero di energia, attività fisica; in merito alla comorbidità, le malattie specificamente valutate sono state: Insufficienza cardiaca, infarto miocardico, diabete mellito, ipertensione arteriosa e M. di Parkinson. In accordo con le diverse concentrazioni di TSH, FT3 e FT4 i partecipanti sono stati inclusi nelle seguenti categorie: 1) ipotiroidismo conclamato, 2) ipotiroidismo subclinico, 3) eutiroidismo, 4) ipertiroidismo subclinico, 5)

ipertiroidismo conclamato. Quattro soggetti con sindrome da bassa sono stati esclusi dallo studio.
Indagini statistiche: Le differenze tra soggetti giovani (età < 65 anni) ed anziani (età ≥ 65 anni) sono state valutate mediante Chi-quadrato. La relazione tra età e funzione tiroideaLe differenze delle caratteristiche della popolazione riguardo i gruppi di funzione tiroidea sono state esaminate utilizzando modelli di regressione logistica o multivariata aggiustati per età e sesso. Modelli *parsimonial* ottenuti attraverso una selezione a posteriori dei modelli iniziali corretti (che inizialmente includevano età, sesso, livello di istruzione, livello di attività fisica, fumo, infarto, M. di Parkinson, ipertensione, insufficienza cardiaca, diabete) sono stati utilizzati per identificare la correlazione tra ipertiroidismo subclinico ed il punteggio MMSE.
Risultati. *Prevalenza della disfunzione tiroidea nei soggetti studiati*. La valutazione dei dati è stata effettuata per 1.171 soggetti. Tra i giovani (n. 255; 139 donne e 116 uomini), 243 soggetti (95%) erano eutiroidei, 1 soggetto era affetto da ipotiroidismo conclamato ed 1 da ipotiroidismo subclinico, mentre 5 (2%) e 5 (2%) erano affetti rispettivamente da ipertiroidismo conclamato e subclinico. Tra i 916 anziani (n. 513 donne e 403 uomini), 800 soggetti (87%) erano eutiroidei, 5 (0,6%) e 25 (2,7%) erano affetti rispettivamente da ipotiroidismo conclamato e subclinico, 15 (1,6%) e 71 (7,8%) rispettivamente da ipertiroidismo conclamato e subclinico. Sia l'ipotiroidismo subclinico che l'ipertiroidismo subclinico sono risultati essere significativamente più frequenti negli anziani rispetto ai giovani (rispettivamente, $p < 0,03$, $p < 0,002$).
Correlazioni tra età ed assetto ormonale tiroideo nei soggetti eutiroidei. Nell'analisi limitata ai soggetti eutiroidei, i livelli di TSH erano lievemente, ma significativamente, più bassi nei soggetti anziani ($p < 0,03$). A ciò si accompagnava un decremento età-correlato di FT3 ($p < 0,001$) ed un incremento di FT4 ($p < 0,001$). Tali dati non venivano modificati dopo correzione per livelli di cortisolo sierico, IL-6 e TNF-alfa.
Ipertiroidismo subclinico e funzione cognitiva. Lo studio della relazione tra la funzione tiroidea ed i parametri relativi alla cognitività è stato focalizzato sui soggetti anziani affetti da ipertiroidismo subclinico che è risultato essere la disfunzione tiroidea più frequente nella popolazione oggetto di questo studio. Corretto per i fattori confondenti e confrontato con i soggetti eutiroidei, il punteggio del MMSE era significativamente più basso nei soggetti affetti da ipertiroidismo subclinico ($22,61 \pm 6,88$ *vs.* $24,72 \pm 4,52$, $p < 0,05$). All'analisi di regressione multivariata, dopo correzione per diversi fattori confondenti, la probabilità di un deficit cognitivo associato all'ipertiroidismo subclinico era, rispetto all'eutiroidismo, di 2,26 (95% CI: 132-3,91) ed era statisticamente significativa ($p = 0,003$).
Conclusione. Questo studio di popolazione conferma un'aumentata prevalenza di disfunzione tiroidea nel soggetto anziano. Nel soggetto anziano eutiroideo i valori di TSH e FT3 si riducono e quelli di FT4 incrementano, probabilmente in seguito ad un'anomalia età-correlata della deiodazione periferica della T4. L'ipertiroidismo subclinico rappresenta la disfunzione tiroidea più frequente in questa popolazione ed è accompagnato da un peggioramento della cognitività.

Approccio onco-geriatrico nella gestione dei pazienti anziani affetti da patologia gineco-oncologica

M. Cesari, G. Colloca, A.C. Testa[1], M.C. Masi[1], F. Cerullo, M. Ciaburri, G. Gambassi, G. Scambia[1], R. Bernabei

Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma; [1] Dipartimento per la tutela della salute della donna e della vita nascente, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma

Premessa ed obiettivi. I pazienti con età superiore ai 65 anni presentano un rischio 11 volte superiore di incidenza di neoplasia e 16 volte superiore di mortalità per cancro rispetto ai pazienti più giovani [1 2]. Nello stesso tempo, è stato documentato che i pazienti anziani con patologia neoplastica hanno una probabilità inferiore di ricevere i trattamenti oncologici standard (nonostante i dimostrati benefici) rispetto ai pazienti più giovani, a causa di una presunta minor tolleranza ai trattamenti stessi [3 4]. Tuttavia, esiste un'ampia eterogeneità clinica fra i pazienti anziani a parità di età anagrafica. Tali differenze fanno sì che valutare l'eleggibilità per un determinato tipo di intervento/trattamento non si possa basare sul semplice dato anagrafico.
L'obiettivo primario del presente progetto è quello di valutare se l'aggiunta di un medico geriatra in un team standard di oncologi nella gestione quotidiana dei pazienti anziani ricoverati presso un reparto ospedaliero di ginecologia oncologica possa permettere di aumentare il numero di pazienti eleggibili a trattamento chemioterapico, radioterapico, palliativo e/o chirurgico standard.
Fra gli obiettivi secondari, lo studio si propone, inoltre, di valutare come differenti modificazioni biologiche (ad esempio, della composizione corporea) e cliniche (ad esempio, della funzione fisica) correlate all'invecchiamento possano influenzare *outcome* di particolare rilevanza clinica nella gestione dei pazienti anziani oncologici.
Materiali e metodi. Lo studio si articolerà in due fasi. In una prima fase retrospettiva (Fase I), si raccoglieranno i dati di interesse dalle cartelle cliniche archiviate dei pazienti anziani ricoverati presso un reparto di ginecologia oncologica nei due anni precedenti l'inizio del presente progetto. Questo gruppo di pazienti costituirà il gruppo retrospettivo di controllo che verrà utilizzato per confrontare i cambiamenti che l'inclusione del medico geriatra nello stesso reparto apporterà. Infatti, nella seconda fase (Fase II) del progetto, un medico geriatra si unirà come consulente fisso al team gineco-oncologico già presente nel reparto. In particolare, si occuperà di valutare in maniera multidimensionale i pazienti anziani oncologici che verranno ricoverati e fornirà il suo contributo nelle scelte terapeutiche ed assistenziali che verranno erogate.
Da dati disponibili in letteratura, è stato calcolato che, per ottenere un'adeguata potenza statistica, dovranno essere arruolati/valutati 1.000 pazienti in totale (500 durante la Fase I e 500 nel corso della Fase II).
Oltre alla valutazione multidimensionale mediante utilizzo di *Minimum Data Set* oncologico nel corso della Fase II, tutti i partecipanti allo studio (sia quelli reclutati nella Fase I, che nella Fase II) verranno valutati dal punto di vista sociodemografico, clinico, biologico e comportamentale mediante utilizzo di scale e questionari validati. Si misureranno, inoltre, *marker* di funzione fisica e di composizione corporea. Tutti i partecipanti, infine, verranno contattati a 6 e 12 mesi dal momento del ricovero per valutarne lo stato vitale e la qualità di vita a distanza di tempo.
Implicazioni cliniche. Il presente progetto rappresenta il primo tentativo di valutare gli effetti che un approccio combinato da parte di specialisti oncologi e geriatri possa apportare sulle scelte terapeutiche e l'assistenza erogata a pazienti anziani oncologici. Come precedentemente osservato in studi condotti presso altri *setting* assistenziali ed in differenti specialità (ad esempio, unità ortogeriatriche), l'aggiunta dello specialista geriatra nella gestione del paziente anziano ha dimostrato di essere di beneficio nel conseguimento di molteplici *outcome* di rilevanza clinica (ad esempio, riduzione della mortalità, aumentato numero di pazienti operati, riduzione della durata di degenza e dei costi ospedalieri). Sulla base di tali positive esperienze precedenti, auspichiamo che il nostro studio possa dimostrare l'utilità del dare un'impronta più "geriatrica" alle scelte cliniche, terapeutiche ed assistenziali dei reparti di oncologia, allo scopo di favorire un aumento della qualità di vita e della sopravvivenza nei pazienti anziani affetti da tumore.
Questo studio è finanziato da un Grant erogato dalla Swisse Bridge Award Foundation.

Bibliografia

1 Hurria A, Lachs MS, Cohen HJ, et al. Crit Rev Oncol Hematol 2006;59:211-7.
2 Maas HA, Kruitwagen RF, Lemmens VE, et al. Gynecol Oncol 2005;97:104-9.
3 Karnofsky DA, Burchenal JH. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. In: Macleod CM, ed. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press 1948, p. 191-205.
4 Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Am J Clin Oncol 1982;5:649-55.

Test di performance e prognosi a lungo termine in anziani ospedalizzati per scompenso cardiaco

D. Chiarantini, F. Bartalucci, L. Del Bianco, I. Mangani, M. Rimediotti, B. Vadalà, G. Pepe, G. Masotti, N. Marchionni, M. Di Bari

Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Unità di Gerontologia e Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Scopo. Nell'anziano, la prognosi dello scompenso cardiaco (SC) dipende anche da un serie di fattori non strettamente cardiologici, che si aggiungono a variabili dal documentato peso prognostico, quale la classe funzionale *New York Heart Association* (NYHA) e la frazione di eiezione (FE) del ventricolo sinistro. Scopo di questo studio è esaminare se la performance fisica, valutata attraverso la *Short Physical Performance Battery* (SPPB), contribuisca a predire la sopravvivenza a lungo termine in soggetti anziani ricoverati in ospedale per SC riacutizzato.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati tutti i soggetti anziani (età ≥ 70 anni) ricoverati per riacutizzazione di SC, diagnosticato secondo i criteri di Boston, e dimessi dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi dal settembre 2005 al settembre 2006. I partecipanti sono stati sottoposti, in fase pre-dimissione e di solito entro 72 ore dall'ammissione, a valutazione geriatrica multidimensionale, che comprendeva la SPPB, indagine nutrizionale e definizione standardizzata della comorbosità mediante la scala CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*), oltre che a eco-color-Doppler cardiaco. Nel giugno 2008, è stato condotto un follow-up della coorte arruolata, mediante link con l'anagrafe assistiti dell'Azienda Sanitaria di Firenze e, per i residenti in altra area, mediante intervista telefonica. L'analisi di sopravvivenza è stata condotta mediante modelli di Cox, considerando l'*hazard ratio* (HR) con i suoi limiti fiduciari al 95% (95% CI).
Risultati. Dei 119 partecipanti (età media 81 aa, *range* 69-101 aa; 55% uomini), 55 erano deceduti al follow-up. Il rischio di morte era più di due volte maggiore (HR 2,36, 95% CI 1,10-5,07; p = 0,027) nei partecipanti in classe NYHA IV, rispetto a quelli in classe NYHA I-II e si riduceva del 2% per ogni punto di aumento della FE (HR 0,98, 95% CI 0,95-1,00; p = 0,028). Una performance fisica migliore in fase pre-dimissione riduceva significativamente il rischio di morte, in misura del 14% per ogni punto di incremento alla SPPB (HR 0,86, 95% CI 0,79-0,95; p = 0,002) indipendentemente da età, sesso, punteggio CIRS, FE e classe NYHA.
Conclusione. In soggetti anziani, ricoverati per riacutizzazione di SC, lo stato funzionale, valutato mediante SPPB, è un predittore indipendente di sopravvivenza a lungo termine, anche migliore della FE e della classe NYHA.

Correlazione tra stato nutrizionale, demenza e depressione in anziani istituzionalizzati

A. Chiarello, D. Cividini, G. Cucchi, L. Bellagente, C. Nespoli, C. Recanati, C. Celi

RSA Fondazione "F. Balicco", Martinengo, Bergamo

Scopo dello studio. Scopo del lavoro è stato quello di valutare lo stato nutrizionale di 67 ospiti residenti in RSA e dimostrare che esiste una correlazione significativa tra malnutrizione, demenza e depressione del tono dell'umore.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 67 ospiti, 18 maschi (27%) e 49 femmine (73%), di età compresa tra 57 e 96 anni (età media 79 anni), affetti da comorbilità e vario grado di disabilità. La valutazione è stata effettuata nel periodo compreso tra gennaio e maggio 2008. Sono stati rilevati i seguenti parametri antropometrici: il peso, la statura (utilizzando l'altezza al ginocchio, misurata dal margine superiore del condilo laterale del femore alla pianta del piede, posizionando la gamba in flessione a 90° sulla coscia); abbiamo ricavato il BMI (peso in kg/altezza^2 in m); inoltre, è stata rilevata la circonferenza del braccio e la circonferenza del polpaccio. Abbiamo valutato le funzioni cognitive dei pazienti con i seguenti test: il *Mini Mental State Examination* (di Folstein et al., 1975), corretto per età e scolarità; dove non somministrabile abbiamo usato la *Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale* (BANSS) di Volicer et al., 1994). La stadiazione della demenza è stata determinata dalla *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) Estesa (Hughes et al., 1982; Heyman et al., 1987). Il tono dell'umore è stato valutato con la *Geriatric Depression Scale* (GDS) di Yesavage et al., 1983; dove non applicabile abbiamo utilizzato la *Cornell Scale for Depression in Dementia* (Alexopulos et al., 1988). Per la valutazione dello stato nutrizionale abbiamo utilizzato il *Mini Nutritional Assessment* (MNA) di Vellas et al., 1999, la cui sensibilità e specificità nel rilevare gli stati di malnutrizione nel paziente geriatrico risultano rispettivamente del 96% e del 98%. Il test consiste nella compilazione di 18 domande, suddivise in 3 settori: antropometrico, indagine alimentare, stato nutrizionale e disabilità. Il punteggio finale è pari a 30. Un valore inferiore a 17 è indice di malnutrizione, compreso tra 17 e 23,5 è indicativo di rischio di malnutrizione, superiore o uguale a 24, indica uno stato nutrizionale nella norma [1]. Tra le indagini bioumorali, abbiamo utilizzato come *marker* di malnutrizione, il dosaggio dell'albumina plasmatica (valore normale tra 3,5 e 5,5 g/dl) [2].
Risultati. I risultati dimostrano che solo 4 pazienti (6%) dei 67 hanno uno stato nutrizionale normale (MNA tra 25 e 25,5), presentano funzioni cognitive integre (MMSE tra 25,8/30 e 28,7/30) e non sono depressi (GDS tra 5/30 e 7/30). Per quanto riguarda i valori di albuminemia, 3 pazienti hanno valori tra 3,56 e 4,59 g/dl ed 1 paziente ha riportato il valore di 3,26 g/dl, in quanto affetto da epatopatia cronica virus-correlata. 46 pazienti (69%) sono a rischio di malnutrizione (MNA tra 17,5 e 23,5), di questi 5 sono oligofrenici, pertanto non sono stati valutati con gli usuali test psicometrici per il deterioramento cognitivo ed hanno valori di albuminemia tra 4,01 e 4,79 g/dl. I rimanenti 31 pazienti sono stati suddivisi in 4 sottogruppi in rapporto alla stadiazione della demenza, ad eccezione del primo sottogruppo costituito da 8 pazienti con funzioni cognitive integre (MMSE tra 24/30 e 30/30): 2 pazienti con GDS tra 5/30 e 9/30 (non depressi); 5 con GDS tra 12/30 e 17/30 (depressione di grado moderato) ed 1 con GDS di 28/30 (grave depressione). I valori di albuminemia di 7 pazienti sono compresi tra 3,63 e 4,33 g/dl; 1 paziente con albuminemia di 3,21 g/dl. Il secondo sottogruppo costituito da 11 pazienti con deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato (MMSE tra 16,4/30 e 23,7/30) e CDR tra 1 e 2: 8 pazienti con GDS tra 3/30 e 10/30 (non depressi); 3 con GDS tra 13/30 e 19/30 (depressione di grado moderato). I valori di albuminemia di 10 pazienti sono compresi tra 3,53 e 4,40 g/dl; 1 paziente degli 11 con albuminemia di 3,46 g/dl. Il terzo sottogruppo costituito da 12 pazienti con deterioramento cognitivo grave (MMSE tra 6,7/30 e 15,4/30); CDR: 3; la GDS non è somministrabile, pertanto abbiamo utilizzato la *Cornell Scale for depression in dementia* ottenendo valori compresi tra 5 e 20 (disturbi depressivi da lievi a maggiori). I valori di albuminemia sono compresi tra 3,51 e 4,35 g/dl. Il quarto sottogruppo è costituito da 10 pazienti con deterioramento cognitivo di grado severo, pertanto non è possibile somministrare il MMSE ed abbiamo utilizzato la BANSS ottenendo un punteggio tra 13/28 e 22/28; CDR tra 4 e 5; alla Cornell Scale 1 paziente con punteggio 3 (non depresso) e 9 dei 10 pazienti hanno riportato un punteggio tra 6 e 13 (depressione da lieve a maggiore). I valori di albuminemia di 3 pazienti sono compresi tra 3,23 e 3,49 g/dl e 7 pazienti con albuminemia tra 3,70 e 4,44 g/dl. 17 pazienti (25%) sono malnutriti, avendo riportato al MNA un punteggio tra 8,5 e 16,5; MMSE non somministrabile, pertanto alla BANSS hanno riportato un punteggio tra 15/28 e 27/28 ed alla CDR tra 4 e 5, quindi presentano un deterioramento cognitivo ancora più severo dei pazienti a rischio di malnutrizione e tra di loro 2 sono nutriti artificialmente con PEG; alla Cornell Scale 2 pazienti riportano un punteggio tra 0 e 3 (non depressi) e 15 tra 5 e 16 (depressione da lieve a maggiore). I valori di albuminemia di 9 pazienti sono compresi tra 2,86 e 3,50 g/dl, 8 pazienti con albuminemia tra 3,51 e 3,96 g/dl. Il nostro lavoro dimostra che esiste una marcata correlazione in ambito residenziale tra malnutrizione e severità della demenza e depressione.
Conclusione. In accordo con i dati della letteratura internazionale, la nostra analisi evidenzia lo stretto legame esistente tra rischio di malnutrizione, demenza e depressione. Il MNA ed il dosaggio dell'albumina plasmatica sono due validi strumenti da utilizzare in RSA, in grado di fotografare lo stato nutrizionale degli ospiti, consentendo di porre diagnosi di PEM e di intervenire con opportune strategie di integrazione nutrizionale, allo scopo di migliorare la qualità di vita.

Bibliografia

[1] Buffa R, Marini E, Mereu RM, Putzu PF, Floris G. Atropo 2007;14:19-27.

Malattia di Alzheimer: il ruolo delle RSA del consorzio "San Raffaele"

M. Chirico, L.M. Addante, A. Spica, A. Bertolini

Consorzio "San Raffaele", Modugno (BA)

Scopo. La malattia di Alzheimer è definita un "processo degenerativo che distrugge progressivamente le cellule cerebrali, determinando nel malato un lento e graduale deterioramento delle capacità cognitive (memoria, attenzione, linguaggio, pensiero), della personalità e della vita di relazione e rendendolo, a poco a poco, incapace di una vita autonoma". Colpisce in prevalenza le persone anziane anche se la vecchiaia da sola non si può considerare causa di demenza. I malati di Alzheimer nel mondo sono 26,6 milioni nel 2006 e diventerebbero 100 milioni nel 2050 con un enorme impatto economico e sociale. In Italia, si calcola una prevalenza della malattia del 3% tra gli individui con più di 60 anni, con un'incidenza di 2,4 nuovi casi su 100.000 abitanti con età tra i 40 anni ed i 60 anni e 127 nuovi casi su 100.000 per un'età maggiore di 60 anni.
Sono 520.000 attualmente in Italia i malati di Alzheimer e i nuovi casi sono stimabili in circa 80.000 l'anno. Si prevede che nel 2020 i nuovi casi di Alzheimer saliranno a 113.000 l'anno. Le persone affette da demenza sono 6,4 milioni in Europa. Sono 520.000 attualmente in Italia i malati di Alzheimer e i nuovi casi sono stimabili in circa 80.000 l'anno, di cui 70mila solo in Puglia. Si prevede che nel 2020 i nuovi casi di Alzheimer saliranno a 113.000 l'anno.
In Italia, si calcola una prevalenza della malattia del 3% tra gli individui con più di 60 anni, con un'incidenza di 2,4 nuovi casi su 100.000 abitanti con età tra i 40 anni ed i 60 anni e 127 nuovi casi su 100.000 per un'età maggiore di 60 anni. Sino ad oggi la malattia di Alzheimer non è stata oggetto di adeguate politiche socio-sanitarie se si considera che, in Europa, solo il 44% dei malati ottiene l'assistenza a domicilio e solo il 33% l'assistenza di sollievo. È perciò la famiglia che, oltre a sopportare quasi sempre sola il peso, la responsabilità e il carico di un'assistenza sfibrante, sostiene anche un pesante fardello finanziario: il 66% deve contribuire al costo del ricovero e il 65% a quello dell'assistenza
domiciliare.
Materiali e metodi. Da due anni il Consorzio "San Raffaele", nei Nuclei Alzheimer, ha avviato dei percorsi terapeutici innovativi con le Terapie non Farmacologiche, specifiche per la cura delle Demenze. Queste metodiche assolutamente innovative nel panorama italiano e internazionale sono sempre più supportate da dati obiettivi e scientifici che ne attestano l'efficacia e la validità. Nei Nuclei Alzheimer è presente un Piano Terapeutico strutturato con numerose metodiche non farmacologiche; è stato avviato un progetto, che dall'ambiente protesico in senso cognitivo, agli operatori tutti formati e motivati, ai pazienti principali beneficiari di queste terapie e con il coinvolgimento dei familiari ha conseguito importanti risultati nel campo delle demenze. Le terapie attualmente svolte nei nuclei interessano circa 180 pazienti affetti da M. di Alzheimer e sono: Progetto stagionalità per l'orientamento temporale, *Sand Therapy* ovvero terapia della sabbia, Animazione musicale clinica individuale, Animazione musicale recettiva, Animazione musicale ambientale, Terapia della bambola (*Doll Therapy*), È in fase di progettazione una sperimentazione particolare di *Pet-Therapy*. Il Consorzio ha organizzato dei percorsi formativi volti ad illustrare un idoneo approccio a tutti gli operatori che lavorano con l'anziano fragile e demente, con specifici riferimenti alla comunicazione e alle terapie non farmacologiche.
Risultati. Nel 60% dei pazienti si è avuta la riduzione di alcuni disturbi del comportamento come il *wandering* (movimento afinalistico), l'affaccendamento, l'aggressività e l'agitazione psico-motoria, con conseguente riduzione del carico farmacologico e quindi con un miglioramento reale e sostanziale della qualità della vita. Inoltre nel 30% dei pazienti meno compromessi si è ottenuto il mantenimento delle funzioni residue come la memoria, la consapevolezza del sé e di alcune attività così importanti nella quotidianità come l'igiene personale, l'autonomia nel mangiare e nelle attività educative svolte nel nucleo.
Conclusioni. Il Consorzio "San Raffaele" in ottemperanza alla Legge Regionale n. 26 del 9 agosto 2006 ha attivato, in collaborazione con le singole ASL, 9 Nuclei Alzheimer con 180 posti letto e 5 centri diurni, nelle RSA che il Consorzio gestisce in Puglia. Questo rappresenta un sistema duttile ed integrato, in grado di rispondere in maniera articolata ai bisogni terapeutici, assistenziali e di sostegno dei pazienti e delle loro famiglie nelle diverse fasi della malattia di Alzheimer. Un modello assistenziale in grado di garantire risposte e strumenti specifici, che si inquadra nel sistema territoriale dei servizi socio-sanitari integrati, che promuove, anche in questa area della assistenza, il monitoraggio e la valutazione di efficacia degli interventi prodotti, una seria valutazione di ciò che garantisce ai pazienti in termini di risultati e non di mera sommatoria di prestazioni.

Le cadute nell'anziano: l'importanza della valutazione neuroautonomica in pazienti con cadute inspiegate. Risultati preliminari

V.M. Chisciotti, A. Landi, A. Morrione, M. Rafanelli, E. Ruffolo, F. Caldi, M. Brunetti, A. Maraviglia, G. Masotti, N. Marchionni, A. Ungar

Centro per lo studio della Sincope, Cardiologia e Medicina Geriatrica, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Premessa. Le cadute sono considerate nelle Linee Guida sulla Sincope della Società Europea di Cardiologia [1] come una pseudo-sincope. Se in alcuni casi, infatti, la sincope e le cadute possono essere ben distinte come entità specifiche, in altri, soprattutto nell'anziano, quando le circostanze dell'evento non sono ben chiare, una caduta descritta come accidentale potrebbe in realtà essere legata ad un evento sincopale e viceversa. È infatti difficile, in particolare nel paziente geriatrico, raccogliere la descrizione di una sincope, perché molti soggetti presentano un'amnesia retrograda e la maggior parte delle cadute avviene in assenza di testimoni. Il Centro per lo Studio della Sincope della Cardiologia e Medicina Geriatrica di Firenze ha per questo iniziato a sottoporre a valutazione neuroautonomica anche pazienti con cadute non spiegate di sospetta origine sincopale.
Scopo. Valutare la resa diagnostica di una valutazione neuroautonomica in pazienti anziani con diagnosi di caduta non spiegata e confrontarla con quella ottenuta in un gruppo di pazienti valutati per transitoria perdita di coscienza di tipo sincopale.
Materiali e metodi. Sono stati attualmente confrontati 873 pazienti valutati per transitoria perdita di coscienza, accertata di verosimile origine sincopale, con 81 pazienti con cadute inspiegate. È stata definita caduta "inspiegata" una caduta non accidentale e non legata a cause mediche o iatrogene (patologia acuta o iatrogena). Ogni paziente è stato sottoposto a Tilt Table Test potenziato con nitroglicerina secondo il protocollo italiano [2], massaggio dei seni carotidei in clino ed ortostatismo secondo il metodi dei sintomi [3] e alla prova di ipotensione ortostatica.
Risultati. I pazienti con caduta inspiegata avevano un'età media maggiore rispetto a quelli con sincope (77,6 ± 9 anni *vs.* 66,5 ± 18, $p < 0,001$); avevano riportato traumi gravi conseguenti alla cadute nel 73% dei casi rispetto al 36% dei pazienti con sincope ($p < 0,001$) ed il 59% assumeva farmaci attivi sul sistema nervoso centrale rispetto al 34% del gruppo con sincope ($p < 0,001$). Entrambi i gruppi presentavano nel 27% dei casi un ECG patologico. In seguito alla valutazione neuroautonomica è stata effettuata diagnosi in 48 pazienti (59,3%) con caduta inspiegata in confronto a 562 (64%) con sincope ($p = ns$). Nel gruppo delle cadute il 37% presentava una positività al *Tilt Table Test* rispetto al 50% dei pazienti con sincope; il 18,5% è risultato positivo al massaggio dei seni carotidei rispetto all'12% ($p = ns$) ed il 27,2% è risultato positivo alle prove di ipotensione ortostatica rispetto al 20% ($p = ns$).
Conclusioni. Dall'analisi di questi dati preliminari la valutazione neuroautonomica risulta avere una resa diagnostica sovrapponibile in pazienti con cadute inspiegate ed in pazienti con sincope e potrebbe assumere un ruolo importante nei pazienti anziani con cadute inspiegate al fine di chiarirne la reale eziologia e ridurne la disabilità spesso conseguente.

Bibliografia

[1] Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al.

Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – update 2004. Europace 2004;6:467-537.
2 Del Rosso A, Ungar A, Bartoli P, Cellai T, Mussi C, Marchionni N, et al. *Usefulness and safety of shortened head-up tilt testing potentiated with sublingual glyceryl trinitrate in older patients with recurrent unexplained syncope*. J Am Geriatr Soc 2002;50:1324-8.
3 Puggioni E, Guiducci V, Brignole M, Menozzi C, Oddone D, Donateo P, et al. *Results and complications of the carotid sinus massage performed according to the "method of symptoms*. Am J Cardiol 2002;89:599-601.

Il paziente complesso con scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva: gestione integrata ospedale-territorio

F. Chiumeo, M. Mattarei[1], G. Nollo[2]

SNAMID Trento; [1] Ospedale di Rovereto; [2] Università di Trento

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD) e lo scompenso cardiaco (CHF) sono malattie croniche gravi e di frequente riscontro. Circa il 20% dei pazienti seguiti per COPD sono anche affetti da CHF, e viceversa [1 2] identificando un fenotipo clinico importante e in espansione epidemiologica. La sintomatologia è spesso sovrapponibile e la diagnosi differenziale è complessa sia in condizioni di base che di riacutizzazione [2]. Le Linee Guida e le classificazioni di gravità di ciascuna patologia, trascurano spesso questa comorbilità ed i pazienti che presentano nello stesso tempo COPD e CHF, soffrono sia in termini di terapia farmacologica e riabilitativa sia di prevenzione delle riacutizzazioni. Le interazioni fra i quadri clinici di queste patologie sono infatti ancora non chiarite e le modalità terapeutiche, talvolta configgenti, non compiutamente definite. La comunità scientifica suggerisce quindi la necessità di studi specifici indirizzati sia alla definizione della prevalenza di queste comorbilità che nuovi approcci terapeutici integrati; suggerendo in particolare per la riuscita di tale obiettivo la stretta cooperazione fra Medici del Territorio e Specialisti internisti, cardiologi e pneumologi [2 3].

La sezione SNAMID di Trento sta quindi proponendo un progetto di approccio integrato ospedale-territorio per l'introduzione di nuovi modelli organizzativi in cui la medicina primaria in concerto con gli specialisti ospedalieri assuma un ruolo centrale di coordinamento e cura favorendo la domiciliazione della cura la responsabilizzazione del paziente e il continuo controllo dello sviluppo della malattia. Il progetto, ambizioso e complesso prevede successive fasi operative da sviluppare nell'arco di tre anni. La popolazione oggetto di studio sarà data da tutti i pazienti affetti da CHF e/o COPD con diagnosi già avvenuta e/o nuova, in carico ai medici di medicina generale aderenti al progetto. L'intervento prevede il coinvolgimento specifico di U.O. ospedaliere, di MMG e di figure professionali operative sul territorio, quali infermieri ed operatori socio sanitari già coinvolti nella gestione domiciliare di pazienti complessi come i cardiopatici e i bronchitici cronici di grado severo. Sarà eseguita una stratificazione dello stato clinico dei pazienti in ospedale e/o in assistenza primaria; individuazione del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale condivisa ospedale-territorio del paziente affetto da CHF e COPD con gestione omogenea di dati clinici e strumentali per una cura centrata sul paziente, con attribuzione di responsabilità professionali specifiche e con l'obiettivo di incidere positivamente sulla storia naturale di queste patologie riducendo le instabilità, il tasso di ospedalizzazione e migliorando così la qualità di vita dei pazienti stessi. È prevista infine, l'individuazione di un modello di follow-up integrato ospedale territorio con monitoraggio di parametri clinici e strumentali quali specifici indicatori clinici e di laboratorio, peso, pressione arteriosa, ECG, volumetria cardioimpedenziometrica, Saturazione Ossigeno e Spirometria.

Gli obiettivi prefissati per il 2009 sono: 1) la realizzazione di una rete ospedale-territorio con il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri di riferimento locale per le singole patologie e un gruppo di medici di medicina generale (ca. 20) e operatori infermieristici del territorio; 2) Aggiornamento epidemiologico dell'incidenza e delle singole patologie della loro comorbidità e degli scenari di cura applicati; 3) individuazione delle tecnologie per il miglioramento della diagnosi e monitoraggio della comorbidità con modalità *home care*.

Nelle fasi successive sarà elaborata, applicata e valutata una proposta di approccio terapeutico mirato alla co-morbidità con il coinvolgimento attivo della assistenza primaria i cui obiettivi misurabili attraverso selezionati indicatori di processo siano la riduzione dell'ospedalizzazione, la riduzione degli incrementi di severità della patologia, il management della comorbilità. Queste fasi procedurali dovranno essere inoltre accompagnate da un adeguato processo formativo rivolto agli specialisti ai medici di medicina generale e operatori infermieristici ma anche al paziente suoi congiunti.

Bibliografia

1 Fabbri LM, Rabe KF. *From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome?* Lancet 2007;370:797-9.
2 Rutten FH et al. *Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: An ignored combination?* Europ H J 2006.
3 Mattarei M, Falzone R, Vergara G, Zambaldi P, Guarrera PM, Baldantoni E. Il disease management dello scompenso cardiaco. Disease management of congestive heart failure. QA 2004;15:156-165.
4 Walke LM, Byers AL, Tinetti ME, Dubin JA, McCorkle R, Fried TR. *Range and severity of symptoms over time among older adults with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure*. Arch Intern Med 2007;167:2503-8.

La valutazione neuropsicologica in ospedale: disturbi cognitivi minori e patologie internistiche

F. Cimmino, V.D. Bianchi, M. Minieri, M. Lepore

Casa di Cura "Stazione Climatica Bianchi", Portici (NA)

Scopo. La neuropsicologia è la branca della psicologia che studia gli effetti del danno cerebrale sul comportamento, che possono variare in funzione della sua natura, gravità, localizzazione anatomica e caratteristiche premorbose del soggetto che ne è colpito [1]. Negli ultimi decenni, soprattutto negli USA, sono aumentate le applicazioni della neuropsicologia, impiegata, oltre che in ambito neurologico, anche nelle divisioni di geriatria, cardiologia, medicina generale, oncologia, fisiatria, infettivologia e nella medicina di base [2 3], risultando di notevole utilità anche per evidenziare la presenza di disturbi cognitivi minori (difficilmente oggettivabili attraverso le procedure diagnostiche neurologiche), per la cui rilevazione l'esame neuropsicologico rappresenta l'unico strumento disponibile. Questa tendenza è stata confermata da recenti ricerche che hanno sottolineato l'utilità pratica della valutazione neuropsicologica in ospedale, evidenziando come l'83% dei medici di varie specializzazioni la ritenga necessaria [4] e come il 90% abbia utilizzato i risultati della valutazione neuropsicologica con un elevato livello di soddisfazione [5]. Probabilmente le trasformazioni sociali e tecnologiche, imponendo una maggiore complessità cognitiva alle attività quotidiane, hanno amplificato l'impatto sulla qualità della vita di quei disturbi cognitivi minori riscontrabili in patologie non primariamente neurologiche, molte delle quali sono di notevole rilievo epidemiologico nella popolazione anziana (ad esempio: ipertensione, stenosi carotidea, insufficienza cardiaca, diabete, patologie oncologiche, ormonali, unitamente ai possibili danni iatrogeni connessi al loro trattamento). Scopo del presente lavoro è una rassegna critica degli studi che hanno esplorato presenza, gravità e caratteristiche dei deficit cognitivi connessi a tali condizioni, con particolare attenzione alle patologie vascolari ed endocrinologiche.

Materiali e metodi. Sono state cercate negli archivi elettronici PubMed e PsycInfo ricerche originali e rassegne della letteratura pubblicate in inglese (1980-mar2008), utilizzando come criteri di ricerca "*cognitive functions*" o "*cognitive impairment*" o "*neuropsychological functioning*" o "*cognitive decline*" in combinazione con "*blood pressure*" o "*hypertension*," o "*vascular*" o "*cardiovascular diseases*" o "*stent*" o "*carotid stenosis*" o "*endarterectomy*" o "*artery disease*" o "*heart failure*" o "*diabetes*". Un'ulteriore ricerca è stata eseguita tra le voci bibliografiche dei lavori recuperati. Sono stati presi in considerazione i lavori rilevanti che hanno esplorato la presenza di disfunzioni cognitive nelle patologie considerate (anche come effetto dei relativi trattamenti medici), con l'esclusione delle ricerche che avevano incluso nei campioni pazienti affetti da franche patologie neurologiche. L'analisi dei lavori è stata focalizzata su composizione dei campioni studiati, quantità e qualità dei test neuropsicologici utilizzati e risultati ottenuti.

Risultati. L'ipertensione può ridurre l'efficienza cognitiva anche in assenza di evidenti danni vascolari, ma non è chiaro l'impatto sui differenti domini cognitivi. Anche gli effetti negativi del trattamento farmacologico prolungato sono stati segnalati. Le vasculopatie periferiche cerebrali sono risultate associate a peggioramento delle prestazioni cognitive, mentre l'effetto dei relativi interventi terapeutici è variabile. L'insufficienza cardiaca e gli interventi di by-pass coronarico possono entrambi essere correlati (in relazione alla gravità della patologia) a danni neuropsicologici, ma permangono dubbi circa il meccanismo patogenetico (microemboli).
Conclusione. Disfunzioni cognitive, globali o relative a singoli domini, sembrano spesso presenti nelle patologie internistiche considerate (anche come risultato dei relativi trattamenti medici). Tuttavia la disomogeneità dei risultati, che spesso dipende dall'utilizzo di strumenti poco sensibili o poco specifici, da campioni poco uniformi e con comorbidità, non permette di giungere a conclusioni definitive. In ogni caso, la rilevazione di disturbi cognitivi minori in numerose patologie internistiche rende sempre più utile la diagnostica neuropsicologica nelle divisioni di medicina generale (e, più in generale, in ambito ospedaliero) come già da tempo segnalato nel contesto statunitense.

Bibliografia

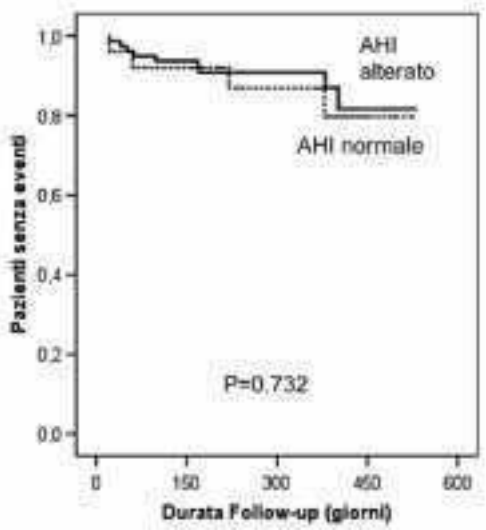
1. Lepore M. *Introduzione alla neuropsicologia. Gli errori cognitivi nella normalità e nella patologia*. Milano: Franco Angeli 2007.
2. Bishop CL, Temple RO, Tremont G, Westervelt HJ, Stern RA. *Utility of the neuropsychological evaluation in an acute medical hospital*. Clin Neuropsychol 2003;17:468-73.
3. Johnstone B, Frank RG, Belar C, Berk S, Bieliauskas LA, Bigler ED, et al. *Psychology in health care: future directions. Professional Psychology*. Rese Pract 1995;26:341-65.
4. Tremont G, Westervelt HJ, Javorskydj DJ, Podolanczuc A, Stern RA. *Referring physicians' perceptions of the neuropsychological evaluation: how are we doing?* Clin Neuropsychol 2002;16:551-4.
5. Temple OR, Carvalho J, Tremont G. *A national survey of physicians' use of and satisfaction with neuropsychological services*. Arch Clin Neuropsychol 2006;21:371-82.

Sindrome di apnea notturna di tipo ostruttivo in pazienti con infarto miocardico recente: uno studio preliminare sulla prevalenza della condizione e sulla sua importanza durante il follow-up

C. Cipriani, M. Casalone Rinaldi, S. Francini, Y. Makhanian, F. Caldi, I. Calzolari, L. Boncinelli, P. Valoti, F. Tarantini, N. Marchionni, S. Fumagalli

Unità di Gerontologia e Geriatria, Dip.to di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e AOU Careggi

Scopo. L'apnea notturna di tipo ostruttivo (OSA) è una sindrome di sempre maggior interesse in Geriatria. Una OSA è infatti di frequente riscontro in pazienti con ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco e fibrillazione atriale, condizioni nelle quali rappresenta una delle espressioni di coinvolgimento sistemico. Scopo di questa studio è stato valutare la prevalenza di OSA e la sua influenza sulla incidenza di eventi durante follow-up in pazienti con infarto miocardico recente (IM).
Metodi. Sono stati arruolati tutti i pazienti con IM (39 ± 19 giorni dall'evento) inclusi in un programma di riabilitazione cardiologica svolto in Day Hospital. La presenza di OSA è stata valutata con un software validato (Lifescreen – ESAOTE SpA/Spacelabs Healthcare), che analizza con metodica multiparametrica registrazioni ECG Holter, restituendo un indice di apnea-ipopnea (AHI – ≤ 5 normale, 5,1-15 borderline, > 15 patologico). L'incidenza di eventi clinici maggiori durante il follow-up è stata valutata con una intervista strutturata e la consultazione delle cartelle cliniche.
Risultati. Nel periodo marzo 2007-febbraio 2008, sono stati studiati 107 pazienti (età: 62 ± 13 anni; uomini: 83,2%; peso: 78 ± 12 kg); di questi 31 (29,0%) avevano una età > 70 anni. La prevalenza di STEMI era del 68,4%; una PCI primaria era stata effettuata nel 76,5% dei casi (frazione di eiezione VS: 49 ± 12%). La prevalenza di ipertensione arteriosa, diabete e BPCO erano rispettivamente del 61,9, del 14,3 e del 10,5%. AHI era alto nella intera popolazione: 14,3 ± 12,0%; i suoi valori erano alterati in 80/107 pazienti (74,1%) e significativamente patologici in 43/107 pazienti (39,8%). AHI non era correlato alla età, ed era più basso nelle donne (7,0 ± 6,6 *vs.* 15,7 ± 12,4, p < 0,001), aumentava con il peso corporeo (p = 0,013), con le concentrazioni di creatinina e di acido urico (p = 0,046 e p = 0,030), e con la presenza di insufficienza valvolare aortica (p = 0,020). Tra le variabili associate all'infarto, AHI era correlato con i valori di CPK massa e di troponina I (p < 0,001 e p = 0,033). I valori di AHI erano aumentati anche nei pazienti con aritmie ventricolari complesse all'ECG Holter (16,8 ± 13,6 *vs.* 12,2 ± 10,3, p = 0,049). In analisi multivariata, AHI era direttamente correlato al peso corporeo, alla creatininemia, all'esistenza di insufficienza valvolare aortica e alla presenza di extrasistolia ventricolare complessa. Questa variabile era il miglior predittore di OSA. L'incidenza di eventi durante follow-up (durata mediana: 303 giorni; dati disponibili per 105/107 pazienti, 98,1%) è stata del 12,4% (N = 13), senza differenze nei soggetti con valori di AHI normali (15,4%) od alterati (11,4%) (p = 0,732). Non sono stati osservati decessi durante il follow-up.
Conclusioni. OSA è una condizione clinica frequente in pazienti con IM recente, nei quali si associa ad una aumentata presenza di aritmie ventricolari complesse. L'esistenza di una OSA potrebbe guidare nella scelta di strategie mirate volte a ridurre l'incidenza di morte improvvisa. Dati indicativi della importanza di OSA come determinante prognostico in pazienti con IM potranno derivare dallo studio di una casistica più ampia per periodi di follow-up superiori ad un anno.



Primi risultati di un programma di riabilitazione geriatrica in pazienti ricoverati per esiti di frattura di femore ed affetti da demenza

L. Cipriani, F. Cursi, E. Menichetti, R. Ruggiero, P. Raganato, G. Levi Dalla Vida, D. Zappavigna, M. Alimenti

Area funzionale per il Governo Clinico in Geriatria, Az. Ospedaliera "S. Camillo-Forlanini", Roma

Scopo. Valutazione del recupero funzionale e motorio in pazienti affetti da demenza di grado lieve, moderato e severo con postumi di frattura di femore, ricoverati in un reparto di Geriatria, Unità di Riabilitazione Motoria Intensiva.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 74 pazienti, successivamente ricoverati dal 1° Settembre 2007 nel reparto di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera "S. Camillo-Forlanini" (Unità di Riabilitazione Intensiva codice 56), affetti da postumi di frattura di femore sottoposta a riduzione chirurgica o protesi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica e quindi ad un programma di riabilitazione motoria e funzionale. Per la valutazione dello stato cognitivo è stato somministrato il *Mini Mental State Examination*. Per la valutazione funzionale all'ingresso e alla dimissione è stata somministrata una versione modificata dell'indice di Barthel, in uso a tutti i reparti di Riabilitazione della Regione Lazio.

Risultati.
Pazienti operati per frattura di femore.

MMSE	Età media	Punteggio medio all'Indice di Barthel all'ingresso	Pazienti dimessi al domicilio	Altre dimissioni	Punteggio medio all'Indice di Barthel alla dimissione	Punteggio medio dell'*item* deambulazione (Indice di Barthel) alla dimissione
≥ 24 (27 pz)	82,5	22,2	17	1 in istituto, 5 decessi; 4 in altro reparto	70,3	9,7
17-23 (31 pz)	84,7	14,5	21	6 decessi; 4 in altro reparto	60,7	8,2
11-16 (4 pz)	88,2	7,5	1	1 decesso; 1 in altro reparto; 1 dim. volontaria	28	5,5
< 11 (12 pz)	89,1	8,1	5	1 in istituto, 4 decessi; 2 in altro reparto	30,8	4,5

Conclusioni. I nostri dati sono il linea con quelli della letteratura internazionale che mostrano come migliori risultati si ottengano in funzione dell'età e della situazione cognitiva del paziente. Ciononostante, va sottolineato come l'alta prevalenza di pazienti affetti da demenza, ricoverati per frattura di femore, necessiti della definizione di un percorso assistenziale specifico, dal ricovero in acuzie, alla successiva fase post-operatoria e di recupero funzionale. Gli attuali criteri di eleggibilità al ricovero in riabilitazione intensiva della Regione Lazio escludono invece i pazienti affetti da demenza severa, con punteggio al MMSE inferiore a 11. Anche nei limiti della nostra casistica, i nostri dati mostrano come il MMSE non possa essere preso a discrimine assoluto per assegnare o meno un paziente al percorso riabilitativo. Pur valutando correttamente il problema della severità della demenza, solo un giudizio clinico, espresso dopo una attenta valutazione multidimensionale geriatrica, può definire l'eleggibilità del paziente. Fattori quali la collaborazione del paziente e la presenza di disturbi comportamentali, nella nostra esperienza clinica, sembrano essere fattori più importanti nel definire il potenziale riabilitativo di un paziente.

Bibliografia

Buntin MB. *Access to postacute rehabilitation*. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1488-93.

Prvu Bettger JA, Stineman MG. *Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: state-of-the-science. A review*. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1526-34.

Hershkovitz A, Kalandariov Z, Hermush V, Weiss R, Brill S. *Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture*. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:916-21.

Interrelazioni tra età, sesso, fattori geografici e parametri psicologici sulla lunghezza dei telomeri nel soggetto anziano

C. Cipriano, S. Tesei, M. Malavolta, F. Marcellini[1], C. Giuli[1], M. Blasco[3], E. Mocchegiani, F. Lattanzio[2]

Centro di Nutrigenomica e Immunosenescenza INRCA, Ancona; [1] Centro di Gerontologia e Psicologia Sociale, INRCA, Ancona, Italia; [2] Direzione Scientifica INRCA, Ancona, Italia; [3] Istituto CNIO, Madrid, Spagna

Scopo. Il telomero è la regione terminale del cromosoma composta da sequenze di DNA altamente ripetute, il cui ruolo è quello di proteggere i cromosomi dalla perdita di informazioni durante la duplicazione cellulare. Infatti con ogni divisione cellulare una piccola quantità di DNA viene persa alla fine di ogni cromosoma portando a telomeri sempre più corti, alterata struttura telomerica ed eventuale senescenza replicativa. Questo ha portato ad ipotizzare che la lunghezza dei telomeri regoli la durata di vita della replicazione cellulare e contribuisca all'invecchiamento (Shawi et al., 2008). Nel presente lavoro abbiamo analizzato la lunghezza dei telomeri nei linfociti da sangue periferico di 198 donatori sani (90 maschi e 108 femmine) di età compresa tra i 60 e 99 anni e suddivisi in quattro gruppi di età (60-69, 70-79, 80-89, ≥ 90 anni). Abbiamo valutato l'associazione tra età, sesso, fattori geografici e parametri psicologici e la lunghezza dei telomeri.

Materiali e metodi. I campioni di linfociti umani sono stati reclutati in Francia e in Italia nel contesto del progetto europeo ZINCAGE e analizzati per la lunghezza delle telomere presso l'Istituto CNIO (Madrid, Spagna). I questionari per l'analisi psicologica sono stati approntati presso l'Istituto Nazionale Riposo e Cura per Anziani (INRCA Ancona). La determinazione della lunghezza dei telomeri e la percentuale di cellule con telomeri corti (< 6 kb) è stata determinata con la tecnica HT Q-FISH con sonde telomeriche fluorescenti a PNA. I dati psicologici sulla funzione cognitiva, stress e depressione negli individui anziani sono stati ottenuti usando il MMSE per valutare lo stato cognitivo (Folstein et al., 1975); il GSD (Yesavage et al., 1982) per la valutazione dei sintomi depressivi nell'anziano; il PSS (Cohen et al., 1983) per misurare la percezione e lo stato di stress.

Risultati. Esiste un progressivo declino della lunghezza telomerica e un aumento di cellule con telomeri corti (< 6 Kb) con l'avanzare dell'età. Tale risultato appare più evidente nei soggetti reclutati in Francia rispetto all'Italia. La lunghezza media dei telomeri diminuisce di 71-72 bp/anno sia nei maschi che nelle femmine indipendentemente dall'area geografica considerata. MMSE diminuisce con l'età, il GSD aumenta con l'età, mentre per il PSS non vi è una variazione significativa con l'età. Analizzando i differenti gruppi di età, i telomeri corti e la percentuale di cellule con telomeri corti si associano ad indebolimento cognitivo solo nei soggetti di età tra 60-69 anni. Non ci sono correlazioni significative tra la lunghezza telomerica e i livelli di stress e depressione.

Conclusione. Dai risultati ottenuti si evince che esiste una correlazione significativa tra l'età, sesso, fattori geografici e la lunghezza dei telomeri e che l'accorciamento dei telomeri è correlato significativamente con l'indebolimento cognitivo nei soggetti anziani indipendentemente dall'area geografica. Questi dati suggeriscono l'influenza che può avere la lunghezza dei telomeri sui fattori cognitivi rafforzando l'ipotesi che la lunghezza dei telomeri sia predittiva dell'indebolimento cognitivo (Martin-Ruz et al., 2006; Harris et al., 2006).

Bibliografia

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. *A global measure of perceived stress*. J Health Soc Behav 1983;24:385-96.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *"Mini-mental status". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.

Harris SE, Deary IJ, MacIntyre A, Lamb KJ, Radhakrishnan K, Starr JM, et al. *The association between telomere length, physical health, cognitive ageing, and mortality in non-demented older people*. Neurosci Lett 2006;406:260-4.

Marcellini F, Giuli C, Papa R, Malavolta M, Mocchegiani E. *Psychosocial aspects and zinc status: is there a relationship with successful aging?* Rejuvenation Res 2006;9:333-7.

Martin-Ruiz C, Dickinson HO, Keys B, Rowan E, Kenny RA, Von Zglinicki T. *Telomere length predicts poststroke mortality, dementia, and cognitive decline*. Ann Neurol 2006;60:174-80.

Shawi M, Autexier C. *Telomerase, senescence and ageing*. Mech Ageing Dev 2008;129:3-10.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. J Psychiatr Res 1982-1983;17:37-49.

Efficacia di un percorso assistenziale ortogeriatrico nel paziente molto anziano con frattura di femore

G. Cirese[1], M. Andriulli[1], E. Di Genova[1], A. Raffaele[2], G. Mauti[2], G. Angeloni[2], E. Ciofani[2], R. Scipioni[1], S. Necozione[1], S. Tiberti[1], G. Desideri[1]

[1]Università dell'Aquila, Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, L'Aquila; [2]Ospedali Riuniti della Marsica, ASL Avezzano-Sulmona, L'Aquila

Scopo. Le fratture di femore rappresentano una condizione clinica di grande rilevanza nella popolazione geriatrica per la frequenza non trascurabile e per il notevole impatto prognostico sia *quoad vitam* che *quoad valetudinem*. Peraltro, nell'anziano spesso coesistono quelle condizioni che rallentano il recupero funzionale e peggiorano la prognosi: la comorbidità, la disidratazione, la malnutrizione, le infezioni intercorrenti, il dolore, l'immobilità, gli eventi clinici avversi. Tra i più importanti determinanti prognostici nel paziente anziano con frattura di femore vanno considerate l'età del paziente, la tempestività dell'intervento chirurgico e la precocità del trattamento riabilitativo. Scopo del presente studio è stato quello di valutare l'efficacia di un percorso assistenziale ortogeriatrico sulla sopravvivenza e l'*outcome* funzionale in pazienti ultranovantenni con frattura traumatica del femore.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 31 pazienti di età > 90 anni (12 maschi, 19 femmine, età media 93,1 ± 2,6 anni, *range* 90-100) ricoverati per frattura traumatica di femore ed inseriti in un piano assistenziale ortogeriatrico che prevedeva il trattamento chirurgico della frattura entro le 24 ore successive all'evento e l'immediato trasferimento presso la nostra U.O. di Geriatria, Lungodegenza e Riabilitazione Geriatria per l'avvio il più precocemente possibile di un programma di riabilitazione comprendente a) rinforzo muscolare isometrico e mobilizzazione passiva; b) mobilizzazione attiva e attiva assistita con rispetto dell'arco del dolore; c) rinforzo muscolare isotonico e contro resistenza quadricipite, glutei, bicipite, e tricipite della sura; d) esercizi di carico; e) deambulazione con canadesi e carico parziale; f) carico gradualmente libero.
Risultati. Il tempo medio di degenza è risultato pari a 28,2 ± 3,4 giorni. Al termine del programma riabilitativo tutti i pazienti hanno presentato un soddisfacente recupero funzionale sia per quanto riguarda l'espletamento delle comuni attività di base vita quotidiana (Indice di Barthel: 55,6 ± 18,9, $p < 0,0001$ *vs.* base) che per quanto riguarda la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura (Tinetti Scale: 12,0 ± 4,2, $p < 0,0001$ *vs.* base) ed il rischio di piaghe da decubito (Norton scale: 15,7 ± 3,4, $p < 0,02$ *vs.* base). A distanza di tre mesi dall'intervento chirurgico tutti i pazienti avevano mantenuto il recupero funzionale conseguito al momento della dimissione.
Conclusione. I risultati del nostro studio sottolineano l'efficacia in termini di prognosi *quoad vitam* e *quoad valetudinem* di un percorso assistenziale ortogeriatrico che garantisca la riduzione al minimo dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico e il precoce inizio di un programma riabilitativo nel paziente molto anziano con frattura di femore.

Sperimentazione di una metodologia per "vivere senza cadute" (progetto VINCA)

E. Cirinei, C. Ruggiero, R. Ferretti, F. Patacchini, R. Gugliotta, T. Mariani, B. Gasperini, N. Palmari, U. Senin, D. Maggio, A. Cherubini

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

Scopo. Le cadute sono un evento ad elevato rischio di ospedalizzazione, disabilità e mortalità, specialmente nella popolazione anziana. L'identificazione degli anziani a rischio di caduta è cruciale. La prevenzione delle cadute attualmente risulta difficile per la mancanza di un approccio integrato e sistematico. La valutazione multidimensionale geriatrica è in grado di individuare i principali fattori di rischio di caduta, in particolare quelli suscettibili di modificazione, e consente di pianificare strategie di intervento. Obiettivo del nostro studio è quello di verificare l'efficacia di questa metodologia nelle prevenzione delle cadute in soggetti anziani.
Materiali e metodi. Si tratta di uno studio osservazionale condotto su 40 anziani prevalentemente ospedalizzati. Tutti i soggetti con un'anamnesi positiva per caduta nell'anno precedente sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica, test di forza muscolare e sensibilità degli arti inferiori, *Summary Performance Scale*, *Berg Balance Scale*, valutazione socio-ambientale, diagnostica strumentale (elettrocardiogramma, mineralometria ossea computerizzata), e questionario di soddisfazione. Per tutti i soggetti è stato elaborato un piano di intervento personalizzato per la prevenzione delle cadute a domicilio. Tutti i soggetti sono stati seguiti longitudinalmente per 12 mesi mediante follow-up telefonico mensile.
Risultati. Le caratteristiche basali del campione sono riportate in Tabella. Tutti i partecipanti hanno ricevuto un piano individualizzato di intervento per la prevenzione delle cadute. Solo il 25% dell'intero campione è caduto durante l'anno di osservazione. Questi ultimi erano prevalentemente affetti da patologie neurologiche, in particolare neuropatie periferiche, presentavano un maggior grado di declino cognitivo, ma avevano una maggiore forza muscolare agli arti inferiori associata a peggiore performance fisica basale sia alla *Summary Performance Scale* che alla *Berg Balance Scale*.

	Campione dello studio (n = 40)	
	Media	DS
Età (anni)	79,05	6,60
Sesso (% F)	82,5	5,30
MMSE (punteggio: 0-30)	25,43	3,56
GDS (punteggio: 0-15)	7,03	3,85
ADL (punteggio: 0-6)	4,60	1,35
IADL (punteggio: 0-8)	5,25	2,14
Patologie (numero)	4,30	1,57

Conclusioni. Nel campione del nostro studio, la valutazione multidimensionale geriatrica ed il piano individualizzato di intervento sono risultati efficaci nella prevenzione secondaria delle cadute a domicilio.

Valutazione multidimensionale geriatrica di una popolazione di soggetti ultraottantacinquenni studiati nel proprio domicilio

M. Cocco, A. Saba, M.G. Congiu, M. Aresu, S. Cadeddu, S. Cappai, E. Corda, N.M.C. Curreli, D. Ibba, M.E. Pais, E. Pedditzi, M. Pintus, E. Trogu, A. Mandas

Scuola di Specializzazione di Geriatria, Università di Cagliari

Scopo. Valutare una popolazione di soggetti ultraottantacinquenni, con modalità multidimensionale nel proprio domicilio, e confrontarla con una popolazione di soggetti di età compresa tra 65 e 84 anni.
Materiali e metodi. La valutazione multidimensionale (VMD), dei soggetti arruolati, è stata effettuata, nel proprio domicilio, con l'utilizzo dei seguenti test e scale: *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Activity Daily Life* (ADL), *Instrumental Activity Daily Life* (IADL), *Physical Performance Test* (PPT), Tinetti *Performance-Oriented Mobility Assessment* (POMA), *Mini Nutritional Assessment* (MNA), *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS). Sono stati arruolati 387 soggetti, di cui 303 (78,3%) di età compresa tra 65 e 84 anni [età media 72,53 ± 5,5 (*range* 65-84), 182 (60,1%) femmine e 121 (39,9%) maschi] e 84 di età 85 o più anni [età media 90,4 ± 4,5 (*range* 85-107), 56 (66,7%) femmine e 28 (33,3%) maschi].

Risultati. I risultati sono illustrati nella Tabella sottostante.

Test e Scale	Gruppo anziani ≥ 85 anni n. 84	Gruppo anziani 65-84 anni n. 303	t-test
MMSE	22,46 ± 5,32	26,03 ± 3,35	< 0,0001
GDS	11,24 ± 6,46	9,90 ± 6,32	0,088
ADL	14,05 ± 6,31	18,66 ± 3,45	< 0,0001
IADL	3,04 ± 2,68	6,13 ± 2,08	< 0,0001
PPT	10,76 ± 7,05	15,09 ± 5,09	< 0,0001
POMA	15,98 ± 9,59	24,35 ± 6,45	< 0,0001
MNA	22,46 ± 4,14	24,55 ± 2,98	< 0,0001
BMI	25,93 ± 3,88	28,06 ± 4,80	< 0,0001
CIRS			
Punteggio totale	24,34 ± 3,75	20,00 ± 3,20	< 0,0001
Massimo *impairment*	3,37 ± 0,49	2,99 ± 0,60	< 0,0001
Indice di severità delle comorbilità	1,71 ± 0,27	1,43 ± 0,27	< 0,0001
Indice di comorbilità complessa	4,12 ± 1,84	2,25 ± 1,52	< 0,0001

Conclusione. Come noto l'invecchiamento è caratterizzato da uno stato di fragilità e dall'alto rischio di perdita dell'autosufficienza e lo stato di salute dell'anziano è il risultato dell'interazione tra salute fisica, salute mentale, aspetti sociali ed economici. Una valutazione olistica dello stato di salute dell'anziano può essere effettuata con la VMD. Nei grandi anziani, che per definizione si trovano già in una condizione di fragilità, è fondamentale monitorizzarla con la VMD. Essendo la Sardegna una regione con un alto numero di longevi, abbiamo voluto valutare lo stato di salute degli ultraottantacinquenni, studiati nel proprio domicilio, e confrontarlo con quello di soggetti di età inferiore a 85 anni. Lo stato funzionale è stato valutato con l'ADL, l'IADL e il PPT, il rischio di caduta con il POMA, lo stato cognitivo/affettivo rispettivamente con il MMSE e la GDS, lo stato nutrizionale con la MNA, la comorbilità con la CIRS. I risultati ottenuti mostrano uno stato funzionale, cognitivo, nutrizionale e di comorbilità significativamente più compromesso nei grandi anziani rispetto agli anziani più giovani. Tuttavia, gli ultraottantacinquenni che vivono nel proprio domicilio, nonostante una significativa compromissione dello stato funzionale, mantengono un tono dell'umore non significativamente più depresso rispetto a quello degli anziani più giovani.

Bibliografia

1 Zanetti E. *La valutazione in geriatria. Metodi e strumenti*. Carocci Faber 2003.

2 Cester, Piergentili P, Senin U. *La valutazione multidimensionale geriatrica ed il lavoro di équipe*. Edizioni Vega 1999.

3 http://demo.istat.it

Ruolo del metabolismo lipidico nella malattia di Alzheimer: aspetti molecolari in fibroblasti cutanei e linfomonociti

P.L. Cocco[1 3], F. Angius[1], C. Zaru[2], M. Palmas[2], C. Abete[1], C. Mulas[1], F. Paoletti[3], P. Putzu[2], G. Diaz[1], S. Dessì[1]

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari; [2] Centro Alzheimer, Divisione Geriatria, ASL 8, Cagliari; [3] Dipartimento di Patologia e Oncologia Sperimentali, Università di Firenze

Scopo. Recenti studi sia su modelli animali che cellulari della malattia di Alzheimer (AD) indicano che la distribuzione sub-cellulare del colesterolo, sembra influenzare la produzione di beta-amiloide (A}) nel cervello 1. In particolare, gli esteri del colesterolo (CE), piuttosto che i livelli di colesterolo totale, appaiono direttamente correlati con la produzione A} 2. Nostre evidenze sperimentali paiono dimostrare come le alterazioni presenti nel cervello, siano presenti anche in cellule periferiche quali linfomonociti (PBMC) e fibroblasti cutanei 3 4. Infatti, studi preliminari su questi tipi cellulari isolati sia da pazienti AD che da alcuni parenti di primo grado, hanno chiaramente mostrato la presenza di accumuli intracellulari di lipidi neutri (CE e trigliceridi) simili a quelli riscontrati da altri autori a livello cerebrale.
Poiché il metabolismo lipidico è particolarmente complesso e visto il notevole numero di enzimi coinvolti, lo scopo del nostro studio è stato quello di capire, mediante tecniche di biologia molecolare, quale o quali frazioni lipidiche siano maggiormente implicate nella modulazione del precursore dell'amiloide (APP).
Materiali e metodi. I fibroblasti sono ottenuti mediante asportazione di frustoli di tessuto cutaneo. Una volta isolati, essi sono stati coltivati in terreno arricchito con 10% di siero. I linfomonociti sono stati isolati dopo centrifugazione di sangue venoso periferico su gradiente di lympholyte (Cedarlane). I livelli degli mRNA sono ottenuti mediante RT-PCR.
Risultati. L'analisi dell'espressione, mediante RT-PCR dei geni correlati con il metabolismo del colesterolo hanno mostrato che ci sono:
1. aumenti significativi dell'ACAT-1;
2. diminuzioni significativi della SREBP-2, della nCEH, del recettore per le LDL;
3. nessuna variazione significativa del HMG-CoA R e della Caveolina-1.

Per quanto riguarda il metabolismo dell'APP:
1. diminuzioni significativi della Neprilisina e della BACE-1;
2. nessuna variazione significativa dell'APP.

Conclusione. Nel loro insieme questi risultati suggeriscono l'esistenza di un'alterazione sistemica nel metabolismo del colesterolo nei pazienti AD. Inoltre l'accumulo di A} non pare legato ad un difetto della produzione dell'APP (che non varia significativamente) o della BACE-1 (che invece diminuisce probabilmente per un fenomeno di feedback) ma piuttosto ad un difetto nel meccanismo di smaltimento forse dovuto ad una destabilizzazione e/o un malfunzionamento dei micro-domini (rafts) di membrana generalmente ricche di colesterolo ma in queste circostanze impoverite dello stesso.

Bibliografia

1 Puglielli L, Konopka G, Pack-Chung E, Ingano LA, Berezovska O, Hyman BT, et al. *Acyl-coenzyme A: cholesterol acyltransferase modulates the generation of the amyloid beta-peptide*. Nat Cell Biol 2001;3:905-12.

2 Hutter-Paier B, Huttunen H, Puglielli L, Eckman C, Kim DY, Hofmeister A, et al. *The ACAT inhibitor CP-113,818 markedly reduces amyloid pathology in a mouse model of Alzheimer's disease*. Neuron 2004;44:227-38.

3 Pani A, Dessi S, Cocco PL, Paoletti F. *Altered cholesterol ester cycle in ex vivo skin fibroblasts from Alzheimer patients*. Available from Nature Precedings < http://hdl.handle.net/10101/npre.2008.1602.1 > (2008).

4 Pani A, Putzu P, Paoletti F, Dessi S. *Changes in cholesterol metabolism in peripheral cells of Alzheimer disease patients and their relatives*. Available from Nature Precedings < http://hdl.handle.net/10101/npre.2007.1246.1 > (2007).

L'età non rappresenta un fattore prognostico negativo per i pazienti leucemici ricoverati in un reparto di Terapia Intensiva

G. Colloca[1 2], M. Extermann[1], M. Cesari[2], G. Gambassi[2], R. Bernabei[2], L. Balducci[1]

[1] Moffitt Cancer Center and Research Institute, Tampa, FL, USA; [2] Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma, Italia

Scopo. L'età rappresenta un fattore prognostico negativo per la leucemia mieloide acuta (AML) [1]. I pazienti con AML presentano un rischio aumentato di ricovero in un'unità di terapia intensiva [2 3]. Lo scopo per del presente studio era quello di valutare la sopravvivenza dei pazienti anziani affetti da AML ricoverati in un unità di terapia intensiva.
Design: studio retrospettivo di 447 pazienti affetti da AML e trattati al Moffitt Cancer Center in Tampa, Florida tra il 2001 ed il 2007
Patients: sono stati valutati 447 pazienti [età media 57,5 anni (*range* 17-91)] affetti da AML, di questi, 95 pazienti [età media 57 anni (*range* 21-83)]

sono stati ricoverati in un'unità di terapia intensiva. Al momento del ricovero in terapia intensiva sono state raccolte variabili sociodemografiche (età, sesso), cliniche (comorbidità, performance status un mese prima del ricovero), biologiche (emocromo completo) e patologia-specifiche (classificazione FAB, cariotipo, AML status). È stato valutato un anno di sopravvivenza dopo la dimissione dall'unità di terapia intensiva.

Risultati. 47 (49%) partecipanti presentavano un'età ≥ 60 anni; 56 (59%) pazienti sono stati dimessi dall'unità di terapia intensiva, 32 (68%) di età ≥ 60 anni 24 (50%) di età < 60 anni. Dopo un anno, 12 (50%) dei pazienti più giovani erano ancora vivi *vs.* 6 (19%) dei pazienti più anziani. La causa più frequente di ricovero in terapia intensiva era rappresentata da una disfunzione respiratoria. Dopo aver considerato tutti i possibili fattori confondenti i pazienti più anziani presentavano una probabilità inferiore di morire nell'unità di terapia intensiva rispetto ai pazienti più giovani; il performance status (ECOG) calcolato un mese prima del ricovero, è risultato associato alla sopravvivenza ($p < 0,001$).

Conclusioni. In questo studio retrospettivo, che ha arruolato pazienti affetti da AML ricoverati in un'unità di terapia intensiva, l'età non rappresenta un fattore prognostico negativo. I nostri dati in parte possono sorprendere in quanto sembrano contraddire un comune assioma legato all'AML, ossia che l'età rappresenti un fattore prognostico negativo. Questo può essere spiegato in parte dalla selezione dei pazienti: i pazienti più giovani ricoverati in terapia intensiva presentano una patologia spesso più avanzata rispetto ai più anziani. Questi risultati suggeriscono che i pazienti anziani possano beneficiare di un trattamento più intensivo cosi come i pazienti più giovani.

Bibliografia

1 Estey E. *Acute myeloid leukemia and myelodysplastic syndromes in older patients*. J Clin Oncol 2007;25:1908-15.

2 Lowenberg B, Downing JR, Burnett A. *Acute myeloid leukemia*. N Engl J Med 1999;341:1051-62.

3 Baudard M, Beauchamp-Nicoud A, Delmer A, Rio B, Blanc C, Zittoun R, et al. *Has the prognosis of adult patients with acute myeloid leukemia improved over years? A single institution experience of 784 consecutive patients over a 16-year period*. Leukemia 1999;13:1481-90.

Profili clinico-funzionali degli anziani ammessi a 3 tipologie di riabilitazione in ambito geriatrico

M. Colombo[1 2], G. Procino[1], P. Ranzani[1], S. Giorgi[1], M. Cairati[1], G. Previderè[1], D. Ferrari[1], M. Cottino[1], A. Guaita[1 2]

[1] Istituto Geriatrico "Camillo Golgi"; [2] Fondazione "Golgi Cenci", Abbiategrasso (MI)

Scopo. La normativa introdotta dalla Regione Lombardia ha suddiviso la riabilitazione residenziale in tre tipologie: "specialistica" (S), "generale e geriatrica" (GG), e di "mantenimento" (M: a sua volta suddivisa in "stabilizzazione" e "reinserimento"). Tali 3 tipologie prevedono dotazioni – e relative tariffazioni – e sistemi organizzativi diversi. Perciò, abbiamo voluto analizzare le caratteristiche dei pazienti, ed i risultati ottenuti in termini di miglioramento clinico e funzionale e di destino sociale, confrontando le tre tipologie.

Materiali e metodi. Sono state analizzate, su 970 pazienti (70% femmine), variabili socio-demografiche, biologiche (albuminemia ed emoglobinemia), funzionali (Indice di Barthel: BI), cliniche (*Cumulative Illness Rating Scale*: CIRS, indice di severità: IS e di comorbosità: IC), cognitive (*Mini Mental Status Examination*: MMSE). Sono stati calcolati indici derivati, quali l'efficacia e l'efficienza riabilitative, e il guadagno funzionale relativo al potenziale riabilitativo. Il confronto tra le 3 tipologie di ricovero è stato condotto: per le variabili continue mediante analisi della varianza e successivo confronto fra sottogruppi ricorrendo ai test di Welch e di Tamhane; per le variabili categoriali mediante tavole di contingenza – grazie al programma SPSS. I risultati vengono espressi in termini di media ± deviazione standard, o di %, come appropriato.

Risultati. Il confronto fra le 3 tipologie di ricovero, in sintesi, indica che: nel settore S provengono più frequentemente donne del circondario, inviate dall'ospedale; in GG, pazienti residenti al domicilio, inviati dai servizi geriatrici territoriali; in M, anziani segnalati dal medico di base o dai familiari; il destino sociale per tutte le 3 tipologie consiste in 3 casi su 4 nel rientro al domicilio. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra le 3 tipologie di ricovero rispetto all'età (78,4 ± 8,4 anni) ed alla durata della degenza (45,8 ± 18,5 giorni). In generale, le differenze maggiori e più numerose si trovano tra la tipologia S da una parte, e la GG e la M, dall'altra. I pazienti della prima tipologia tendono ad essere, all'ingresso, meno funzionalmente e cognitivamente validi, ma anche meno clinicamente compromessi, sia pure presentando indicatori biologici un poco peggiori. All'ammissione il BI era inferiore in S (42,7 ± 24,8) che in M (54,9 ± 24) ed in GG (56 ± 24,2). In S i livelli funzionali antecedenti al ricovero riabilitativo erano migliori (92,4 ± 13,8) che nelle altre 2 tipologie: GG = 84 ± 20,5 e M = 81 ± 24. Il MMSE all'ammissione era inferiore in S (20 ± 6,8) che in GG (21,8 ± 6,5), con valore intermedio in M (20,8 ± 6,3). La CIRS-IS all'ingresso era più elevata in M (2,4 ± 0,3) ed in GG (2,2 ± 0,3) che in S (2,1 ± 0,4); invece la comorbosità all'ammissione presenta CIRS-IC identici tra tipologia S e GG (5 ± 2,2), ma sensibilmente peggiori nella tipologia M (6,7 ± 2). Le efficienze nei guadagni funzionali e nel potenziale riabilitativo % – relativo alla situazione all'ingresso – decrescono passando dalla tipologia S a quella GG e poi alla M. La migliore efficienza nel guadagno in comorbosità è stata riscontrata nella tipologia "Generale e Geriatrica".

Conclusione. I risultati di questa indagine preliminare – che estende una nostra ricerca precedente [1] – collimano con le aspettative, rispetto alle tipologie di riabilitazione "specialistica" e "generale e geriatrica", caratterizzate da migliori efficienze nel recupero rispettivamente funzionale e clinico. Ma se il prosieguo della verifica confermerà le attuali connotazioni della riabilitazione "di mantenimento" come gravata di una elevata comorbosità, eppure capace di ottenere destini sociali e tempi di degenza sostanzialmente sovrapponibili alle altre 2 tipologie riabilitative, ci sembrerà opportuno riflettere sulle motivazioni verosimilmente alla base di simili risultati.

Bibliografia

1 Colombo M, Cottino M, Previderè G, Ferrari D, Giorgi S, Gandolfi C, et al. *Severità clinica e comorbosità: cosa significano nella riabilitazione geriatrica*. Giornale di Gerontologia 2003;51:89-96.

L'anziano in Pronto Soccorso: un nuovo campo di ricerca per il geriatra all'interno del sistema di cura

C. Cornali[1 2 3], A. Bianchetti[1 3], P. Ranieri[1 3], S. Franzoni[1], I. Badini[1 3], F. Tosoni[2], M. Trabucchi[3]

[1] U.O. Medicina, Istituto Clinico "S. Anna", Brescia; [2] U.O. Pronto Soccorso, Istituto Clinico "S. Anna", Brescia; [3] Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Premessa. Mediamente vi sono in Italia in un anno 350 accessi in Pronto Soccorso (PS) ogni 1.000 abitanti; di questi il 15-25% sono ultra-sessantacinquenni.

Scopo. Osservare la prevalenza e le differenze rispetto ai giovani dei soggetti anziani che afferiscono presso un PS.

***Setting* e metodi.** Il PS dell'Istituto Clinico "S. Anna" si situa nella periferia ovest di Brescia (bacino d'utenza di oltre 90.000 abitanti), all'interno di un ospedale con 10 reparti ad alta specialità (Medicina, Cardiologia, Neurologia, Oncologia, Otorino, Ortopedia, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Riabilitazione specialistica, Ginecologia). Nel corso del 2007 vi sono stati 28.861 accessi (non pediatrici: età > 15 anni), di questi 6973 (24,2%) sono stati persone di età superiore ai 65 anni.

Risultati. Rispetto ai soggetti più giovani (G), gli ultra-sessantacinquenni (A) sono stati inseriti nel *triage* con un codice-colore di maggior gravità e instabilità clinica (codici gialli A 19,6% *vs.* G 4,2%, codici rossi A 1,3% *vs.* G 0,2%, $p < 0,000$), mentre raramente si presentano per condizioni cliniche inappropriate non urgenti (codici bianchi A 2,9% *vs.* G 5,7%, $p < 0,000$). Consumano più risorse sia in termini di tempo trascorso in PS (86,5 minuti *vs.* 66,5, rispettivamente, $p = 0,003$) sia in termini di prestazioni cui sono sottoposti: delle 203.303 prestazioni effettuate, il 39,2% è consumato dalla popolazione anziana, con un numero medio di 11,4

per persona rispetto al 5,6 dei giovani. In particolare, gli ultra-sessantacinquenni sono sottoposti a prestazioni ad alta specialità: dei 154 servizi di rianimazione/anestesia, il 67,5% è stato dedicato agli anziani (rapporto giovani:vecchi di 1,3:10), delle 4.067 di cardiologia il 52,9% (0,3:10), delle 511 di chirurgia generale il 75,7% (0,5:10), delle 443 di chirurgia vascolare il 56,4% (1,4:10), delle 984 di medicina/geriatria il 79,9% (0,8:10), delle 614 di neurologia il 51,6% (3,1:10). Meno specifica, invece, l'attività di PS rivolta al trattamento dei traumi: delle 15255 prestazioni di radiologia solo il 32,8% è usufruito dagli over-65 (rapporto giovani:vecchi 6,5) e delle 4802 di ortopedia il 29,3% (7,6:10). Nel corso dell'anno vi sono stati 4232 ricoveri dal PS: 2144 ultra-sessantacinquenni, ossia 30,7% di tutte i vecchi afferiti in urgenza, rispetto ai 2088 giovani, 9,5% di tutti gli accessi di tale sottogruppo.

Conclusioni. Rispetto ai giovani, per i quali viene spesso dibattuto il problema dell'inappropriatezza dell'uso del PS, il vecchio si reca in ospedale per un reale stato di malattia urgente, riceve un più elevato numero di prestazioni diagnostico-terapeutiche, stazionando in astanteria per tempi più lunghi, ed è ospedalizzato 3 volte di più. Di fronte a questo dato epidemiologico, confrontato con i possibili rischi cui può incorrere l'anziano in un reparto di urgenza a causa delle caratteristiche intrinseche del servizio (tempi ristretti per anamnesi e valutazione clinica e psicosociale globale), appare evidente la necessità di ritrovare possibili azioni di miglioramento.

Farmaci potenzialmente inappropriati, reazioni avverse a farmaci e declino funzionale in pazienti anziani ospedalizzati

A. Corsonello[1], C. Pedone[2], F. Lattanzio[1], M. Lucchetti[1], M. Di Muzio[1], S. Garasto[1], S. Giunta[1], G. Onder[3], A. Di Iorio[4], S. Volpato[5], F. Corica[6], C. Mussi[7], R. Antonelli Incalzi[2 8] per i Ricercatori dello studio *PharmacosurVeillance in the elderly Care* (PVC)

[1] Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani (INRCA), Ancona e Cosenza; [2] Università Campus BioMedico, Roma; [3] Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma; [4] Università di Chieti; [5] Università di Ferrara; [6] Università di Messina; [7] Università di Modena; [8] Fondazione "San Raffaele", Cittadella della Carità, Taranto

Scopo. Studi recenti hanno rilevato che l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati si associa a ridotta performance fisica in soggetti anziani. Lo scopo di questo studio era quello di verificare se l'uso di tali farmaci è in grado di accelerare il declino funzionale in pazienti anziani ospedalizzati attraverso un incremento delle reazioni avverse (ADRs).

Materiali e metodi. La casistica studiata è costituita da 506 pazienti di età superiore ai 64 anni ricoverati presso 11 reparti medici per acuti. Gli *outcomes* di questo studio sono rappresentati dalla perdita di ≥ 1 attività della vita quotidiana (ADL) e di ≥ 3 ADLs dal momento del ricovero al momento della dimissione. I farmaci potenzialmente inappropriati sono stati individuati sulla base dei criteri di Beers diagnosi-indipendenti. L'associazione tra fattori di rischio ed *outcomes* è stata valutata mediante analisi di regressione logistica multivariabile.

Risultati. In totale, 153 pazienti (30,2%) hanno ricevuto la prescrizione di almeno 1 farmaco potenzialmente inappropriato durante la degenza. La perdita di ≥ 1 ADLs era rilevabile nell'11,8% degli *users vs.* 8,5% nei *non users* (p = 0,250); la perdita di ≥ 3 ADLs era presente nel 9,2% degli *users* e nel 4,8% dei *non users* (p = 0,062). Il verificarsi di qualsiasi ADRs durante la degenza era il correlato più importante per entrambi gli *outcomes* considerati (Perdita di ≥ 1 ADLs - OR: 9,59; 95% CI: 4,42-20,8. Perdita di ≥ 3 ADLs - OR: 4,88; 95% CI: 1,90-12,5). Altri correlati indipendenti sono risultati essere l'età (OR: 1,12; 95% CI: 1,06-1,16 e OR: 1,13; 95% CI: 1,05-1,22 rispettivamente) e la comorbidità (OR: 1,28; 95% CI: 1,06-1,57 e OR: 1,30; 95% CI: 1,02-1,65 rispettivamente), ma non l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati. Solo 6 delle 106 ADRs rilevate erano causate da farmaci potenzialmente inappropriati.

Conclusioni. In conclusione, le ADRs a qualsiasi farmaco più che l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati potrebbero avere un ruolo causale sulla disabilità incidente nei pazienti anziani ricoverati in ospedale.

Relazione tra testosterone ed eritropoiesi: dal "bench" al "bedside"

G. Costantino, G.P. Ceda, S. Parrino[1], P. Catelli[2], C. Cattabiani, M. Luci[2], G. Valenti[1], M. Maggio

Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Italia; [1] U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Riabilitativa, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Parma; [2] A.S.F. Riabilitazione Geriatrica, Firenze, Italia

Premessa. L'anemia è una patologia frequente nel soggetto anziano, aumenta in corso di invecchiamento e nel 30-40% dei casi è di origine sconosciuta. Tra i possibili fattori patogenetici delle anemie sine causa nell'anziano vi è la carenza androgenica 1. Dati dello Studio InCHIANTI hanno mostrato che bassi livelli di testosterone sono predittivi dell'insorgenza di anemia a 3 anni in soggetti ultra65enni sia di sesso maschile che femminile 2.

Diversi sono i ***link*** tra androgeni ed eritropoiesi. Gli Androgeni stimolano il sistema ematopoietico attraverso differenti meccanismi che includono il rilascio di eritropoietina, l'aumentata attività del midollo osseo e l'incorporazione del ferro nei globuli rossi. Gli Androgeni sono stati utilizzati nel trattamento dell'anemia associata alla patologia renale, all'aplasia del midollo osseo, all'ipogonadismo e all'ipopituitarismo [3 4] e, dato da non sottovalutare, sono dotati di un'azione anabolica particolarmente utile nel soggetto anziano fragile.

Metodi. In un contesto in cui la ricerca clinica è spesso distante dal letto del malato ci è sembrato interessante riportare i dati relativi ad un Caso clinico di anemia verificatosi presso la Clinica Geriatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

La paziente di anni 86 giungeva alla nostra osservazione per astenia ingravescente e dispnea ai minimi sforzi. Tra gli esami ematochimici si segnalava anemia normocitica (con Hgb pari a 6,2 g/dL, VCM 93,8 fl) con bassa sideremia (27 µg/dL) ed incremento degli indici di funzionalità renale (crea 1,7 mg/dL ed azotemia 75 mg/dL), e lieve incremento delle transaminasi (SGOT 62 U/L e SGPT 62 U/L). In anamnesi venivano segnalati esiti di nefrectomia dx per carcinoma a cellule chiare, diverticolosi del sigma, angiodisplasia del colon e pregressa ulcera duodenale. Dal colloquio con la paziente, il cui stato cognitivo era buono (MMSE corretto per età e scolarità di 27,8/30) emergeva il rifiuto di sottoporsi ad emotrasfusioni per motivi religiosi.

Risultati. La paziente veniva sottoposta a EGDS e pancolonscopia che evidenziavano rispettivamente gastropatia congestizio-erosiva ed emorroidi e polipo adenomatoso tubulare con displasia di basso grado del sigma retto. L'esame dello striscio periferico escludeva la presenza di cellule immature.

In considerazione del rifiuto della paziente alle procedure di emotrasfusione, ed in virtù del quadro clinico presente di anemia normocitica (in IRC) con sideropenia venivano intrapresi tutti i trattamenti alternativi potenzialmente indicati: terapia marziale, cianocobalamina ed eritropoietina EPO 4000 1 fl 2 volte al dì. Dopo qualche giorno in virtù della persistenza dei livelli di Hgb 7,0 g/dl e dei bassi livelli ematici di androgeni (DHEAS < 15 µg/dL, testosterone non dosato) si decideva di associare un trattamento con testosterone propionato (50 mg 1 fl/settimana) per via parenterale. Si otteneva in tal modo un significativo incremento dei livelli di Hgb (8,3 g/dl). Alla modificazione dei livelli di emoglobina (stabili poi nel corso del ricovero) si associava una parziale remissione della sintomatologia di tipo astenico presente all'ingresso per cui la paziente veniva dimessa senza ricorrere ad emotrasfusioni. A distanza di 3 mesi dalla dimissione la paziente (che ha interrotto la terapia con testosterone dopo 1 mesi dalla dimissione senza presentare effetti collaterali) non è più stata riospedalizzata e presenta livelli di Hgb pari a 10 g/dl.

Conclusioni. In conclusione, l'uso di testosterone per brevi periodi costituisce una valida opzione terapeutica in aggiunta ai trattamenti già utilizzati nei casi di anemia da causa incerta e/o non trattabile con emotrasfusioni in soggetti anziani anche di sesso femminile.

BIBLIOGRAFIA

1 Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. *Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia*. Blood 2004;104:2263-8.

2 Ferrucci L, Maggio M, Bandinelli S, Basaria S, Lauretani F, Ble A, et al. *Low testosterone levels and the risk of anemia in older men and women*. Arch Intern Med 2006;166:1380-8.

3 Kennedy BJ, Gilbertsen AS. *Increased erythropoiesis induced by androgenic hormone therapy*. N Engl J Med 1957;256:719-26.

4 Basaria S, Maggio M, Dobs AS. *Androgens and Erythropoiesis*. J Androl 2008 (in press).

Livelli plasmatici delle isoforme di vitamina E e del coenzima Q10 in soggetti anziani cognitivamente integri, MCI e con demenza di Alzheimer: risultati preliminari dal progetto AddNeuroMed

E. Costanzi, P. Mecocci, F. Mangialasche, R. Cecchetti, P. Rinaldi, V. Serafini, M. Baglioni, P. Bastiani, S. Lovestone[1] a nome del Consorzio del AddNeuroMed Project

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [1] King's College, London

Scopo. È noto il ruolo centrale dello stress ossidativo (SO) nella malattia di Alzheimer (AD) e la presenza di SO nei soggetti con Mild Cognitive Impairment (MCI) suggerisce che lo SO sia un evento precoce nel declino cognitivo. Nei MCI e AD ci sono evidenze della deplezione di micronutrienti antiossidanti, come la vitamina E, che è l'antiossidante non enzimatico più potente, anche se i dati in letteratura riguardo la relazione tra vitamina E e condizione e progressione MCI/AD sono tuttora insufficienti. Inoltre, nella maggior parte degli studi è stato indagato solo | -tocoferolo. Sono state identificate altre molecole naturali con attività di vitamina E (chiamate }-, ~ e ϒ-tocoferolo e | -, }-, ~ e ϒ-tocotrienolo) e ciascuna isoforma di vitamina E possiede funzioni biologiche uniche, spesso non condivise dagli altri membri della famiglia. Pochi studi hanno indagato gli altri tocoferoli e nessuno ha indagato i tocotrienoli nei soggetti dementi. Scopo del presente lavoro è quello di valutare, nei soggetti cognitivamente integri, con MCI e con AD, i livelli delle isoforme di vitamina E e coenzima Q10 (CoQ10), che sembra incidere anche esso sullo stato cognitivo.
Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati di soggetti ultrasessantacinquenni del Progetto AddNeuroMed, uno studio multicentrico longitudinale finanziato dalla Comunità Europea. Sono stati misurati i livelli di tocotrienoli, tocoferoli e CoQ10 in campioni di plasma prelevati al momento della valutazione basale di 54 soggetti cognitivamente integri (F/M 31/23, età media 73,2 ± 5,6), 52 soggetti con MCI (F/M 28/24, età media 76,6 ± 5,3) e 50 soggetti con AD (F/M 37/13, età media 77,8 ± 5,3).
Risultati. I livelli plasmatici medi di ciascuna isoforma di vitamina E e di CoQ10 erano significativamente più alti nei soggetti cognitivamente integri rispetto agli AD e, ad eccezione di }-tocoferolo e }-tocotrienolo, anche rispetto ai MCI. Rispetto agli AD, i soggetti MCI presentavano livelli significativamente più alti di | -tocoferolo, ~tocoferolo, ~tocotrienolo e CoQ10.
Conclusione. È stato riscontrato nei soggetti anziani cognitivamente integri, nei MCI e negli AD un profilo differente delle diverse isoforme di vitamina E. Particolarmente interessante è l'osservazione del diverso profilo dei ~tocoferolo e ~tocotrienolo, che sembrerebbero avere un effetto neuroprotettivo più pronunciato rispetto alle altre isoforme. Anche il CoQ10 sembra avere un ruolo nella neuroprotezione. Alla luce di ciò, potrebbe essere appropriata una supplementazione dietetica di queste molecole.

Modulazione dei geni coinvolti nell'omeostasi zincale in pazienti con basso grado di arteriosclerosi trattati con inibitori delle HMG-CoA reduttasi

L. Costarelli, E. Muti, M. Malavolta, R. Giacconi, C. Cipriano, S. Tesei, D. Sartini[1], M. Emanuelli[1], M. Silvestrini[2], L. Provinciali[2], B. Gobbi[2], F. Lattanzio[3], E. Mocchegiani

Centro di Immunologia (Laboratorio Nutrigenomica e Immunosenescenza) Dip. Ricerche INRCA, Ancona, Italia; [1] Istituto di Biochimica e Biotecnologia, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italia; [2] Clinica Neurologica, Università Politecnica delle Marche, Ospedale di Torrette, Ancona, Italia; [3] Direzione Scientifica INRCA, Ancona, Italia

Scopo. In pazienti arteriosclerotici il trattamento della dislipidemia, attraverso la somministrazione di inibitori delle HMG-CoA redattasi presenta un'evidenza scientifica documentata, in quanto associato ad un incremento delle aspettative di vita ed a una riduzione dei principali rischi cardiovascolari 1. Tuttavia, il trattamento con questi farmaci induce una riduzione dei livelli plasmatici dello zinco, noto per le sue proprietà antiossidanti 2. Pertanto, in un contesto di uno stato di deficienza zincale, risulta difficile spiegare gli effetti benefici degli inibitori dell'HMG-CoA reduttasi. Lo scopo di questo lavoro è quindi la valutazione dell'omeostasi zincale intracellulare, attraverso la determinazione dei livelli intracellulari di zinco e delle metallotioneine (MT) (proteine zinco dipendenti) e l'espressione di geni zinco dipendenti in soggetti con un basso grado di stenosi carotidea (20% to 40% di stenosi), trattati con inibitori dell'HMG-CoA redattasi, attraverso l'utilizzo di un microarray custom.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 10 soggetti (5 uomini e 5 donne, età compresa fra 60-82 anni) con un basso grado di stenosi carotidea in trattamento con inibitori delle HMG-CoA redattasi e 10 soggetti di controllo sani. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un esame ultrasonografico per la valutazione del grado di stenosi ed a completi esami ematologici per escludere eventuali co-morbidità.
Il sangue periferico è stato raccolto in provette eparinizzate ed è stata effettuata una separazione cellulare mediante gradiente di centrifugazione su *ficoll-hypaque*.
L'RNA totale è stato estratto da $10x10^6$ di PBMC congelati utilizzando il kit SV Total RNA Isolation System (Promega, Madison, USA), quantificato allo spettrofotometro e valutato qualitativamente mediante elettroforesi su gel di agarosio denaturante. Il profilo di espressione dei geni coinvolti nell'omeostasi zincale, nella risposta infiammatoria e nello stress ossidativo, è stato ottenuto usando un ***custom array*** di 480 oligonucleotidi (GEArray Custom, SuperArray, USA). I differenti livelli di espressione tra i due gruppi sperimentali sono stati indicati con un ***fold change*** ≥ 1,5 (***up***-regolazione) e ≤ 0,5 (***down***-regolazione).
iZnL e iZnR sono stati determinati mediante la sonda fluorescente Zinpyr-1, mentre le MT sono state valutate usando l'anticorpo ***mouse anti-horse*** Metallothionein clone E9 (Dakocytomation, Denmark).
Le differenze fra i due gruppi sono state valutate con il Paired t-test. Sono considerati significativi valori di $p < 0,05$.
Risultati. I dati sperimentali mostrano una differente modulazione dei geni coinvolti nell'omeostasi zincale, nel metabolismo lipidico, infiammatorio, nella risposta allo stress ossidativo, nella differenziazione cellulare, nella stabilità della placca, nel processo di coagulazione e nei meccanismi di riparazione del DNA. Per quanto riguarda lo stato zincale, nei soggetti arterosclerotici i livelli plasmatici di zinco e di iZnR sono significativamente più bassi rispetto ai controlli, al contrario iZnL e le MT risultano significativamente più alte.
Conclusioni. I dati sperimentali rivelano che diversi geni precedentemente indicati come target del segnale zincale, sono differenzialmente espressi tra i due gruppi sperimentali studiati. La modulazione dei *zinc responsive genes* suggerisce che i PBMC dei pazienti arteriosclerotici trattati con gli inibitori della HMG-CoA redattasi necessitano dello zinco per modulare la risposta infiammatoria e ossidativa. La *down*-regolazione di alcune citochine pro-infiammatorie e la *up*-regolazione di alcuni geni coinvolti nei meccanismi di riparazione del DNA supportano tale ipotesi. Quindi, a dispetto di basi livelli plasmatici di zinco, l'aumento di iZnL e la modulazione di geni zinco dipendenti suggerisce un attivo *zinc signal* nei PBMC degli arteriosclerotici rispetto al gruppo dei controlli. Inoltre la diminuzione di iZnR indica che probabilmente le MT sono la causa dell'incremento di iZnL indotto dallo stress ossidativo. Concludendo, questi dati rivelano una attivazione del segnale zincale nei pazienti con un basso grado di arteriosclerosi trattati con gli inibitori della HMG-CoA reduttasi. Dato che numerosi lavori sottolineano una diminuzione dello zinco intracellulare nei pazienti con alto grado di arteriosclerosi [3], il monitoraggio dello stato zincale intracellulare potrebbe risultare un fattore chiave per intraprendere strategie di intervento terapeutico con questi farmaci.

Bibliografia

1 Wenger NK, Lewis SJ, Herrington DM, Bittner V, Welty FK. *Outcomes of using high- or low-dose atorvastatin in patients 65 years of age or older with stable coronary heart disease*. Ann Intern Med 2007;147:1-9.

2 Yilmaz MI, Baykal Y, Kilic M, Sonmez A, Bulucu F, Aydin A, et al. *Effects of statins on oxidative stress*. Biol Trace Elem Res 2004;98:119-27.

3 Giacconi R, Muti E, Malavolta M, Cipriano C, Costarelli L, Bernardini G, et al. *+838 C/G MT2A polymorphism, metals and inflammatory/immune response in carotid artery stenosis in elderly people*. Mol Med 2007;13:388-95.

Progetto di attività occupazionale per l'anziano con declino cognitivo

P. Crescenti[1], F. Caronzolo[1], E. Mollica[2], P. Zimbaro[2], M.L. Adamo[1], R. Grasso[1], A. Grippa[1], F. D'Amico[1 2]

[1] Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Laboratorio di Psicogeriatria, UVG Ospedale-Territorio Integrato, P.O. Patti, Coordinamento Dipartimentale delle Attività Geriatriche, Azienda USL n. 5 di Messina; [2] Corso di Laurea Specialistica in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie preventive ed adattate, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Messina

Obiettivo. L'attività occupazionale si determina attraverso attività realizzate con un progetto intorno alla persona anziana con declino cognitivo, al fine di mantenere, recuperare e, dove è possibile, potenziare le capacità residue (fisiche e psichiche). L'attività si svolge con un team di figure professionali. Un progetto di attività occupazionale, a cui partecipano il geriatra, il terapista della riabilitazione psicosociale, il fisioterapista e che prevede l'impegno del Dottore in Scienze Motorie, è stato promosso presso la Unità Operativa Complessa di Geriatra e Lungodegenza del P.O. di Patti. Da questo progetto possono derivare proposte didattiche di animazione motoria nell'*assessment* dell'anziano con declino cognitivo.

Disegno e metodi. L'inizio del progetto di attività occupazionale è previsto dal mese di settembre 2008. È proposta per l'inserimento nel progetto la selezione di anziani che presentano declino cognitivo lieve-moderato con *Mini Mental State Examination* (MMSE) con punteggio tra 11 e 23. Il progetto prevede due metodologie di animazione: di gruppo ed individuale. Nell'animazione di gruppo il *setting* è in una sala piuttosto ampia, dove 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 (indovinelli, cruciverba, tombola). Nell'animazione individuale il *setting* può essere quella del dialogo, di una carezza, una stretta di mano, uno scambio di sguardi e sorrisi, di suoni e gesti in quanto sono atti che si tende a dimenticare e perciò a non utilizzare ma che fanno parte della nostra psicologia, del nostro passato e che perciò si rivelano indispensabili nonché utilissimi, laddove la comunicazione diventa più difficile.

La funzione di animatore motorio è stata assegnata nel progetto a Dottori in Scienze Motorie presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Messina. Animare significa esprimere, tirare fuori da sé stessi quello che si ha e quello che si è; si rende perciò necessario attenersi al fine del progetto intorno all'anziano, mettendosi in gioco anziché fermarsi alle conoscenze teoriche. Giocare è l'espressione di un bisogno primordiale di movimento e di svago, è l'espressione motoria spontanea, la manifestazione dei caratteri propri di ogni soggetto. Si può quindi comprendere come l'animazione rappresenti un fattore preventivo nei confronti del decadimento delle funzioni psichiche con l'età. L'approccio è caratterizzato anche da: 1) individuare situazioni facilitanti: vicinanza a casa, compagnia di altri soggetti, "legame" con strutture organizzate quali i corsi; 2) trasformare attività già praticate: aumento del tempo, della frequenza, dell'intensità; 3) regolarizzare le attività; 4) diversificare: uscite in bicicletta, a piedi, escursioni in collina o montagna, nuoto, cyclette, corsi.

Per una promuovere una migliore aderenza degli anziani al progetto di attività occupazionale, il programma più appropriato 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.

Conclusioni. Dal progetto di attività occupazione presentato possono derivare proposte didattiche di animazione motoria nell'*assessment* dell'anziano con declino cognitivo. Infatti l'animatore motorio si pone come obiettivo la socializzazione degli anziani tra loro, mai imponendo la propria presenza, mai per educare o moralizzare, ma piuttosto per essere figura intermediaria e punto di riferimento nelle richieste più o meno grandi. L'anziano con declino cognitivo ha il diritto/dovere di essere sé stesso: l'animatore può incominciare una relazione d'aiuto riflettendo su di sé ed entrando in sintonia con i propri fini; soltanto in una prospettiva di profonda comprensione e rispetto della condizione di anziano è possibile iniziare una comunicazione e intraprendere un cammino.

Qualità e storie di vita in RSA

C. Cristini, C. Reginato[1], G. Cesa-Bianchi[2]

Sezione di Psicologia, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Università di Brescia; [1] Residenza Madonnina, Bassano del Grappa (VI); [2] Istituto di Psicologia, Università di Milano

Premessa. Le residenze per anziani tendono sempre più ad accogliere persone con rilevanti problemi di autosufficienza, fisica e mentale. Finché la salute, l'autonomia e l'assistenza domiciliare lo consentono, i vecchi desiderano e si impegnano a rimanere il più a lungo possibile nella propria casa. Tuttavia, in alcuni casi, la carenza di un sostegno familiare, la precarietà di strutture e servizi, soprattutto per le patologie psichiatriche, costringono le case di riposo, le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) ad ospitare individui con diagnosi di psicosi, alcuni dei quali non hanno raggiunto i sessantacinque anni: il limite convenzionalmente stabilito per definire l'inizio dell'età senile. Le difficoltà cognitive di molti anziani istituzionalizzati, i disturbi mentali e comportamentali di un certo numero di ospiti richiedono un'attenzione modulata, qualificata da parte degli operatori socio-sanitari, non sempre adeguatamente preparati ad affrontare ed assistere persone con una manifesta sofferenza psichica. Conoscere la tipologia e le storie degli ospiti aiuta a comprendere meglio la loro vita, il loro disagio, fra inquietudini e prospettive, a predisporre interventi mirati e personalizzati. Chi si trova in condizioni di disabilità ha sempre la possibilità di esprimere le sue necessità, i suoi desideri e vissuti, di contenere le sue paure e preoccupazioni, di coltivare attese e speranze [1-4].

Metodologia. La ricerca si compone di due parti: nella prima sono state esaminate le opinioni, le reazioni emotive, le modalità comunicative dell'anziano ricoverato in RSA, riguardo alle sue condizioni di salute, alla vita di relazione, ai timori e alle aspettative, ai propri spazi privati; nella seconda parte sono state registrate alcune storie di vita. Il campione è stato suddiviso per sesso, età e livello cognitivo. *Ipotesi*: 1) donne e uomini si differenziano rispetto alla percezione dell'ambiente; le prime appaiono più sensibili e meno propense a vivere in una RSA; 2) l'età diversifica gli atteggiamenti; i longevi tendono ad essere più adattati al contesto residenziale; 3) il livello cognitivo differenzia il vissuto relazionale e istituzionale. *Strumenti*: a) *Mini Mental State Examination*; b) *Self Depression Scale* di Zung W.W.K. (SDS); c) *Geriatric Depression Scale* (GDS); d) Questionario applicato mediante intervista semistrutturata, comprendente più aree di indagine; e) registrazione delle storie di vita. Sono stati intervistati 35 ultrasettantenni (23 F., 12 M.) di età media pari a 79,4 anni, di cui 12 con più di 80 anni e 18 con un punteggio al MMSE compreso fra 18 e 24, e sono state raccolte 16 storie biografiche di ospiti della Residenza per anziani "Madonnina" di Bassano del Grappa. È stato applicato il calcolo del chi quadrato (g.l. 1).

Risultati. Relativamente ai dati anagrafico-sociali si sono registrati un basso grado di istruzione – specialmente nelle donne e nei più anziani

– e un'elevata percentuale di vedove (78,26%, X = 19.2285 p < 0,001). La qualità percepita del sonno è risultata complessivamente scarsa e la maggior parte degli intervistati assume psicofarmaci, in particolare ipnoinducenti. La malattia viene considerata prevalentemente come evento naturale (77,14%, soprattutto dalle donne, dagli ultraottantenni e dagli ospiti cognitivamente più efficienti), sfortuna (40,00%, in prevalenza da chi ha meno di 80 anni), tragedia (25,71%, specialmente dalle donne). Il campione esprime sentimenti di accettazione (21,84%), dispiacere e tristezza (17,24%) riguardo alla personale condizione di vita; si dice sostanzialmente soddisfatto della propria vita (77,14%, prevalentemente gli uomini), delle relazioni affettive e ambientali, della situazione abitativa e dell'assistenza sanitaria; alcuni avvertono la mancanza di rapporti con i nipoti, di risorse economiche, della propria casa. Sentimenti di serenità, fiducia e speranza verso il futuro sono espressi soprattutto dalle donne, mentre la tristezza è riferita più dagli uomini. Gli intervistati auspicano buona salute, affetto e un trapasso sereno; sono poco abituati ad esprimere desideri ed emozioni; l'interesse sessuale viene in prevalenza dichiarato dagli uomini. Sentono rispettata la privacy e l'intimità, un po' meno chi ha difficoltà cognitive. Gli uomini esternano la propria aggressività, le donne tendono più al ripiegamento su di sé, al pianto (X = 9.5274, < p 0,005), temono di essere aggredite (X = 5.4106, p < 0,025), ingannate (X = 8.3696, p < 0,005); il 74,29% avverte una considerazione positiva intorno a sé, specialmente affetto (in particolare chi ha problemi cognitivi) e rispetto. La SDS e la GDS hanno rilevato maggiori livelli di depressione nelle donne e in chi ha difficoltà cognitive.

Le storie biografiche colpiscono sempre per la loro unicità e per la loro originalità; non c'è mai un vecchio uguale ad un altro [5,6]; le esperienze dolorose inducono e caratterizzano i cambiamenti degli stili di vita, spesso in termini negativi: molti anziani colgono e assistono al loro declino fisico e mentale; tuttavia in diversi intervistati, nelle narrazioni raccolte sono particolarmente sentiti la speranza, la ricerca, il desiderio di aspetti, mutamenti positivi e creativi. Da sottolineare in alcuni ricoverati l'età giovane congiunta alla patologia mentale.

Conclusioni. Fra gli intervistati i più anziani manifestano un minor disadattamento. Le donne appaiono meno adattate, ma più attente e recettive alla loro condizione attuale, più fiduciose in un miglioramento. Chi presenta difficoltà cognitive tende a fornire minori risposte, ma sembra avvertire ed esprimere con maggiore sensibilità il senso dell'emotività, il valore degli affetti. Le storie biografiche aiutano meglio a comprendere la vita di chi racconta e di chi ascolta.

Bibliografia

1 Cesa-Bianchi M, Vecchi T. *Elementi di psicogerontologia*. Milano: Franco Angeli 1998.

2 Cesa-Bianchi M. *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*. Roma: Laterza 1998.

3 Simondi P, Di Maria M, Devalle M. *L'abitazione come terapia dell'Alzheimer. Cenni di psicologia architettonica*. Salluzzo: Percorsi 2005.

4 Giusti E, Murdaca F. *Psicogerontologia. Interventi psicologici integrati in tarda età*. Roma: Sovera 2008.

5 Hillman J. *The force of character and the lasting life*. 1999, tr. it. *La forza del carattere*. Milano: Adelphi 2000.

6 Cesa-Bianchi M, Albanese O. *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*. Milano: Unicopli 2004.

Endocardite batterica non fatale complicata da vegetazione mitralica di grandi dimensioni in un grande anziano: descrizione di un caso clinico

S. Curci[1], A. Greco[1], M. Grilli[1], P. Filabozzi[1], A. De Matthaeis[1], F. Ferrandino[1], M. D'Agostino[1], G.L. Vendemiale[1 2]

[1] UOC di Medicina Interna IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia; [2] Cattedra di Geriatria Università di Foggia

Scopo. Le vegetazioni endocarditiche possono avere dimensioni variabili ed in particolare nell'anziano essere più grandi rispetto al giovane adulto. Le vegetazioni mitraliche superiori ai 10 mm sono comunque rare anche in questa fascia d'età ed in ogni caso prevedono il trattamento chirurgico per l'elevato elevato rischio di embolizzazione ad esse associato. Viene descritto un caso clinico relativo ad un grande anziana con vegetazione endocarditica mitralica di 20 mm, esclusa dalla chirurgia per grave disfunzione sistolica, in cui sorprendentemente la sola terapia medica ha consentito la riduzione delle dimensioni della vegetazione e la sopravvivenza della paziente a distanza di due mesi dal termine del trattamento.

Descrizione del caso. GC di sesso femminile dell'età di 90 anni giungeva alla nostra osservazione per stato saporoso ed iperpiressia. La paziente si era autorimessa da un altro nosocomio dove era stata ospedalizzata in ambiente chirurgico per la comparsa di una colecistite acuta. All'ingresso l'esame obiettivo generale identificava: 1) torace: ipofonesi plessica basale bilaterale con riduzione del MV e del FVT; in campo medio di dx rantoli a crepitanti a piccole e medie bolle; 2) cuore: azione cardiaca ritmica. FC 110 bpm I tono ridotto S/S 3/6 da rigurgito in sede puntale PA 110/60 mmHg; 3) addome: trattabile, modicamente dolente alla palpazione superficiale e profonda Murphy debolmente positivo. Gli esami ematochimici evidenziavano la presenza di leucocitosi neutrofila GB 15,40° N 87%; ipersedimetria VES 100; PCR 18,3.

Gli esami strumentali mostravano: 1) ECG: Rs BBsn; 2) Rx torace: addensamento bp in campo medio di dx. versamento pleurico bilaterale; 3) ecocardio: vegetazione endocarditica del lembo anteriore mitralico (20x10 mm) con associata insufficienza mitralica di grado-moderato-severo; 4) Etg addome, colecisti microlitiasica e dismorfica. Lesioni ascessuali spleniche; 5) Tc torace + addome: addensamento broncopneumonico. Falda di versamento pleurico bilaterale. Marcato sovvertimento della struttura splenica con presenza di aree necrotico-colliquative con alcune esili sedimentazioni contestuali. Tc cranio: encefalopatia multi infartuate. Le emocolture eseguite risultavano positive per per *E. Coli* sensibili ai carbopenamici ed alla gentamicina iniziati in precedenza in maniera empirica. In seconda giornata dall'inizio della terapia antibiotica la febbre si riduceva progressivamente fino a scomparire con ripresa dello stato coscienza e netto miglioramento delle condizioni generali. Veniva inoltre instaurata terapia con ACE inibitori e diuretici per il controllo dello scompenso cardiaco. Il cardiochirurgo interpellato escludeva l'operabilità della paziente per l'età ed il grado di disfunzione ventricolare sinistra, La paziente veniva dimessa in 32° giornata apirettica ed in condizioni generali soddisfacenti con l'indicazione ad eseguire un nuovo ricovero dopo circa un mese. Al rientro in Reparto, dopo un mese, l'ecocardiogramma documentava il dimezzamento delle dimensioni della vegetazione che assumeva ecodensità maggiormente calcifica. Con una residua insufficienza mitralica di grado moderato. Il controllo Tc dell'addome e del torace documentava la completa risoluzione delle lesioni ascessuali precedentemente descritte e l'assenza di addensamenti polmonari. Gli esami ematochimici evidenziavano riduzione della VES 60 mm e della PCR 2,7.

Conclusioni. Il caso descritto è, a nostro avviso, di particolare rilievo per il favorevole *outcome* ottenuto dalla sola terapia medica che ha ridotto la vegetazione, prevenuto ulteriori embolizzazioni e consentito la sopravvivenza della paziente ad un'età cosi avanzata pur in presenza di un'importante disfunzione del ventricolo sinistro.

Gli oppiacei nelle fratture vertebrali da fragilità in unità geriatrica per acuti

V. Curiale, R. Custureri, C. Prete, S. Trasciatti

Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie, E.O. Ospedali "Galliera", Genova

Scopo. Osservare l'impatto del trattamento con oppiacei sul dolore e lo stato funzionale di anziani ricoverati in Unità Geriatrica per Acuti per fratture vertebrali da fragilità di recente insorgenza.

Metodi. In un periodo di 2 anni (2006-07) abbiamo osservato 17 casi consecutivi. Abbiamo estratto dati concernenti: età, sesso, durata della degenza, provenienza, comorbilità, sede della frattura, presenza di sequele neurologiche, ricorso a procedure chirurgiche, impiego di ortesi, trattamenti analgesici, effetti avversi. Lo stato funzionale, l'autonomia, la situazione assistenziale e l'intensità del dolore sono state considerate all'ingresso ed alla dimissione dalla Unità Geriatrica per Acuti.

Risultati. Mediane e valori assoluti: età 83 anni, 15 donne e 2 uomini, tutti provenienti dal domicilio, 7 ricoverati dal pronto soccorso, durata della degenza 19 giorni, indici di severità 1,69 e comorbilità 2 (*Cumulative Illness Rating Scale* a 13 *item*), 11 le fratture lombari, nessuna sequela neurologica.
All'ingresso 14 pazienti riportavano dolore di grado severo, l'autonomia nelle attività di base era conservata (Barthel 93/100, Katz 5/6) e compromessa nelle attività strumentali (Lawton 3/8), 11 erano in grado di deambulare senza aiuto. 10 pazienti sono stati trattati con analgesici appartenenti al II gradino della scala analgesica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (tramadolo, dose media giornaliera 208 mg) e 5 hanno ricevuto un trattamento con oppiacei per il dolore severo (III gradino della scala OMS) a dosi medie giornaliere equivalenti a 54 mg di morfina orale, in 1 caso è stata eseguita vertebroplastica e 6 pazienti hanno utilizzato ortesi. In un solo caso l'oppiaceo (tramadolo) è stato sospeso per insorgenza di delirium.
Alla dimissione il dolore era controllato (assente o lieve) in 16 pazienti, in media l'autonomia era immodificata e la capacità di effettuare spostamenti era lievemente migliorata. 4 pazienti sono stati inviati in Residenza Sanitaria Assistenziale per la fase post-acuta.
Conclusioni. Nell'anziano con fratture vertebrali da fragilità di recente insorgenza, ricoverato in Unità Geriatrica per Acuti, il trattamento con oppiacei si è mostrato sicuro, ha controllato adeguatamente il dolore e ha contrastato il declino funzionale.

Il percorso clinico assistenziale per il paziente anziano affetto da frattura di femore. L'esperienza della collaborazione tra la geriatria e ortogeriatria

F. Cursi, M. Alimenti, L. Cipriani, S. Rossetti[1], F. Pallotta[2]

Area funzionale per il Governo Clinico in Geriatria, Az. Ospedaliera "S. Camillo-Forlanini", Roma; [1] UOC Ortopedia, Az. Ospedaliera "S. Camillo-Forlanini", Roma; [2] Unità Ortogeriatria Az. Ospedaliera "S. Camillo-Forlanini", Roma

Scopo. Valutazione e validazione, ad un anno dalla creazione della Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera per l'ortopedia, di un innovativo percorso assistenziale per il paziente anziano affetto da frattura di femore.
Materiali e metodi. Percorso, consulenza, intervento secondo le seguenti procedure.
Preparazione ed addestramento del personale paramedico e *audit* clinico con le altre figure professionali:
1. valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso.

Protocollo per le fratture di femore: codice giallo in *triage* e consulenza cardiologica con ecocardiogramma per i pazienti ad alto rischio:
2. ricovero in Ortogeriatria;
3. valutazione ortopedica;
4. consulenza operativa geriatrica: scheda geriatrica (VMD); il geriatra è presente quotidianamente in reparto;
5. valutazione anestesiologica;
6. preparazione all'intervento;
7. Intervento chirurgico;
8. degenza post-operatoria: valutazione geriatrica giornaliera;
9. valutazione congiunta ortopedica-fisiatrica per la riabilitazione;
10. intervento riabilitativo;
11. dimissione al domicilio o in struttura riabilitativa, i casi con maggior carico assistenziale vengono trasferiti nel reparto di geriatria riabilitativa.

Risultati.
Caratteristica dei pazienti con frattura di femore in Ortogeriatria:
- età media 82,7 (± 7,3) anni;
- 248 pazienti con frattura di femore (ICD-IX CM: 820-821);
- prevalenza di demenza 49%;
- *Clinical Dementia Rating score* medio 2;
- indice di comorbidità medio 2,9;
- percentuale di pazienti sottoposti ad intervento 98%;
- intervento entro le 48 ore 26%.

Conclusioni.
- Aumento dei pazienti operati, indipendentemente dall'età e dalla condizione pre-morbosa (es. demenza grave).
- Riduzione del tempo di degenza pre-operatorio (mediana 4 gg. rispetto ai 12 giorni precedenti).
- Riduzione della degenza media (mediana 11 gg.).
- Riduzione della mortalità intraospedaliera
- Aumento dei ricoveri e della disponibilità di posti letto
- Riduzione della mortalità a 30 giorni
- Ottimizzazione delle risorse e del percorso.
- Realizzazione informale di un gruppo di lavoro interdisciplinare, intorno alla figura del geriatra, a partire dall'ortopedico, l'anestesista, il cardiologo ed il fisiatra.

Bibliografia

Bottle A, Aylin P. *Mortality associated with delay in operation after hip fracture: observational study*. BMJ 2006;332;947-951;

Zuckerman JD, Skovron ML, Koval KJ, Aharonoff G, Frankel VH. *Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip*. J Bone Joint Surg Am 1995;77:1551-6.

Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. *Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important?* J Bone Joint Surg Am 2005;87:483-9.

Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN): prevention and management of hip fracture in older people. 2002. www.sign.ac.uc

New Zeland Guidelines. Acute management and immediate rehabilitation after Hip fracture amongst people aged 65 years and over. 2003.

Sanguinamento del tratto digerente superiore in demenza di Alzheimer di grado severo: decisioni e percorsi di cura

R. Custureri, V. Curiale, C. Prete, A. Cella, C. Bonomini, G. Barban, S. Trasciatti, E. Palummeri

Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie, E.O. Ospedali "Galliera", Genova

Scopo. Descrivere le decisioni diagnostico-terapeutiche ed i percorsi di cura nei casi di sanguinamento del tratto digerente superiore in pazienti affetti da demenza di Alzheimer di grado severo.
Materiali e metodi. Descriviamo due casi seguiti presso il nostro Dipartimento con riferimento ai percorsi di cura, al profilo psicosociale, al coinvolgimento della famiglia nelle decisioni, alla storia clinica, all'iter diagnostico e ai trattamenti praticati.
Risultati. 1) Uomo di 69 anni, divorziato, 2 figli, ospite di Residenza Protetta, malattia di Alzheimer da 5 anni, attualmente di grado severo (CDR 3), non trattata con anticolinesterasici, in grado di deambulare ed alimentarsi. Ricoverato in ospedale per accertamenti in presenza di epigastralgie ed anemia (Hb 9,8 g/dl). Erano presenti conflitti all'interno della famiglia e i figli si sono mostrati passivi nel processo decisionale diagnostico e terapeutico. L'équipe curante ha proposto esami e trattamenti finalizzati a prolungare la vita del paziente. È stato pertanto sottoposto ad esofago-gastro-duodenoscopia e gastrectomia totale per carcinoma gastrico. Rioperato in nona giornata per occlusione intestinale. In ventesima giornata dal primo intervento è rientrato in Residenza Protetta ed è stato quindi seguito presso il Day Hospital del nostro Dipartimento. A 9 e a 14 mesi dalla diagnosi è stato sottoposto a sedute di dilatazione esofagea per via endoscopica per recidiva neoplastica stenosante. Il Paziente, a distanza di 14 mesi dall'intervento è tuttora vivente ed il suo decorso clinico è stato caratterizzato, nelle diverse fasi, dalla presenza frequente di sintomi non controllati (dolore addominale e disfagia).
2) Uomo di 81 anni, vive con la moglie, 2 figlie *caregiver*, affetto da malattia di Alzheimer da 5 anni, attualmente di grado severo (CDR 4), in trattamento con donepezil, incapace di alimentarsi e deambulare. Ricoverato d'urgenza in ospedale in gravi condizioni (prostrato e soporoso) e gravemente anemico (Hb 3,8 g/dl). Dopo trasfusione di 6 unità di emazie sono migliorate le condizioni generali e la vigilanza ma sono comparsi gravi disturbi del pensiero e del comportamento. Le figlie hanno partecipato attivamente alle decisioni diagnostiche e terapeutiche: hanno riconosciuto nella malattia di Alzheimer del loro padre una condizione di terminalità, ulteriormente aggravata dal sanguinamento del tratto digerente. Hanno richiesto pertanto di dare prio-

rità al controllo dei sintomi e al sollievo dalla sofferenza. Il paziente non è stato sottoposto ad indagine endoscopica ed è stato adottato un approccio palliativo. Il sanguinamento, la nausea, il vomito, l'agitazione e la dispnea sono stati controllati con continuità nei di diversi *setting* di cura del nostro Dipartimento: Unità per acuti, Cure Domiciliari e Residenza Sanitaria Assistenziale, dove il paziente è deceduto due mesi più tardi.
Conclusione. I due casi mostrano differenti percorsi di cura e divergenti decisioni diagnostiche e terapeutiche in pazienti con demenza di Alzheimer di grado severo e sanguinamento del tratto digerente superiore. Evidenziano il ruolo della famiglia nel processo decisionale diagnostico e terapeutico e la continuità di cura come fattore qualitativo.

Studio osservazionale sull'accesso di una popolazione di anziani al Pronto Soccorso

L. D'Agostino[1 2], P. Piana[1], F. Sardi[1], G. Cuzzoni[1], M.A. Bressan[2], G. Ricevuti[1]

[1] Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Pavia, Divisione di Geriatria, IDR "S. Margherita", ASP Pavia, Pavia, Italy; [2] UOC Pronto Soccorso-Accettazione, Fondazione IRCCS "San Matteo", Pavia

Scopo. I più recenti dati internazionali indicano che gli anziani "fanno maggior ricorso al Pronto Soccorso dei Dipartimenti di Emergenza (Dea) rispetto ai più giovani, e presentano mediamente un livello di urgenza superiore: rappresentano infatti il 39% dei pazienti trasportati al Dea in ambulanza, e il 47% dei pazienti che vengono ricoverati in Terapia Intensiva". Con la presente ricerca si vuole valutare in una precisa realtà locale quale sia il reale rapporto degli anziani con l'U.O. di Pronto soccorso ed evidenziare le problematiche e le modalità con cui gli anziani accedono al PS.
Materiali e metodi. Si è valutata la casistica di pazienti che si presentata nell'arco di un semestre al PS del "San Matteo" e si è scorporata la popolazione di anziani. Gli anziani sono stati esaminati per quanto possibile sia dal punto di vista sanitario che sociale. Si è valutata la prevalenza di patologie all'accesso la comorbilità, lo stato cognitivo, la modalità di accesso, la provenienza e la struttura del loro ambiente di vita.
Risultati. Le prime indicazioni di questo *work in progress* evidenziano che il 50% raggiunge il PS con mezzo proprio, che il 50% vive ancora in famiglia ed è coniugato, che la comorbilità è elevata in oltre il 50%, che solo il 10% è stato valutato dal proprio medico, e che solo lo 0,5% proviene da una casa di riposo o residenza per anziani, e che solo il 30% è stato soccorso dal 118 e che i codici bianchi rappresentano circa il 5%.
Benché la consistenza della casistica fin qui ottenuta non consenta a tutt'oggi di trarre conclusioni supportate da un'ampia significatività statistica, sono emersi elementi fortemente suggestivi di rilevanti differenze nell'approccio ai servizi di urgenza da parte dei soggetti anziani della nostra Provincia
Conclusioni. I risultati preliminari del presente studio sembrano indicare che gli anziani "hanno una più lunga permanenza all'interno del Dea, una maggiore probabilità di essere ricoverati, vanno più frequentemente incontro ad accessi ripetuti al Dea e a eventi clinici avversi dopo la dimissione". In sostanza, "gli anziani che ricorrono all'ospedale sono generalmente malati gravi che hanno bisogno di misure tempestive, intensive e adeguate alle loro peculiarità cliniche. Nel nostro territorio sembra comunque essere efficiente l'assistenza nelle Residenze e molto attenta la presenza dei familiari. La domanda di assistenza ospedaliera sarà sempre più costituita da una popolazione di pazienti anziani, frequentemente affetti da più malattie, spesso già con problemi di autonomia funzionale, ma che si rivolge all'ospedale per patologie acute che hanno le caratteristiche di urgenza ed emergenza".

Bibliografia

1 Anziano in Pronto Soccorso Progetto Premiato Dalla Regione Lombardia Nel 2006 Http://Www.Hsgerardo.Org/Ita/Articolo/Dettaglio.Aspx?S1 = 14&S2 = 150&I = 680&Sp = 638. Pronto Soccorso Sociale "Telefonata Amica" Per Persone Anziane In Difficoltà.

2 Corrire Della Sera, "Gli Anziani Lasciati Soli Assaltano Gli Ospedali", Http://Archiviostorico.Corriere.It/2008/Maggio/15/Gli_Anziani_Lasciati_Soli_Assaltano_Co_7_080515022.Shtml

3 Shah MN, Rajasekara K, et al. *The effect of the geriatric education for emergency medical service training programme. In a rural community.* JAGS 2008;56:1134-9.

4 Ebbli D, Giancaglini P. *Ruolo del pronto soccorso nell'individuare gli esordi psicotici e gli stati mentali a rischio.*

5 118 in ritardo, muore un anziano, Un anziano colto da malore nel Policlinico "Federico II" di Napoli è morto in attesa dei soccorsi, Http://News.Centrodiascolto.It/View/277259/W = Pronto + Soccorso/118_In_Ritardo_Muore

6 Mussi W. *Anziano In PS*. www.Sigg.It/Diapositive52/Congresso/29/10Mussi.Pdf

7 Oteri A. *Visite di Pronto Soccorso correlate all'uso di farmaci in una popolazione di anziani*. Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia, Università di Messina), Http://Www.Farmacovigilanza.Org/Corsi/060630-01.Asp

8 NEWS (Welfare & Politiche Sociali), 26-11-2007 ISTAT. *Sanità: più disagi per gli anziani e per chi vive nei piccoli centri*. Http://Www.Dirittiglobali.It/Articolo.Php?Id_News = 4373

9 la gestione integrata infermiere-OTA del paziente anziano nell'OBI di Pronto Soccorso: aspetti logistici, relazionali, tecnico assistenziali. Inf. Bartolini Nadia, Marani Davide, Venturini Luca - OTA Montanari Barbara, Www.Chittalink.It/Relazione%20gestione%20integrata%20ip-Ota.Pdf

10 Taranto M. *Istituto Superiore di Sanità, incidenti in casa: anziani e bambini maggiormente a rischio*. Http://Www.Iss.It/Pres/Focu/Cont.Php?Id = 646&Lang = 1&Tipo = 3

11 www.Premioterzani.It/Progetti_2006/Progettideccellenza.Pdf, 13) AUSL Ferrara, percorso per il bisogno socio-sanitario, Http://Www.Ausl.Fe.It/Dedicato-A-1/Anziani

La formazione: una sfida per potenziare i rapporti inter-professionali

S. D'Agostino

Casa di Cura per la riabilitazione "Villa Immacolata", Viterbo

Scopo. La Casa di Cura "Villa Immacolata", nata nel 1958 come Preventorio, oggi è un presidio sanitario multifunzionale, dedicato alla riabilitazione, che fornisce servizi di degenza in reparti di Riabilitazione, Lungodegenza Medica, Lungodegenza ad alta intensità, Residenza Sanitaria Assistenziale e di degenza a regime diurno e ambulatoriale. L'elemento strategico dell'azienda sanitaria no profit, di proprietà dell'Ordine Religioso dei Padri Camilliani, è da sempre il fattore umano, perché influisce direttamente sulla *mission* assistenziale del fondatore dell'Ordine San Camillo. Negli ultimi anni le risorse umane sono aumentate in maniera esponenziale come i servizi offerti. Questo ha determinato la necessità di dedicare un settore specifico alla formazione del personale infermieristico ed ausiliario. Il servizio di formazione ed aggiornamento del personale è stato costituito nel 2006 ed è accreditato presso il Ministero della Salute. Il servizio oltre a garantire una gestione programmatica di tutte le attività formative svolte, ha scelto come obiettivo principale di implementare la capacità di lavoro in èquipe, poiché le risorse umane sono lo specifico che fa la differenza nella presa in carico dei pazienti con le patologie croniche a cui la struttura è dedicata.
Materiali e metodi. La modalità formativa consolidata nella Casa di Cura era la classica programmazione di eventi formativi e corsi di aggiornamento per obiettivi tecnici generali o specifici per categorie professionali. L'obiettivo che si intendeva perseguire ha imposto di osservare l'impatto sulle unità operative della metodologia e valutarne l'efficacia. Questo ha portato ad un diverso approccio al problema, pur mantenendo in larga misura i canoni consolidati. Le differenze che caratterizzano le varie unità operative sono: l'RSA è il reparto più esposto al *burnout* del personale (gli operatori hanno pochi contatti con il resto della struttura, i pazienti hanno un ricambio minimo e sono tutti affetti da patologie croniche), ma nello stesso tempo ha una maggior autonomia di gestione. Il Reparto lungodegenza ospita pazienti affetti da polipatologie, ha al suo interno una unità ad alta intensità assistenziale (LAI) ed è in assoluto il reparto con un maggior numero di professionisti con diverse specificità che operano in uno spazio "chiuso". I Reparti di Riabilitazione Intensiva, per aspetti logistici ed organizzativi, hanno le palestre, il refettorio e i soggiorni dislocati (Centro Diurno), gli operatori per tanto hanno difficoltà di confronto e soprattutto non hanno un rapporto quotidiano che aiuti a condividere gli obiettivi e i trattamenti. Quindi il servizio ha elaborato un sistema in grado di impostare eventi formativi basati esclusivamente su risorse interne e sul lavoro di èquipe delle specifiche unità operative.

Nel 2006 ha implementato il 1° Progetto Formativo Aziendale articolato all'interno delle riunioni periodiche in RSA del personale infermieristico. Nel 2007 ha riproposto nel reparto Lungodegenza lo stesso modello formativo, mettendolo realmente alla prova in quanto non più rivolto ad un'unica categoria professionale ma aperto all'intera èquipe operante in reparto. Nel 2008 i PFA attivati con il modello citato, sono 3 e vedono coinvolti gli operatori della Riabilitazione.

Risultati. Il primo evento in RSA, in cui gli infermieri sono stati invitati ad esporre direttamente le loro esperienze, proporre soluzioni e controllarne l'efficacia, ha motivato gli operatori che a fine corso hanno deciso di presentarne la sintesi in un convegno nazionale. In lungodegenza questo modello ha permesso di creare connessioni tra l'agire professionale (individuale) e l'ambiente lavorativo rafforzando il senso di appartenenza all'équipe e ha prodotto diverse procedure operative innescando un sistema di autocontrollo e la volontà di proseguire il cammino intrapreso.

L'investimento economico da parte dell'azienda è stato in tre anni di € 1.032,00 per formare n°220 operatori. Agli aventi diritto sono stati conferiti da un minimo di 7 a un massimo di 18 crediti formativi ECM per corso. Gli eventi sono stati svolti esclusivamente da personale interno, nelle ore dedicate alle riunioni, per cui tutti i partecipanti hanno percepito la retribuzione straordinaria stabilita per le riunioni abbattendo completamente i costi, in termini di permessi retribuiti previsti per favorire la formazione.

Conclusioni. Il senso della formazione interna è arricchire le risorse umane esistenti che necessitano di migliorare le competenze tecniche e professionali ma soprattutto di rinforzare la fiducia in se stessi, la propria autostima, in una prospettiva sistemica di comunità caratterizzata dalla reciprocità e rafforzata dall'*empowerment*.

Il Multidimensional Prognostic Index come predittore di mortalità a breve e medio termine in pazienti anziani con scompenso cardiaco

L.P. D'Ambrosio, F. Addante, M. Franceschi, G. D'Onofrio, C. Scarcelli, A. Pazienza, D. Sancarlo, M.G. Longo, A. Pilotto

U.O. Geriatria e Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Italy

Introduzione. La prevalenza dello scompenso cardiaco aumenta con l'avanzare dell'età raggiungendo percentuali del 10-12% nella popolazione con più di 80 anni. Numerosi studi hanno dimostrato che i soggetti ricoverati per scompenso cardiaco sono a rischio elevato di mortalità e di ri-ospedalizzazione sia a breve che a lungo termine. Avere a disposizione uno strumento che sia in grado di identificare i pazienti a più alto rischio di mortalità può essere molto importante nella pratica clinica. Poiché nell'anziano la prognosi dipende dalla combinazione di fattori biologici, funzionali, clinici, psicologici e sociali uno strumento prognostico adeguato deve considerare la multidimensionalità dell'anziano. Recentemente un Indice Multidimensionale Prognostico (*Multidimensional Prognostic Index*, MPI) di mortalità è stato costruito sulla base di informazioni ricavate dalla Valutazione Multidimensionale (VMD) e validato in due popolazioni indipendenti di anziani ospedalizzati.

Scopo. Valutare l'utilità del *Multidimensional Prognostic Index* (MPI), come indice prognostico di mortalità a breve e medio termine in pazienti anziani ricoverati per scompenso cardiaco.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 418 pazienti con età maggiore di 65 anni ricoverati per scompenso cardiaco presso la U.O. di Geriatria di "Casa Sollievo della Sofferenza", IRCCS, San Giovanni Rotondo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a Valutazione Multidimensionale comprendente valutazione clinica, nutrizionale (MNA), cognitiva (SPMSQ), funzionale (ADL, IADL), rischio di piaghe da decubito (scala di EXTON-SMITH), valutazione della comorbidità (CIRS), uso dei farmaci e dello stato abitativo. Da tali informazioni è stato ricavato il *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) che viene espresso con un valore da 0,0 a 1,0. Tre gradi di MPI sono stati identificati: basso rischio (MPI = 0,0-0,33), moderato rischio (MPI = 0,34-0,66) e severo rischio (MPI = 0,67-1,0) di mortalità. Per tutti i pazienti è stata determinata la classe NYHA. È stato determinato il valore predittivo dell'MPI per tutte le cause di morte a 6 mesi di follow-up.

Risultati. 334 dei 418 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco sono stati inclusi nello studio (M = 147, F = 187, età media = 80,2 ± 7,2, *range* 65-100 anni). 114 pazienti sono risultati nel gruppo a basso rischio (MPI medio = 0,23 ± 0,07), 161 in quello a rischio moderato (MPI medio = 0,48 ± 0,09) e 52 pazienti nel gruppo ad alto rischio (MPI medio = 0,75 ± 0,06). La mortalità totale è stata 9,6% dopo 30 giorni e 21,6% dopo 6 mesi di follow-up. Valori di MPI più elevati si associano in maniera significativa al sesso femminile (p = 0,000), età avanzata (p = 0,000) e ad un più alto tasso di mortalità sia a 30 giorni (MPI 1 = 1,8%; MPI 2 = 9,9%; MPI 3 = 23,7%, p = 0,000) che a 6 mesi (MPI 1 = 10,5%; MPI 2 = 23%; MPI 3 = 35,6%, p = 0,000). All'analisi multivariata, dopo aggiustamento per età e sesso, l'MPI si associa significativamente con la mortalità a 30 giorni (OR = 3,56, 95% CI = 1,99-6,34, p = 0,000) e a 6 mesi di follow-up (OR = 2,15, 95% CI = 1,45-3,17, p = 0,000). Le curve di sopravvivenza dell'MPI, dopo aggiustamento per età e sesso, sono ben distinte indicando una buona capacità di stratificare i pazienti con scompenso cardiaco in gruppi a differente rischio di mortalità; mentre per il NYHA le curve tendono a sovrapporsi.

Conclusioni. L'MPI identifica in modo accurato gruppi di pazienti anziani, ricoverati per scompenso cardiaco, con differente rischio di mortalità sia a 1 mese che a 6 mesi.

Il Clock drawing test come utile strumento di screening per la demenza in stadio iniziale: un nuovo metodo di scoring

V. D'Ambrosio, M. Pigliautile, S. Ercolani, A. Fiore, M. Pace, V. Prenni, M. Conestabile della Staffa, F. Mangialasche, S. Leonardi, T. Raichi, I. Montecucco, C. Bianchini, F.T. Feliziani, U. Senin, P. Mecocci, M. Ricci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia

Scopo. Il *Clock drawing* test (CDT) viene ampiamente usato nello *screening* della demenza in quanto permette una rapida valutazione di diverse aree cognitive (abilità visuoprassiche e visuospaziali, rappresentazione simbolica e concettuale, emiattenzione, memoria semantica, funzioni esecutive incluse programmazione e organizzazione). Non vi è tuttora accordo su quale tra i numerosi sistemi di *scoring* proposti [1-8] sia il più efficace nello *screening* per la demenza. Alcuni Autori hanno sottolineato l'esigenza di adottare un metodo di *scoring* semplice e di tipo quantitativo che possa essere facilmente utilizzato ed interpretato dai clinici. Obiettivo del nostro studio è stato quindi quello di validare una nuova scala per l'attribuzione del punteggio che soddisfacesse tale necessità.

Materiali e metodi. Per lo sviluppo della scala sono stati arruolati 264 soggetti anziani ambulatoriali valutati presso il Centro Invecchiamento Cerebrale e UVA Geriatria di Perugia: 79 con diagnosi di demenza di Alzheimer (AD) secondo i criteri NINCDS-ADRDA, 96 con *Mild Cognitive Impairment* (MCI) secondo i criteri di Petersen e 89 soggetti anziani cognitivamente integri (CTRL). Un *rater* indipendente ha analizzato i tipi di errore commessi dai soggetti mediante una scala Likert a 5 punti, classificandoli in base alla loro severità. I dati sono stati elaborati analizzando le loro componenti principali ed è stata costruita una scala tridimensionale basata sui fattori "omissioni", "distorsioni" e "codifica". Per la sua validazione è stato arruolato un nuovo gruppo di 310 soggetti di età compresa tra i 60 e i 90 anni (AD = 102, MCI = 104, CTRLS = 104), i cui punteggi al CDT sono stati calcolati mediante la nuova scala e sono state analizzate differenza tra gruppi, sensibilità, specificità e *inter-rater reliability*.

Risultati. Dall'analisi *post hoc* è emerso che gli *item* "omissione" e "distorsione" e il punteggio totale forniscono una discriminazione statisticamente significativa tra i gruppi, mentre per l'*item* "codifica" non risultano differenze statisticamente significative tra CTRL *vs.* MCI e MCI *vs.* AD. È stata inoltre calcolata l'*inter-rater reliability* mediante l'Alfa di Cronbach, che ha mostrato un valore di 0,984. Nella tabella seguente sono riportati i valori di sensibilità e specificità per ogni *item* ottenuti mediante le curve ROC adottando un *cut-off* di 2 come valore soglia tra normalità e patologia.

	AD *vs.* CTRL			MCI *vs.* CTRL			MCI *vs.* AD		
	Sensibilità	Specificità	*Cut-off*	Sensibilità	Specificità	*Cut-off*	Sensibilità	Specificità	*Cut-off*
Omissioni	66	99	2	24	99	2	66	76	2
Distorsioni	84	89	2	65	89	2	84	45	2
Codifica	29	97	2	15	98	2	28	85	2
Totale	95	87	2	72	90	2	63	71	5

Conclusione. I punteggi al CDT, calcolati mediante il nuovo sistema di *scoring*, ha mostrato buone capacità di discriminazione sia dei soggetti con franca demenza (AD) sia di quelli con declino cognitivo in fase iniziale (MCI) dai soggetti cognitivamente integri, specie per quanto riguarda gli *item* distorsione e punteggio totale, ma minore efficacia nel distinguere tra soggetti con MCI e soggetti con AD. Gli *item* considerati si sono inoltre dimostrati ben correlati tra di loro.

Bibliografia

1. Sunderland T, et al. *Clock Drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity*. JAGS 1989;37:725-9.
2. Mendez MF, et al. *Development of scoring criteria for the Clock Drawing Task in Alzheimer's disease*. JAGS 1992;40:1095-9.
3. Tuokko H, et al. *The clock test: a sensitive measure to differentiate non demented elderly from those with Alzheimer's disease*. JAGS 1992;40:479-594.
4. Cahn DA, et al. *Screening for dementia of the Alzheimer type in the community: the utility of the clock Drawing Test*. Arch Clin Neuropsychol 1996;11:529-39.
5. Borson S, et al. *The Mini-Cog: a cognitive "vital-signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly*. IJGP 2000;15:1021-7.
6. Scanlan JM, et al. *Clock tests for dementia screening naïve judgments vs. formal systems – what was optimal?* IJGP 2002;17:14-21.
7. Freund B, et al. *Drawing clock and driving car: use of brief tests of cognition to screen driving competency in older adults*. JGIM 2005;20:240-4.
8. Shulman KI, et al. *IPA survey of brief cognitive screening instruments*. Intern Psychogeriatr 2006;18:281-94.

La prevenzione secondaria nel modello assistenziale integrato "PATTI per l'ictus cerebrale"

F. D'Amico, G. Lombardo, A. Grippa, G. Gaglio, T. Pipicella, M.G. Accetta, M.L. Adamo, R. Grasso, F. Caronzolo

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Area Critica di Geriatria, Stroke Service, P.O. Patti, Coordinamento Dipartimentale delle Attività Geriatriche, Azienda U.S.L. n. 5 Messina

Obiettivi. In Italia l'ictus cerebrale è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie e rappresenta la principale causa di disabilità. L'incidenza dell'ictus cerebrale aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo nei soggetti di età superiore a 80 anni. Il 75% degli ictus infatti colpisce gli anziani. L'attivazione di una rete integrata di servizi, in una metodologia di continuità assistenziale, può consentire di migliorare la prevenzione secondaria ed inoltre di contenere i danni ed costi che l'ictus cerebrale comporta. Il modello assistenziale integrato "PATTI per l'ictus cerebrale" prevede un percorso di cure definendo quali azioni sanitarie occorre svolgere, da parte di quali figure professionali, secondo quale sequenza temporale ed in quale contesto organizzativo. Obiettivi del modello assistenziale sono: 1) definire nel governo dell'ictus cerebrale nell'anziano la promozione ed il monitoraggio della qualità dell'assistenza; 2) determinare la verifica dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa ed il controllo dei costi; 3) realizzare concreti processi di integrazione e di continuità tra i livelli di cura e gli attori dell'assistenza sia ospedaliera che territoriale.
Disegno e metodi. Il modello assistenziale integrato si basa sul coinvolgimento di tutti i livelli di cura garantiti dalla Azienda USL e sullo sviluppo di un percorso che va dalla gestione dell'emergenza, alla riabilitazione, fino alla gestione dell'assistenza domiciliare e sociale. In questo studio è stata valutato il *disease management* applicato dallo Stroke Team nel periodo compreso tra 01/01/2008 e 30/06/2008.
Risultati. Nel periodo in esame sono stati ricoverati presso la Struttura Complessa di Geriatria 52 pazienti con Ictus Cerebrale, di cui 27 donne e 25 uomini di età media 80,1 ± 8 anni. Di questi 35 anziani erano affetti da ictus cerebrale ischemico, 8 da ictus emorragico non eleggibile per ricovero in U.O. di Neurochirurgia. Tutti i pazienti sono stati ricoverati in Area Critica di Geriatria e assegnati ai protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. La degenza media in Area Critica è stata di 3,3 giorni. Quindi i pazienti continuavano ad essere assistiti in U.O.C. di Geriatria Acuti per una media di 4,7 giorni.
Nel 71,2% dei soggetti studiati era presente storia di ipertensione arteriosa. Nel 41% degli anziani era presente diabete mellito tipo 2. Negli uomini prevalevano la cardiopatia ipertensiva, la cardiopatia ischemica, l'arteriopatia degli arti inferiori. Nelle donne prevaleva lo scompenso cardiaco cronico. La fibrillazione atriale era presente con uguale valore percentuale nei due sessi. Il rischio di *stroke* a 10 anni era maggiore negli uomini (29,3%) rispetto alle donne 18,7% ($p < 0,001$) e cresceva con l'età, in modo particolare nelle donne. I fattori predittivi di *stroke* erano l'età, l'IVS, le malattie cardiovascolari, la pressione arteriosa sistolica, la fibrillazione atriale, il diabete mellito, il fumo, il genere, il controllo della PA, la terapia antipertensiva. Alla dimissione i farmaci antipertensivi sono stati proposti nel 78,9% degli anziani in monoterapia ed in terapia di combinazione: n. 1 nel 44,3% dei soggetti, n. 2 nel 25,5%, n. 3 nel 8,3%, n. 4 nel 1,8%. Il numero medio di farmaci antipertensivi assunti è stato di n. 1,6. I farmaci assunti sono stati: Ace-Inibitori nel 40,5% dei soggetti, Calcio-Antagonisti nel 25,7%, Diuretici 18,5%, Antagonisti-AII 14,5%, Beta-Bloccanti 6,0%. La terapia antiaggregante è stata prescritta nel 93,7% dei pazienti: ASA 69,8%, ASA + Dipiradomolo 12,8%, Ticlopidina 27,4%. La terapia con statina (atorvastatina, rosuvastatina, simvastatina, ezetimibe/simvastatina) è stata prescritta nel 77% dei soggetti.
Conclusioni. L'attivazione del modello assistenziale "PATTI per l'ictus cerebrale" ha consentito di pianificare un network di cure che si assegna al paziente affetto da ictus cerebrale, dove attori dell'assistenza e luoghi di cura diversi condividono le proprie risorse per contenere, quanto è più possibile, i danni ed i costi che l'ictus cerebrale comporta. La prevenzione cerebrovascolare rappresenta un momento essenziale nel management dell'ictus cerebrale nel paziente anziano. Il controllo dell'ipertensione arteriosa attraverso la farmacoterapia e l'aderenza è essenziale nel management dell'ictus cerebrale acuto nell'anziano. L'efficacia della prevenzione secondaria è guidata dall'impiego di strategie di intervento in grado di interferire con i principali fattori di rischio cerebrovascolare.

Ruolo dei disturbi psico-comportamentali sullo stato funzionale, affettivo e biologico in pazienti anziani ospedalizzati con o senza demenza

G. D'Onofrio, M. Franceschi, L. Cascavilla, F. Paris, D. Seripa, M.G. Matera, G. Placentino, A. Pazienza, F. Addante, D. Sancarlo, A. Pilotto

Unità Operativa di Geriatria e Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Italy

Introduzione. I disturbi psico-comportamentali possono associarsi alla demenza (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* – BPSD) con conseguenze gravi sugli aspetti funzionali, affettivi e biologici, riducendo la qualità di vita dei malati e dei familiari.
Scopo. Valutare il ruolo dei disturbi comportamentali sullo stato funzionale, affettivo e biologico in pazienti anziani ospedalizzati.
Metodi. Lo studio è stato condotto su 509 pazienti anziani (M = 168, F = 341, con un età media di 79,3 ± 6,6 anni, *range* 65,4-98,8 anni), ricoverati

presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG).
Tutti i pazienti sono stati sottoposti durante la degenza ad una valutazione cognitiva mediante il test *Mini Mental State Examination* (MMSE), del grado di severità della demenza mediante la scala *Clinical Dementia Rating* (CDR), della depressione mediante la *Geriatric Depression Scale* (GDS), dei sintomi neuro-psichiatrici e del distress del *caregiver* mediante il test *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) e *Neuropsychiatric Inventory-Distress* (NPI-D), delle abilità basali e strumentali della vita quotidiana mediante il test *Activities of Daily Living* (ADL) ed *Instrumental Activities Daily Living* (IADL), del rischio clinico di lesioni da decubito mediante la scala di Exton-Smith (ESS) e dello stato nutrizionale mediante la scala del *Mini Nutritional Assessment* (MNA). L'analisi statistica è stata condotta mediante il test di Mann-Withney.
Risultati. I pazienti valutati sono stati suddivisi in 3 gruppi in base alla diagnosi di demenza e alla presenza di disturbi comportamentali: Gruppo 1 = 105 pazienti con diagnosi di BPSD (M = 37, F = 68, età media 80,9 ± 6,6 anni); Gruppo 2 = 219 pazienti con la presenza di disturbi comportamentali senza demenza (M = 69, F = 150, età media 77,7 ± 6,5 anni) e Gruppo 3 = 185 pazienti con diagnosi di demenza senza disturbi psico-comportamentali (M = 62, F = 123, età media 80,2 ± 6,4 anni). Nel gruppo di pazienti con BPSD (Gruppo 1) si evidenza una significativa maggiore disabilità nelle ADL (2,1 *vs.* 3,5, p = 0,0001) e nelle IADL (1,1 *vs.* 3,1, p = 0,000), un maggiore severità di depressione (GDS = 7,8 *vs.* 4,8, p = 0,0001) rispetto al gruppo di pazienti con demenza senza disturbi psico-comportamentali (Gruppo 3). Inoltre, il gruppo di pazienti con BPSD (Gruppo 1) risulta in maniera significativa maggiormente dipendente nelle ADL (2,1 *vs.* 4,3, p = 0,0001) e nelle IADL (1,1 *vs.* 3,8, p = 0,000), una minore severità di depressione (GDS = 7,7 *vs.* 9,0, p = 0,012), un più alto rischio clinico di lesioni da decubito (ESS = 14,5 *vs.* 17,7, p = 0,0001) ed una maggiore tendenza alla malnutrizione (MNA = 16,9 *vs.* 21,7, p = 0,0001) rispetto al Gruppo 2, cioè pazienti con disturbi psico-comportamentali senza demenza. Il Gruppo 3 (demenza senza disturbi psico-comportamentali) presenta significativamente una maggiore disabilità nelle ADL (3,5 *vs.* 4,3, p = 0,0001) e nelle IADL (3,1 *vs.* 3,9, p = 0,002), un più alto rischio clinico di sindrome ipocinetica (15,1 *vs.* 17,8, p = 0,0001) ed una maggiore tendenza alla malnutrizione (16,6 *vs.* 21,8, p = 0,0001) del Gruppo 2 di pazienti con disturbi psico-comportamentali senza demenza.
Conclusione. La presenza di demenza comporta maggiore disabilità, malnutrizione e rischio di sindrome ipocinetica. I disturbi psico-comportamentali associati alla demenza (BPSD) comportano una maggiore disabilità, depressione e stress dei *caregivers*.

Stato dell'arte e implementazione di questionari per la valutazione e la rilevazione della qualità nelle residenze per anziani in una ASL della regione Liguria

F. Dall'Acqua, S. Lucarini[1], P. Odetti, P. Cavagnaro[2], A. Banchero[3]

DI.M.I., Unità Operativa di Geriatria, Università di Genova; [1] Struttura Complessa Geriatria ASL 4 Chiavarese; [2] Direttore Generale ASL 4 Chiavarese Regione Liguria; [3] Agenzia Sanitaria Regione Liguria

Scopo. Da più di 10 anni ormai sono sempre più numerosi i questionari per la rilevazione della qualità erogata nelle RP sia ai fini della valutazione effettiva della qualità sia ai fini dell'accreditamento istituzionale.
L'Agenzia sanitaria della Regione Liguria ha individuato un breve questionario in grado di rilevare le effettive azioni attuate circa i processi più significativi che si svolgono nelle strutture con lo scopo di: a) individuare, tra i requisiti, quali siano quelli vincolanti e quali quelli qualificanti, b) effettuare una fotografia della qualità esistente nelle strutture, c) iniziare contempo un processo di responsabilizzazione dei gestori delle stesse circa la qualità da loro erogata, d) creare un sistema di miglioramento continuo della qualità che sia il più uniforme possibile.
Il secondo questionario, ottenuto grazie ad una sintesi per argomenti dei manuali nazionali ed esteri più accreditati in materia [1-3], è stato sviluppato dai responsabili del controllo delle strutture autorizzate e accreditate della ASL 4 con l'obiettivo di verificare sostanzialmente gli stessi indicatori, ma con modalità maggiormente dettagliate e con metodologia quantitativa. Dal punto di vista legislativo, oltre al soddisfacimento delle normative in natura di parametri strutturali ed organizzativi (DPCM 308/01 e DCR 44/99), alla regolamentazione delle prestazione e tariffe (DGR 308/05) e all'accreditamento regionale, molte strutture, in particolare nella ASL 4, hanno già effettuato percorsi, spesso diversi, di certificazione della qualità.
Materiali e metodi. Dal marzo al giugno 2008 sono stati somministrati, sia al personale sanitario che a quello amministrativo, due tipi di questionari in 25 residenze protette. Il questionario dell'Agenzia Regionale ha valutato la qualità, con particolare attenzione alle attività di cura ed assistenza, agli aspetti generali organizzativi del comfort ambientale, alla convivenza e alla sicurezza con risposte chiuse (sì/no). Il secondo sviluppato dalla ASL 4, che ha esaminato in maniera maggiormente dettagliata le caratteristiche dell'assistenza e dei processi realmente attuati (valutati da 0 a 100%), si è basato su un punteggio da 0 a 4 (0 = 0% assente, 1 = 1-25% insufficiente, 2 = 26-50% mediocre, 3 = 51-80% buono, 4 = 81-100% ottimo).
Risultati. Le 25 strutture esaminate, di cui 17 erano accreditate e 8 autorizzate, dispongono in totale di 1.049 posti letto, suddivisi in 746 posti letto per le prime e 303 posti per le seconde. Per quanto riguarda le strutture accreditate emergono grosse lacune circa il rischio clinico e le relazioni con il pubblico; sono da migliorare i processi attuati circa la formazione continua del personale, la sicurezza, le modalità di valutazione cognitiva e funzionale, il controllo delle infezioni e la riabilitazione. Nelle strutture non accreditate è emersa una significativa carenza nell'organizzazione generale, nel rapporto con il pubblico, nel controllo delle infezioni e nell'animazione.
In entrambe erano soddisfacenti gli ambienti, le attrezzature, la gestione della documentazione clinica e il controllo dell'alimentazione.
Conclusioni. Entrambi i questionari fanno emergere le carenze maggiori presenti nelle RP, anche se quello della ASL 4 ha dato risultati più dettagliati e specifici per ogni sottocategoria di requisito richiesto. La richiesta nei questionari di procedure scritte per la maggior parte dei processi analizzati potrebbe aver penalizzato i nostri dati. Ciò che, con beneficio per la qualità assistenziale, potrebbe essere attuato, è una maggiore uniformità nelle specializzazioni dei Responsabili Sanitari ad oggi variegata. Con l'uso sistematico di questi questionari è possibile quindi, in tempi limitati, individuare e definire le differenze e le carenze nelle strutture, al fine di migliorare sempre di più la qualità della vita degli ospiti che, avendo problemi tali da non permettergli più la vita autonoma al domicilio, devono considerare le Residenze Protette come la loro "Casa".

Bibliografia

1 Morosini. *Accreditamento fra pari*. Edizioni Vega 2005.
2 Manuale HQS: Programma di Accreditamento Health Quality Service (2000).
3 DGR 395/02 annuale dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (2002).

Il dolore quotidiano come fattore di rischio per il declino funzionale negli anziani residenti al domicilio: risultati dello studio ilSIRENTE

P. Danese, F. Landi, A. Russo, R. Liperoti, E. Maiorana, G. Ruffilli, R. Bernabei, G. Onder

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma

Scopo. Pochi studi hanno indagato l'impatto del dolore sulla funzione fisica nella popolazione anziana. Lo scopo di questo studio osservazionale è quello di valutare l'associazione tra il dolore quotidiano e la disabilità in una popolazione di soggetti ultraottantenni residenti in comunità.
Materiale e metodi. Abbiamo utilizzato dati provenienti dal progetto ilSIRENTE, uno studio longitudinale durato due anni, che ha arruolato soggetti di 80 anni e oltre. Il dolore quotidiano è stato definito come qualunque tipo di dolore in qualsiasi parte del corpo manifestatosi quotidianamente. La disabilità misurata con la performance nelle attività del vivere quotidiano (ADL) è stata definita come la necessità di assistenza in una o più delle seguenti ADL: mangiare, vestirsi, spostarsi, mobilità nel letto, igiene personale, uso del WC.

Risultati. L'età media dei 204 partecipanti era 84,3 anni (Deviazione standard 3,8), e 135 (66,1%) erano donne. Del campione totale, 103 soggetti (50,4) presentavano dolore quotidiano. Dopo 2 anni di follow-up 25/103 (24,2%) partecipanti con dolore quotidiano e 14/101 (13,9%) senza dolore quotidiano avevano sviluppato disabilità. Dopo aver corretto l'analisi per i potenziali fattori confondenti, la presenza del dolore quotidiano risultava associata ad un incrementato rischio di disabilità ma questa associazione non risultava statisticamente significativa (*hazard ratio* 1,87; 95% CI: 0,92-4,26). Il rischio di sviluppare disabilità aumentava alla severità del dolore. Comparato con i soggetti senza dolore quotidiano l'*hazard ratio* per la disabilità incidente era rispettivamente 1,35 (CI: 0,65-3,28) e 6,94 (CI: 2,00-23,01) per i partecipanti con dolore lieve e dolore moderato-severo.
Conclusioni. Negli anziani residenti in comunità, il dolore quotidiano moderato-severo risulta associato ad un significativo incremento nel rischio di sviluppare disabilità, indipendentemente dai potenziali fattori confondenti.

L'ipotiroidismo lieve anticipa ed aggrava la disfunzione endoteliale delle arterie di resistenza

A. Dardano, A. Polini, R. Colucci, E. Duranti, A. Virdis, C. Blandizzi, S. Taddei, F. Monzani

Dipartimento di Medicina Interna, Università di Pisa, Pisa

Scopo. L'endotelio svolge un ruolo determinante nel mantenimento della funzione ed integrità della parete vascolare attraverso la produzione di sostanze vasoattive. L'ossido nitrico (NO) rappresenta il mediatore principale dell'azione vasodilatante (vasodilatazione endotelio-dipendente). L'NO è sintetizzato dall'enzima ossido nitrico sintetasi (NOS), di cui si conoscono tre principali isoforme: la NOS constitutiva (*e*NOS), la NOS neuronale (*n*NOS) e la NOS inducibile (*i*NOS). In presenza di fattori di rischio cardiovascolare aterosclerotico, l'endotelio può generare stress ossidativo determinando una ridotta biodisponibilità di NO. L'invecchiamento e l'ipotiroidismo (HT) si associano entrambi ad una compromissione della vasodilatazione endotelio-dipendente (ED). Scopo del nostro studio è stato quello di valutare, in un modello sperimentale animale, la possibile interazione tra invecchiamento ed ipotiroidismo nel determinismo della disfunzione endoteliale. Abbiamo, inoltre, indagato se la disfunzione endoteliale si associ ad una variazione dell'espressione delle isoforme di NOS ed il possibile ruolo patogenetico dello stress ossidativo.
Materiali e metodi. 48 ratti Wistar maschi di 12 settimane, mantenuti a dieta standard, sono stati randomizzati a trattamento con metimazolo (n = 24; 0,003%, disciolto in acqua) o placebo. I ratti venivano sacrificati dopo 4, 8 e 16 settimane di trattamento per lo studio della reattività vascolare dell'arteria mesenterica. La vasodilatazione ED e la biodisponibilità di NO venivano valutate mediante infusione di acetilcolina (Ach) in presenza o meno di antagonisti endoteliali [NG-monometil-L-Arginina (L-NMMA), inibitore della NOS e 5-metilisotiourea (SMT), inibitore specifico della *i*NOS]. Lo stress ossidativo veniva valutato mediante infusione di vitamina C come antiossidante. L'espressione genica di *e*NOS ed *i*NOS veniva quantificata mediante RT-PCR.
Risultati. Nei ratti ipotiroidei (HT), la biodisponibilità di NO e la vasodilatazione ED iniziavano a declinare all'8° settimana, peggiorando alla 16°; al contrario, nei ratti eutiroidei la disfunzione endoteliale era evidente solo alla 16° settimana. La vitamina C normalizzava la risposta all'Ach in entrambi i gruppi (Tabella I). Inoltre, sia la vasodilatazione ED che l'effetto inibitorio della L-NMMA erano ripristinati dall'infusione di SMT, sottolineando il ruolo svolto dalla *i*NOS. La vasodilatazione endotelio-indipendente, valutata come curva dose-risposta al nitroprussiato risultava invariata in entrambi i gruppi ad ogni tempo di osservazione.
A 16 settimane, abbiamo osservato un incremento significativo dell'espressione del gene *i*NOS nei ratti HT rispetto ai controlli (7,772 ± 1,180 *vs.* 0,362 ± 0,002, p = 0,001). Al contrario, i livelli di espressione di *e*NOS non si modificavano significativamente durante tutto il periodo di osservazione in entrambi i gruppi.
Conclusione. Nell'insieme questi dati dimostrano che l'ipotiroidismo (lieve/moderato) anticipa ed aggrava la disfunzione endoteliale caratteristica dell'invecchiamento. L'incremento dell'espressione locale di *i*NOS potrebbe svolgere un ruolo patogenetico importante attraverso l'induzione di stress ossidativo, determinando a sua volta una ridotta biodisponibilità di NO.

Domanda di formazione per i professionisti sanitari nelle strutture residenziali

R. De Gesu, G. Angeli[1], L.P. De Vreese[2], G. Morrone, L. Perticarari[3], P. Vacondio[4], L. Belloi[5]

Responsabile ass. medica di base e coordinamento sanitario RSA "E. Cialdini", Modena; [1] Resp ass. medica C.P. "S. Giovanni Bosco", Modena; [2] Responsabile ass. medica RSA "9 Gennaio", Modena; [3] Responsabile ass. medica Istituto "Charitas", Modena; [4] Responsabile coordinamento Residenze per anziani, AUSL di Modena; [5] Cattedra Geriatria e Gerontologia, Università di Modena

Premessa. Nell'area modenese, in conseguenza di scelte regionali di politica sanitaria risalenti a metà degli anni '80, l'attività di Diagnosi e Cura nelle residenze Protette e RSA per anziani e disabili è stata affidata a Medici di Medicina Generale (MMG). La loro competenza, nel tempo, ha dovuto adeguarsi e connotarsi in modo specifico per l'esigenza di potenziare il governo clinico.
Obiettivo. Conoscere i bisogni formativi dei professionisti della assistenza che operano nelle Residenze per anziani e non della AUSL di Modena.
Metodo. Per l'indagine è stato utilizzato il "metodo Delphi". È una metodica utilizzata per valutare il livello di accordo su uno specifico argomento e risolvere le discordanze di opinione quando il problema non è valutabile utilizzando tecniche analitiche. È stato chiesto ai 17 Medici e 50 infermieri operanti nelle Residenze pubbliche e private convenzionate del distretto di Modena della locale AUSL, di indicare tre argomenti considerati prioritari per la propria formazione. Le risposte, sintetizzate, aggregate, riformulate e ordinate in base alla prevalenza, sono state riproposte agli stessi "esperti" con la richiesta di pronunciarsi, attraverso un punteggio di priorità, sul grado di accordo riguardo le opinioni "espresse dal gruppo". In seguito è stata analizzata la posizione delle opinioni del gruppo con metodo statistico semplice (media, varianza).
Risultati. Dalla analisi del secondo questionario si ottennero le risposte, con relative motivazioni in ordine decrescente di prevalenza, come indicato nella Tabella successiva.

Tab. I

	Basale	4 settimane		8 settimane		16 settimane	
		Placebo	HT	Placebo	HT	Placebo	HT
TSH (mIU/L)	5,2 ± 0,4	5,2 ± 0,5	10,2 ± 0,6*	4,6 ± 0,6	14,7 ± 0,7	5,2 ± 0,6	16,5 ± 1,0*
FT_3 (pg/ml)	4,8 ± 0,2	4,9 ± 0,1	4,6 ± 0,2	3,9 ± 0,1	3,4 ± 0,5*	4,3 ± 0,9	1,8 ± 0,1*°
Colesterolo totale (mg/dl)	73 ± 4	73 ± 2	70 ± 6	61 ± 9	77 ± 4	72 ± 2	75 ± 9
Vasodilatazione Ach-indotta (%)	98 ± 1	98 ± 2	96 ± 4	98 ± 2	80 ± 2*	89 ± 2	70 ± 3*°
Effetto inibitorio di L-NMMA (%)°	45 ± 3	44 ± 2	43 ± 1,5	42 ± 1	19 ± 4*	25 ± 2	7,5 ± 1*
Incremento indotto dalla vit. C (%)	1 ± 0	1 ± 1	1 ± 2	1 ± 2	17 ± 2*	9 ± 1	26 ± 2*°

* = p < 0,001 *vs.* ratti eutiroidei di pari età; ° = p < 0,01 *vs.* 8 settimane di trattamento con metimazolo

Argomenti	Percentuale	Motivazione
Gestione del paziente con disturbo psichiatrico e delle relative urgenze	33	Argomento poco trattato considerato l'aumento degli ospiti con tale patologia; possibilità di prevedere le urgenze ed evitare gli invii in PS
Gestione della aggressività e della agitazione nel demente	19	Per la sua importanza, anche nel *setting* domiciliare, al fine di evitare gli invii in PS
Lavoro di èquipe e *burnout*	19	Per creare una relazione efficace coi parenti e difendersi dalle richieste improprie
Accanimento terapeutico e terapie di fine vita	17	Problema morale e medico-legale che obbliga a scelte difficili da condividere fra i membri del team ed induce a comportamenti difformi tra gli operatori
Scompenso cardiaco	12	Casistica frequente nelle residenze; per evitare l'invio in PS

Discussione. Il fondamento di affidare l'attività di Diagnosi e Cura nelle residenze Protette e RSA per anziani e disabili ai MMG trae origine dalla loro attitudine all'applicazione di un approccio olistico alle problematiche della salute. La consapevolezza di dover impostare una Medicina di continuità assistenziale a lungo termine, li ha portati a sviluppare pratiche di integrazione professionale con le figure infermieristiche. Il linguaggio comune interprofessionale e gli strumenti di descrizione e stratificazione dei bisogni derivano dalla cultura Geriatrica della Valutazione Multidimensionale. Nel corso degli anni '90 la domanda di formazione si pose l'obbiettivo di coagulare linee terapeutico-assistenziali adeguate alle esigenze di lungoassistenza intorno alle grandi patologie di sistema ed alle principali sindromi. Recentemente, la ammissione nelle Strutture residenziali di casi di particolare gravità, (stati di minima coscienza, pazienti con ventiloterapia meccanica, pazienti psichiatrico-geriatrici) provenienti da sedi a più elevata intensità assistenziale, ha obbligato i sanitari ad acquisire ulteriori competenze, soprattutto sotto il profilo organizzativo-gestionale. Nella prospettiva di programmare la loro formazione per l'anno 2008, si è ritenuto di qualificare la scelta delle tematiche attraverso un'inchiesta strutturata con l'applicazione del "Metodo Delphi". In ordine ai risultati scaturiti dalla inchiesta, nel corso del 2008 è stato stilato un calendario in base ai bisogni percepiti. La validità scientifica del metodo ha consentito, inoltre, di ottenere un corso, biennale e basato sulla metodica Balint, intitolato alla relazione d'aiuto e alla gestione dello stress e del rischio *burnout*. L'esigenza di confronto sui temi dell'esperienza specifica, porta a un elevato tasso di interesse, assiduità di frequenza e gradimento nei confronti degli eventi organizzati. La percezione dei partecipanti agli eventi formativi programmati è quella di aver ottenuto, fino ad ora, risposta puntuale a bisogni reali, sui quali era stato espresso un consenso fortemente condiviso.

Importanza della terapia insulinica e statinica sulla funzione endoteliale nella sindrome metabolica dell'anziano

A. de Matthaeis[1], A. Greco[1], G. Stramaglia[3], M. Dagostino[3], F. Ferrandino[3], M. Damato[3], G. Vendemiale[1 2 3]

[1] Unità Operativa di Medicina Interna, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia; [2] Cattedra e [3] Scuola di Specializzazione di Geriatria, Università di Foggia

Scopo. La sindrome metabolica è associata ad un'aumentata morbilità e mortalità cardiovascolare. L'elemento chiave nella fisiopatologia e nella progressione del danno vascolare presente nella sindrome metabolica è la disfunzione endoteliale. La maggior parte dei pazienti anziani affetti da sindrome metabolica sono diabetici e pertanto spesso sono costretti ad intraprendere terapia insulinica. Vi sono evidenze contrastanti circa l'ipotesi dell'insulina come ormone pro-aterogeno [1], con studi che hanno univocamente mostrato un aumento del rischio cardiovascolare associato al trattamento insulinico contro dati sperimentali a sostegno della sua azione anti-aterogena. Ma poco numerosi sono gli studi clinici che hanno confrontato il trattamento insulinico intensivo con altre terapie ipoglicemizzanti nell'anziano. Inoltre questi ultimi sono maggiormente finalizzati a valutare l'effetto sulle complicanze del diabete e sull'ottimizzazione del compenso glicemico, piuttosto che a studiare gli effetti di una lunga esposizione al trattamento insulinico sull'endotelio. Scopo del nostro studio è di valutare l'effetto della terapia insulinica sulla funzione endoteliale e sull'ispessimento medio-intimale carotideo in pazienti anziani affetti da sindrome metabolica. Inoltre abbiamo anche esaminato il noto effetto benefico del trattamento statinico sulla funzione endoteliale.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati nello studio 50 pazienti anziani di età media 70,3 ± 6,2 di cui 23 maschi e 27 femmine afferenti presso l'ambulatorio della sindrome metabolica dell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG). A tutti i pazienti era stata diagnosticata da almeno 3 anni la presenza di sindrome metabolica secondo i criteri dell'NCEP ATP-III, e tutti risultavano essere diabetici e dislipidemici mentre le altre variabili della sindrome risultavano essere variamente rappresentate (diabetici 100%, dislipidemici 100%, ipertesi 40%, obesi 42%). Sono stati quindi suddivisi in 2 gruppi: il 1° gruppo di 24 pazienti (Insulina-Sì) era in trattamento insulinico con 3 somministrazioni di insulina Aspart ai pasti principali e una somministrazione di insulina glargine serale da circa 1 anno; mentre il 2° gruppo (Insulina-No) di 26 pazienti, era in terapia con antidiabetici orali (metformina e sulfaniluree). Sulla base della presenza del trattamento statinico (rosuvastatina, simvastatina ad atorvastatina) abbiamo suddiviso ulteriormente l'intero campione in altri 2 gruppi ossia: il 1° gruppo (Statine-Sì) di 19 pazienti in trattamento statinico da circa 3 anni ed il secondo gruppo (Statine-No) di 31 pazienti in sola terapia dietetica. Quindi si sono eseguite valutazioni ematochimiche del profilo lipidico e glicidico con determinazione dei seguenti parametri ematochimici: glicemia, emoglobina glicata, creatininemia, colesterolemia totale, HDL (*high-density lipoprotein*), LDL (*low-density lipoprotein*), trigliceridemia, insulinemia, uricemia e PCR, valutazioni antropometriche con calcolo dell'Indice di massa corporea (BMI) e valutazioni strumentali della funzione endoteliale attraverso la *Flow-Mediated Dilation* (FMD) a livello dell'arteria brachiale e la misurazione dell'ispessimento medio-intimale carotideo (IMT) attraverso esame Eco-color Doppler dei vasi del collo.

Risultati. Il BMI si è dimostrato significativamente diverso nei due gruppi nei due gruppi in terapia insulinica e non (Insulina-No 28,2 ± 4,0 *vs.* Insulina-Sì 32,3 ± 5,0 $p < 0,001$) così come anche la glicemia (Insulina-No 162,7 ± 61,8 *vs.* Insulina-Sì 113,4 ± 33 $p < 0,001$) e l'emoglobina glicata (Insulina-Sì 6,6% ± 2,3 *vs.* Insulina-No 7,9% ± 2,2 $p < 0,02$). Confrontando i due gruppi in terapia statinica e dietetica non si sono trovate differenze significative in relazione all'assetto lipidico. Per quanto concerne la valutazione strumentale dell'IMT carotideo non si sono riscontrate differenze significative nei quattro gruppi. Sono invece risultate statisticamente significative le differenze tra i valori della dilatazione flusso mediata (FMD) quindi endotelio dipendente relative ai due gruppi di pazienti in trattamento insulinico ed antidiabetico orale (Insulina-Sì 10,6% ± 4,4 *vs.* Insulina-No 6,6% ± 3,2 $p < 0,03$). Inoltre i pazienti in trattamento con statine risultavano avere valori di FMD significativamente maggiori rispetto a quelli non in terapia con statine. (Statine-Sì 10,4% ± 3,2 *vs.* Statine-No 6,6% ± 3,7 $p < 0,02$. Inoltre nell'ambito dell'intera casistica l'FMD è risultato correlabile ai valori di LDL ($R^2 = 0,3$ $p < 0,005$) mentre non è risultato essere correlabile all'età.

Conclusione. I pazienti anziani affetti da sindrome metabolica in trattamento insulinico presentano una migliore funzione endoteliale rispetto a quelli con altre terapie ipoglicemizzanti. Probabilmente, il rilievo contestuale in tali pazienti del miglior compenso glicemico è alla base dell'azione anti-aterogena dell'insulina. I nostri risultati confermano inoltre il noto effetto pleiotropico delle statine sull'endotelio.

Bibliografia

1 Unwin N, Shaw J, Zimmer P, Alberti KG. *Impaired glucose tolerance and impaired fasting glycaemia: the current status on definition and intervention*. Diabet Med 2002.

Variazioni della composizione corporea ed equilibrio redox nel paziente anziano fragile

G.D. de Pinto[1], G. Stramaglia[1], A. de Matthaeis[1], M. Inglese[1], M. Montrano[1], G. Guglielmi[3], G. Vendemiale[1 2]

[1] Medicina Generale, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG); [2] Cattedra di Geriatria, Università di Foggia; [3] Cattedra di Radiologia, Università di Foggia

Scopo. È noto che una condizione caratterizzante l'obesità nel soggetto anziano è la concomitante presenza di accumulo di massa grassa centrale e/o periferica e perdita di massa magra ("obesità sarcopenica"). La sarcopenia è a sua volta tra le principali cause di disabilità. Numerosi lavori hanno dimostrato il ruolo di alcune citochine proinfiammatorie prodotte dal tessuto adiposo, soprattutto addominale, nel determinismo della riduzione della massa magra. Anche lo stress ossidativo sembra giocare un ruolo non indifferente nella genesi della sarcopenia e della fragilità [1 2]. In letteratura esistono numerosi studi che mettono in relazione l'obesità con lo stress ossidativo e la fragilità ma non è stato valutato il rapporto esistente tra i livelli sierici di glutatione ossidato (GSSG) e ridotto (GSH), la massa grassa addominale, l'obesità e la fragilità nell'anziano. Scopo del nostro lavoro è stato di valutare se gli individui obesi e con alto grado di ossidazione presentino una riduzione della forza fisica maggiore rispetto ai soggetti con BMI < 30 e risultino, pertanto, maggiormente a rischio di sviluppare una condizione di fragilità e/o disabilità.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 38 pazienti (26 F e 11 M) con età media di 75 ± 2,3 anni, ricoverati presso l'U.O. di Medicina dell'IRCCS di S. Giovanni Rotondo, Foggia. I pazienti sono stati sottoposti ad esame obiettivo ed alle seguenti valutazioni clinico-laboratoristiche e strumentali: 1) valutazioni antropometriche: peso, altezza, Body Mass Index (BMI) e circonferenza vita; 2) routine ematochimica completa; 3) determinazione dei livelli sierici di GSSG e GSH (metodo spettrofotometrico); 4) valutazione della fragilità secondo i criteri di Fried [3]; 5) *Mini Nutritional Assessment* (MNA), *Activities of Daily Living* (ADL), *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL); 6) Densitometria ossea *total body* (DEXA), per lo studio della composizione corporea (massa grassa a livello addominale e massa grassa e magra a livello della coscia). Sono stati esclusi dallo studio i pazienti affetti da patologie in grado di modificare e/o alterare lo stato degli indici di flogosi e dell'equilibrio redox: insufficienza epatica e/o renale, processi flogistici in atto, malattie reumatologiche in fase di riattivazione e malattie neoplastiche.

Risultati. Il nostro campione è stato suddiviso in due gruppi in base alla presenza (n = 20) o assenza (n = 18) di fragilità. I due gruppi presentavano simile distribuzione di patologia e/o condizioni potenzialmente correlate ad alterazioni dell'equilibrio redox (dismetabolismo, BPCO, obesità centrale). Ogni gruppo è stato ulteriormente suddiviso in due sottogruppi in base alla presenza di valori di BMI superiori o inferiori a 30. I pazienti obesi erano 24 di cui solo 11 erano fragili. Nessuno dei pazienti arruolati era disabile e tutti presentavano un livello soddisfacente di autonomia funzionale con valori medi di ADL = 4 ed IADL = 6. È stata effettuata una regressione lineare semplice per ognuno dei 4 gruppi in esame, con la quale abbiamo utilizzato come variabile dipendente lo stress ossidativo espresso come rapporto GSSG/GSH e come variabile indipendente la massa grassa addominale (Fig. 1). L'accumulo di adipe a livello addominale è risultato maggiore negli individui obesi rispetto al gruppo controllo; tutti i gruppi studiati presentavano livelli di GSSG/GSH superiori alla norma (v.n. ≤ 5); nonostante tale aumento sia risultato maggiore nei pazienti obesi, nessuna differenza statisticamente significativa è stata osservata tra obesi e non obesi o tra fragili e non fragili.

Conclusioni. Il fatto che nessuna categoria di pazienti sia risultata a più alto indice di ossidazione, suggerisce che l'alterazione dell'equilibrio Redox sia un evento molto precoce e rappresenti pertanto un *early marker* di danno cellulare. È verosimile, d'altro canto, che una maggior stratificazione dei pazienti (normopeso/soprappeso/obesità di vario grado; *non-frail/pre-frail/frail*) insieme ad una maggior numerosità del campione possa permettere di identificare le classi di pazienti a maggior rischio di ossidazione.

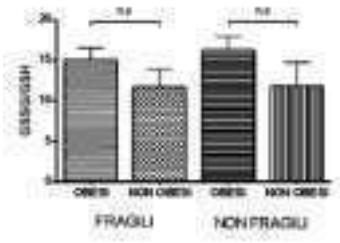


Fig. 1. Relazione esistente tra stress ossidativo e distribuzione della massa grassa addominale, in grammi, in rapporto alla presenza o meno di obesità e di fragilità.

Bibliografia

1 Greco A, et al. *Fragilità dell'anziano ed equilibrio redox*. Giornale di Gerontologia 2007;55:563-4.

2 Vendemiale G. *Sindrome metabolica e fragilità nell'anziano*. Giornale di Gerontologia 2007;55:48-53.

3 Fried LP, et al. *Frailty in older adults. Evidence for a phenotype*. J Gerontol 2001;56:M146-7.

Epidemiologia delle cadute dell'anziano come causa di accesso in Pronto Soccorso

K. Del Pin

Unità Operativa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Presidio Ospedaliero di Ozieri, ASL 1 di Sassari

Scopo. Lo studio suddetto fa parte di un lavoro più ampio costituito da tre fasi: una epidemiologica, una di valutazione dei fattori di rischio per cadute e una prospettica preventiva. Lo studio presentato in tale sede costituisce la prima fase epidemiologica e ha l'obiettivo di valutare la prevalenza degli accessi degli anziani in Pronto Soccorso per cadute. Partendo dai dati internazionali che evidenziano una prevalenza del 40% di tali eventi, si vuole valutare se tale percentuale sia presente anche nella nostra popolazione sarda e quale tipologia di paziente risulti più a rischio.

Materiali e metodi. Si sono esaminati tutti gli accessi in un Pronto Soccorso periferico della Provincia di Sassari in un periodo di 6 mesi (primi 6 mesi del 2008). Da questi si sono selezionati i pazienti anziani e quindi la percentuale di accessi dovuti a caduta. Si sono raccolti i dati in un data base considerando oltre i dati anagrafici anche il tipo di trauma, la sede e il numero di fattori di rischio.

I fattori di rischio considerati sono stati i seguenti: vivere da soli, bassa scolarità, precedenti cadute, paura di cadere, patologie presenti prima della caduta, uso di 3 o più farmaci, terapia in atto prima della caduta, alterazione della mobilità, alterazioni della vista, rischi ambientali (tappeti, dispositivi di sostegno, scarsa illuminazione e scale).

Risultati. I seguenti risultati sono al momento parziali. Attualmente possiamo affermare che nella nostra popolazione circa il 30% degli accessi totali è costituita da persone con un'età pari o maggiore a 65 anni.

Le cause principali di accesso nella popolazione anziana sono patologie cerebro-vascolari mentre le cadute rappresentano un quarto degli accessi totali.

Inoltre le donne cadono più spesso degli uomini con un rapporto di circa 4:1 e, come facilmente intuibile, si fratturano più frequentemente degli uomini.

Le sedi più frequenti di traumi sono rappresentati dagli arti e dalla testa. Infatti i danni più frequenti sono stati le fratture di femore e del polso e i traumi cranici.

Conclusione. Le cadute sono eventi frequenti nella popolazione anziana e sono spesso motivo di accesso in Pronto Soccorso. Il paziente anziano tipico che si presenta nel Dipartimento di Emergenza dopo una caduta è una donna con polipatologia e politerapia che spesso cade nel proprio domicilio, che vive sola in una abitazione con più rischi ambientali. Inoltre queste persone presentano nella maggior parte dei casi una frattura di un arto o un trauma cranico più o meno grave.

Bibliografia

Piano Nazionale Linee Guida, Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, Maggio 2007.

Il Resveratrolo protegge il cervello di ratti dal danno ischemico cerebrale attraverso la via Sirt1-UCP2

D. Della Morte[1 2], M. Rossetti[2], R. Abbruzzese[2], M.F. Suozzi[2], F. Picaro[2], P. Sapone[1], C. Mastrobuoni[2], D. D'Ambrosio[2], G. Gargiulo[2], G. De Rosa[2], S. Russo[2], P. Abete[2], F. Rengo[2]

[1] Department of Neurology, Leonard M. Miller School of Medicine, University of Miami, Miami, FL 33136, USA; [2] Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università di Napoli "Federico II"

Scopo. Il precondizionamento ischemico (IPC) è un meccanismo di protezione endogena caratterizzato dalla presenza di brevi e ripetuti attacchi ischemici capaci di proteggere l'organo da un episodio ischemico più prolungato. Questo meccanismo protettivo nel cervello viene perso con l'aumentare dell'età. Recentemente un nostro studio "*in vitro*" ha dimostrato come il Resveratrolo, composto polifenolico presente nell'uva e nel vino, sia in grado di mimare il meccanismo protettivo del IPC attraverso l'attivazione di Sirt1. Inoltre, è stato dimostrato come il Resveratrolo sia in grado di incrementare l'aspettativa di vita in topi sottoposti a dieta ipercalorica grazie alla sua capacità di attivare Sirt1, proteina nucleare in grado di ridurre la trascrizione delle "*uncoupling protein 2*" mitocondriali (UCP2) legandosi direttamente al loro promoter. Scopo del nostro studio è stato quello di verificare "*in vivo*" la capacità del Resveratrolo di proteggere il cervello dall'ischemia cerebrale mimando il meccanismo protettivo del IPC e di dimostrare come l'efficacia protettiva del Resveratrolo sia dipendente dall'aumentata attività di Sirt1 e da una conseguente regolazione della funzione mitocondriale attraverso una diminuzione delle UCP2.
Materiali e metodi. L'efficacia del IPC rispetto al precondizionamento indotto dal Resveratrolo (RPC) nella capacità di proteggere i neuroni della zona dell'Ippocampo è stata valutata in ratti sottoposti ad arresto cardiaco. L'IPC è stato indotto mediante la legatura bilaterale delle carotidi accompagnata da ipotensione per la durata di 2 minuti mentre il RPC è stato indotto mediante iniezione I.P. di Resveratrolo a tre differenti dosi (10, 50, 100 mg/kg): 48 ore dopo IPC o RPC sono stati indotti 8 minuti di arresto cardiaco. Dopo 7 giorni è stato valutato il danno cerebrale, l'attività di Sirt1, i livelli proteici mitocondriali delle UCP2 e la produzione mitocondriali di ATP.
Risultati. Il numero di neuroni normali nei ratti di controllo era di 1226 ± 72 (n = 9) con una riduzione del 70% nei ratti sottoposti ad arresto cardiaco e trattati con veicolo (199 ± 11; n = 5, $p < 0,001$). Il numero dei neuroni normali nel gruppo IPC era superiore del 88% (760 ± 120, n = 6, $p < 0,01$) se paragonati al gruppo veicolo/arresto cardiaco, indicando un aumento della tolleranza all'ischemia indotta da IPC. Il numero di neuroni normali nei gruppi di ratti trattati con Resveratrolo alle dosi di 50 e 100 mg/kg era rispettivamente superiore del 73% (702 ± 54, n = 8, $p < 0,05$) e del 63,4% (449 ± 57, n = 8, $p < 0,05$) se paragonati al gruppo veicolo/arresto cardiaco. Nessuna significativa protezione veniva invece osservata dopo trattamento con alte dosi di Resveratrolo (100 mg/kg, n = 8, 229 ± 15). IPC e RPC sono risultati in grado di incrementare l'attività di Sirt1 rispettivamente del 29% (n = 4, $p < 0,05$) e del 36% (n = 4, $p < 0,01$) se paragonati al gruppo controllo. RPC era in grado di ridurre i livelli mitocondriali delle UCP2 del 35% (65,05 ± 2,08, n = 4, $p < 0,05$) se paragonato al gruppo veicolo/arresto cardiaco (100 ± 13,08, n = 4) con un conseguente aumento della produzione mitocondriale di ATP del 23% (3,03 ± 0,10, n = 4, $p < 0,02$) rispetto al gruppo veicolo/arresto cardiaco (3,73 ± 0,10, n = 4).
Conclusione. L'effetto protettivo dell'IPC cerebrale può essere emulato pretrattando i ratti con basse dosi di Resveratrolo. I nostri dati, inoltre, suggeriscono che il Resveratrolo apporta il suo effetto neuroprotettivo mediante l'attivazione di Sirt1 ed una corrispondente diminuzione delle UCP2. L'attività anti-invecchiamento del Resveratrolo, pertanto, può essere in parte attribuita alla capacità di mimare il IPC via Sirt1.

Posizionamento corretto: un percorso condiviso

S.M. Demela, L. Candela, L. Cianetti, M. Pomi, P. Ballarini

Lungodegenza "Villa Immacolata", Viterbo

Scopo. Il reparto di lungodegenza medica della casa di cura Villa Immacolata accoglie pazienti che presentano patologie complesse, gravi ed associate neurologiche, ortopediche e internistiche e comprende un'unità riservata a stati vegetativi e gravi cerebrolesioni acquisite. Ruotano intorno a 65 pazienti circa settanta operatori così suddivisi: 4 medici; 21 infermieri; 9 fisioterapisti; 35 ausiliari.
In tale contesto il posizionamento, prescritto dal medico come atto terapeutico finalizzato a:
1. prevenire disturbi del tono muscolare;
2. contrastare schemi patologici;
3. evitare retrazioni muscolari e l'instaurarsi di deformità articolari;
4. prevenire disturbi del trofismo cutaneo;

ricopre un ruolo fondamentale che non riguarda solo il fisioterapista, che ne è direttamente responsabile, ma coinvolge anche infermieri e ausiliari. Infatti per un corretto posizionamento a letto e/o in carrozzina è necessario usare alcuni ausili specifici ed individualizzati sia per motivi riabilitativi che igienici. Si è pertanto ritenuto necessario utilizzare un percorso condiviso per giungere a definire una procedura operativa comune semplice ed efficace.
Materiali e metodi. Nella programmazione periodica delle riunioni interprofessionali di reparto sono stati inseriti due interventi formativi sull'utilizzo degli ausili per il posizionamento illustrati da fisioterapisti. In questa sede si è formato un gruppo con rappresentanti di ogni categoria a cui è stata affidata l'analisi del problema e le strategie di soluzione.
Il coordinatore di reparto ha predisposto il materiale in termini stoccaggio, di identificazione, rapporti con i servizi esterni e elaborazione della specifica procedura. I terapisti in risposta alle difficoltà esposte dagli ausiliari hanno elaborato una scheda paziente base.
La scheda paziente si avvale di disegni stilizzati di una persona posizionata a letto e in sedia a rotelle, in basso è apposto uno schema ove si specifica il tipo di ausilio e il relativo codice identificativo. Il terapista indica sul disegno la collocazione dell'ausilio.
Utilizzando lo strumento riunione inter-professionale tutti gli operatori sono stati portati a conoscenza della nuova procedura operativa dando ampio spazio al dialogo per una condivisione. Al termine dell'incontro si è convenuto di dare il via ad una sperimentazione di tre mesi. La verifica è avvenuta tramite la somministrazione di un questionario anonimo elaborato da un terapista ed un ausiliario. Il questionario esaminava: la chiarezza delle informazioni, la difficoltà di compilazione, l'efficacia pratica e gli eventuali dubbi. Il questionario è stato distribuito ai presenti nell'arco di tre turni (52 operatori).
Risultati. Hanno risposto al questionario tutti gli operatori che lo avevano ricevuto dichiarando in oltre il 95% il gradimento della procedura e la comprensibilità della scheda paziente. Per 16 operatori su 52 si è reso necessario fornire ulteriori chiarimenti, quindi la procedura è stata approvata definitivamente.
Conclusioni. Con questa procedura abbiamo ottenuto il rispetto delle norme di lavoro secondo controllo di qualità in quanto gli ausili sono rintracciabili, catalogati e sufficienti; si evita che un ausilio di un paziente sia usato per altri o che venga smarrito; il riposizionamento è facilitato specie nei casi di uso di molti ausili. La procedura non permette in sé la valutazione del corretto posizionamento che rimane campo delle professionalità specifiche: medici, terapisti e infermieri.

Cooperativa Operatori Sanitari Associati (OSA): l'assistenza fatta in italiano, dal saper fare al poter fare – il programma di inserimento

M. Dentamaro, F. Giuffrida[1], G. Milanese[1], D. Palumbo[1]

Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone; [1] Cooperativa Sociale e di Lavoro Onlus OSA (Operatori Sanitari Associati)

Introduzione. Da tempo la Cooperativa OSA, considerata la cronica carenza nazionale di infermieri sul mercato del lavoro, persegue l'obiettivo di ricercare, selezionare e formare gli infermieri stranieri con titolo di studio riconosciuto, per poi inserirli nei servizi di assistenza domiciliare e nelle strutture ospedaliere italiane.
Obiettivi. La professione sanitaria si basa fondamentalmente sulla comunicazione, l'attività stessa ruota intorno a costanti interazioni personali, a passaggi di informazioni e consegne scritte e verbali. L'OSA ha predisposto un programma definito all'inserimento degli operatori stranieri nelle strutture sanitarie italiane.
Materiali e metodi. Il programma di inserimento prevede: la selezione preingresso in Italia, il follow-up all'ingresso, l'assegnazione dei tirocinanti alle Unità Operative e l'assegnazione alle stesse. La prima fase del programma mira all'individuazione dei punti di criticità relativi ad aspetti di natura tecnico-pratica, linguistica, relazionale. Quindi l'operatore è introdotto a corsi che hanno scopo il perfezionamento della lingua italiana e del lessico tecnico-infermieristico, l'approfondimento della natura del lavoro infermieristico nella realtà ospedaliera italiana e nelle strutture dove andrà ad esercitare. Durante tutta la fase di tirocinio e nelle prime fasi di accesso al posto di lavoro viene effettuata una valutazione periodica della capacità d'inserimento, d'integrazione e qualità delle prestazioni.
Conclusioni. In definitiva, dando per scontato il saper fare, per i professionisti stranieri, il superamento delle difficoltà linguistiche permette, da parte degli operatori, il miglioramento: della capacità di comprendere e rispondere ai bisogni dell'utente, della capacità di relazionarsi con i propri collaboratori e della capacità di integrarsi con la struttura e l'organizzazione in cui si trovano ad operare.

Associazione tra Sarcoidosi Polmonare e Tumore di Warthin, descrizione di un caso

T. Di Bella

U.O. di Geriatrica, Azienda Unità Sanitaria Locale n° 9 Trapani

Scopo dello studio. Questa presentazione riguarda una rara espressione neoplastica dell'anziano. L'adenolinfoma salivare (T. di Warthin) costituisce il 5-10% di tutti i tumori delle ghiandole salivari. Il caso descritto era associato ad un quadro clinico, laboratoristico e strumentale compatibile con la diagnosi di malattia di Besnier-Boeck-Schaumann (BBS) occorso all'osservazione della U.O. di Geriatria della Az. USL n° 9 di Trapani nel luglio 2006.
Materiali e metodi. Paziente B.A. di anni 82. Negli ultimi mesi inappetenza e calo ponderale. Gli esami ematochimici non mostravano elementi di rilievo salvo una lieve ipoalbuminemia, idem per l'obiettività generale e per organi salvo una sfumata emisindrome motoria destra ed una bradicinesia senza ipertono, l'umore appariva depresso era presente una eccessiva sonnolenza diurna (ESD) con insonnia notturna.
Nel febbraio 2008 nuovi esami ematochimici mostravano un'alterazione del quadro sieroproteico con la comparsa di una ipergammaglobulinemia (55,7% – 4,56 g/dl) a banda larga e severa ipoalbuminemia (25,3% – 2,7 g/dl), che suggerivano il sospetto di un processo immunoproliferativo. Inoltre scompenso metabolico (Hb glicosilata 8,43%), modesta leucocitosi senza alterazioni della formula, spiccata anemia (9,4 g % di Hb con 1.950.000 g/mm^3), normocitica, sideropenica, proteinuria di Bence Jones positiva. L'obiettività respiratoria faceva rilevare: diffusi rantoli crepitanti a piccole e medie bolle in tutti gli ambiti in entrambi gli emitoraci. Inoltre tumefazione delle parotidi, che apparivano di consistenza dura, ipomobile, scarsamente dolente. Per un miglior inquadramento diagnostico il paziente si ricoverava in reparto di ematologia con il sospetto clinico di "processo immunoproliferativo".
Risultati. Nel corso della degenza gli esami ematochimici mostravano solo una leucocitosi neutrofila. Il dosaggio delle immunoglobuline sieriche mostrava elevati valori di IgG (6.608 mg/dl), l'immunofissazione sierica: "presenza di catene IgM", proteinuria di Bence Jones presente. Mieloaspirato: cellularità media, armonica rappresentazione delle normali serie emopoietiche moderatamente bradievolutive, vivace attivazione plasmacellulare". Ecografia parotidea: "aumento di dimensione di entrambe le ghiandole parotidi che appaiono diffusamente omogenee, sono presenti linfonodi iperplastici reattivi". RX torace: "accentuazione del disegno polmonare di tipo reticolo micronodulare". TAC, torace: "multiple aree di addensamento consolidamento parenchimale, a carico di entrambi i parenchimi polmonari, a distribuzione mantellare, ispessimento della pleura costo-parietale bilateralmente. Multipli linfonodi aumentati di volume si apprezzano nella loggia di Barety, nella finestra aorto-polmonare, lateralmente all'arco aortico, in sede sottocarenale. Nel mediastino anteriore si apprezza formazione ovalariforme di difficile caratterizzazione nelle sole condizioni di base"; collo: "aumento volumetrico della ghiandola parotide di sinistra". L'agoaspirato della parotide di sinistra con esame citologico faceva rilevare: "reperto citologico compatibile con cistoadenolinfoma c.d. tumore di Warthin".
Conclusioni. Il caso descritto si presta a diverse interpretazioni diagnostiche, anche se l'unica accertata appare la neoplasia salivare. La vivace attivazione plasmacellulare midollare di cui è epifenomeno l'ipergammaglobulinemia IgG, associata ai reperti strumentali polmonari e delle stazioni linfatiche limitrofe, è suggestivo di una disreattività sistemica compatibile con la diagnosi di sarcoidosi polmonare, del resto durante la fase attiva della sarcoidosi nel 30-50% dei pazienti si riscontra un incremento dei livelli sierici delle Ig. Frequente (20-25% dei casi) è anche l'interessamento di altri tessuti tra cui le parotidi.

Bibliografia

Besnier E. *Lupus pernio de la face; synovites fongueuses (scrofulo-tuberculeuses) symètriques des extrèmites superieures*. Ann Dermat Syph 1889;10:333-6.
Boeck C. *Multiple benign sarcoid of the skin*. J Cutan Genit Urin Dis 1889;17:543-50.
Schaumann J. *Sur une forme èrithrodermique du lynphogranulome bènin*. Ann Dermat Syph 1920;6:561-74.
Di Bella, et al. *La syndrome di Lèser-Trelat, una rara espressione clinica paraneoplastica in Geriatria. Descrizione di un caso*. Atti del 42° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria 1997.
Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *Pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon, France: World Health Organization Classification of Tumours, 2005.

Deficit cognitivo e diabete. Studio osservazionale

A. Di Prima, G. Zagone, V. Picciolo, V. Brucato, M.T. Giambartino, G. Vassallo, G. Marchese, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Premessa. La prevalenza della demenza aumenta in modo esponenziale con l'età, arrivando a punte del 48% negli ultranovantacinquenni, caratteristica questa ancora più marcata per la Malattia di Alzheimer (AD) e più netta tra le donne. Negli ultimi 30 anni è aumentata parallelamente ad un aumento delle demenze, anche il diabete mellito, in particolare il diabete tipo 2. La prevalenza complessiva varia da un continente all'altro ed è del 3,5% in Europa, del 4,5% in America del nord mentre l'Asia ha una prevalenza inferiore al 3% e l'Africa inferiore al 2%. Attualmente il diabete mellito si manifesta in oltre 150 milioni di persone e si stima una crescita esponenziale della malattia che porterà nel 2010 a circa 221 milioni di pazienti affetti, con un incremento del 47% circa e nel 2025 ulteriore incremento con un numero di pazienti pari a circa 300 milioni.
Materiali e metodi. Sono stati inclusi nello studio tutti i soggetti anziani osservati nel periodo gennaio 2005-settembre 2007, arruolati nel progetto CRONOS presso l'UVA n° 6 del Policlinico di Palermo. I pazienti erano stati inviati, per sospetto deficit cognitivo, dai medici di medicina generale e da specialisti di neurologia e di medicina interna. Il progetto CRONOS è stato intrapreso dal Ministero della Salute per identificare i soggetti con probabile malattia di Alzheimer, per regolamentare la prescrizione di farmaci per la terapia di Alzheimer e per istituire un protocollo di sorveglianza sugli effetti di tali farmaci.

Criteri di inclusione: 1) età ≥ 60 anni; 2) punteggio al MMSE compreso tra 10 e 26; 3) nessuna precedente terapia con farmaci per la demenza; 4) diabete mellito di tipo II.
La diagnosi di diabete, ipertensione e dislipidemia era posta in base ai criteri WHO. Con metodica standard sono state analizzate glicemia, colesterolo totale, trigliceridi, l'emoglobina glicosilata (HbA1c). La valutazione della funzione cognitiva è stata effettuata mediante l'uso di una batteria di test che includevano: 1) MMSE, 2) ADL, 3) IADL, 4) Babcok test, 5) Clock test, 6) Fluidità verbale per lettera e per categoria, 7) Proverbi e differenze, 8) GDS 9) NPI.
Per escludere forme secondarie di deficit cognitivo sono state eseguiti esami ematochimici quali: dosaggio della vit B12, acido folico, ormoni tiroidei (FT4, FT3, TSH).
Per completare l'iter diagnostico i pazienti eseguivano indagini strumentali di *neuroimaging* come TC, RM, SPECT e PET; indagini di valutazione vascolare con ecocolordoppler-TSA ed indagine elettrocardiografia. Sono stati valutati 520 pazienti nel triennio 2005-2007, di cui 81 sono risultati diabetici (13%), di questi 31 erano uomini e 50 erano donne. L'età media era 74,37; di questi pazienti 58 assumevano ipoglicemizzanti orali, 17 praticavano terapia insulinica e 6 terapia mista (ipoglicemizzanti orali + insulina). Analizzando le caratteristiche dei soggetti diabetici il 52,65% era affetto da ipertensione arteriosa, il 19,44% assumeva statine per dislipidemie, il 22,68% presentava placche carotidee all'ecocolordoppler TSA.
Risultati. Il nostro studio dimostra che il 13% dei pazienti anziani con deficit cognitivo è affetto da diabete, e che il diabete, indipendentemente da altri fattori ha un impatto sulla funzione cognitiva. Negli ultimi 10 anni la relazione tra diabete e funzione cognitiva è stata analizzata in vari studi caso-controllo. Alcuni di essi hanno dimostrato un deficit cognitivo nei diabetici rispetto ai non diabetici, ma tale risultato non è stato mai confermato. I nostri risultati sono in linea con quelli ottenuti in recenti studi prospettici, che mostrano una maggiore compromissione cognitiva nei diabetici.

Bibliografia

Hassing LB, Hofer SM, Nilsson SE, Berger S, Pedersen NL, McClearn G, et al. *Comorbid type 2 diabetes mellitus and hypertension exacerbates cognitive decline: evidence from a longitudinal study*. Age Ageing 2004;33:355-61.

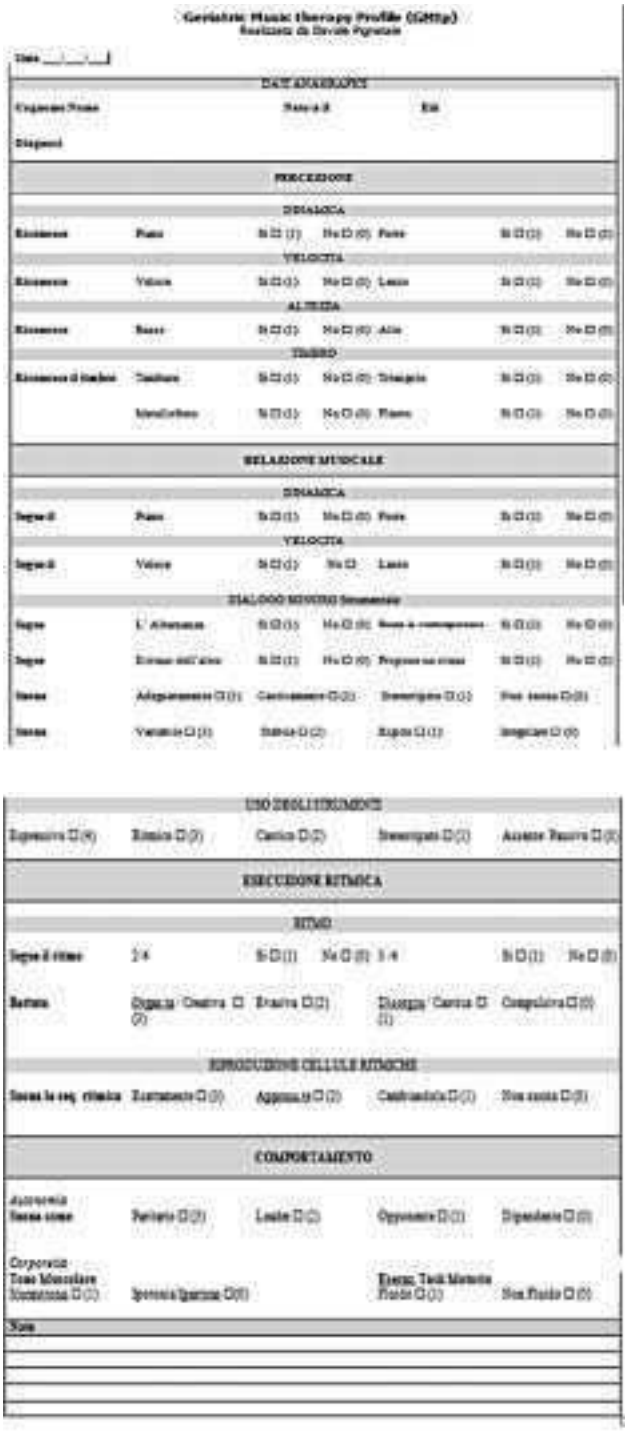
Geriatric Music-therapy Profile

C. Di Puppo, D. Pignatale[1], F. Mastroianni[2], G. Grumo[3]

Tirocinante musico terapista; [1] Pedagogista, musicoterapeuta; [2] Geriatra, Direttore Sanitario; [3] Psicologo, RSA "Madonna della Pace", Andria

Introduzione. La necessità di poter disporre di uno strumento per la valutazione del paziente anziano in trattamento di musicoterapia ha determinato la realizzazione della *Geriatric Music Therapy Profile* (GMP). La scala è stata elaborata ed applicata presso la RSA "Madonna della pace" di Andria, in un gruppo di soggetti in trattamento con un programma di musicoterapia.
Materiali e metodi. La GMP valuta in termini quantitativi le competenze musicali del paziente geriatrico, in modo da poter stilare un profilo funzionale riabilitativo attraverso il mezzo musicale, così da aver definito il quadro complessivo e quindi poter progettare un piano di intervento funzionale e coerente con i bisogni emersi. La scala è articolata in 28 *items* con un *range* 0-41, migliore è la prestazione, maggiore sarà il punteggio ottenuto. La GMP è composta da 4 *subitems*: 1) *percezione*, indaga la capacità di riconoscere le caratteristiche del suono (dinamica, l'altezza, la velocità) e di discriminare e riconoscere dei timbri; 2) *relazione musicale*, indaga la capacità del paziente di relazionarsi attraverso il mezzo musicale, in particolare la valutazione viene effettuata in tre parti, nella prima si valuta la prestazione nel seguire l'andamento di un brano musicale facendo suonare un tamburello; 3) *esecuzione ritmica*, valuta le capacità del paziente nel seguire dei ritmi prestabiliti, nel riprodurre cellule ritmiche e nel tipo di battuta ritmica utilizzata; 4) *comportamento*, valuta l'autonomia in termini musicali ovvero se il paziente è strettamente dipendente dal terapeuta nel suo esprimersi musicale o se invece si pone come leader, in ambito corporeo invece viene valutato il tono muscolare e la fluidità del task motorio durante le esecuzioni.

Conclusioni. La GMP usata in studi longitudinali offre la possibilità di valutare le competenze musicali del paziente e, con l'analisi dei risultati, può essere un valido strumento di programmazione e verifica dei progetti terapeutici individuali in quanto può evidenziare quelle aree che necessitano di stimolazione sonoro/musicale sia nell'abito cognitivo che in quello relazionale.



Il segnale intracellulare mediato dal recettore Notch nel carcinoma della prostata è attivato in condizioni d'ipossia e modula la malignità tumorale, in vitro

C. Di Serio, S. Pellerito, I. Prudovsky[1], F. Crovegni, I. Cosentino, P. Pedretti, F. Tarantini, N. Marchionni

Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Geriatria e Gerontologia, Università di Firenze; [1] Maine Medical Center Research Institute (MMCRI), Scarborough, ME (USA)

Scopo. L'insorgenza del carcinoma prostatico è attribuita ad una generica disregolazione della proliferazione e della differenziazione delle cellule epiteliali; tuttavia i meccanismi molecolari che sottendono la formazione del tumore non sono ancora chiariti. La famiglia dei recettori Notch, nell'uomo rappresentata da 4 proteine (Notch 1-4), ed i suoi ligandi, mediano numerose funzioni biologiche sia durante l'embriogenesi che nei tessuti adulti, inclusi il controllo della differenziazione cellulare ed il mantenimento del pool di cellule staminali. Notch 1 è espresso nelle cellule epiteliali prostatiche sia durante lo sviluppo dell'organo che nel tessuto adulto, dove la sua espressione è limitata alle cellule basali dell'epitelio. Scopo dello studio è stato quello di valutare il ruolo dell'ipossia nell'attivazione del segnale di Notch e nella progressione tumorale in linee cellulari di carcinoma prostatico umano, sia ormono-dipendente che indipendente.
Materiali e metodi. Sono state utilizzate tre linee di carcinoma prostatico umano: LnCaP (derivate da sito primario, sensibili agli androgeni), PC3 (androgeno indipendenti) e Du145 (da sito metastatico, androgeno indipendenti). Le cellule sono state mantenute in condizioni di normossia (95% aria, 5% CO2) o di ipossia (3% ossigeno, 5% CO2); il livello di attivazione del segnale di Notch è stato valutato utilizzando un plasmide contenente il gene della luciferasi sotto controllo del fattore di trascrizione CBF, transfettato in maniera transitoria nelle tre linee cellulari. Per studiare gli effetti biologici mediati dai recettori Notch, è stato utilizzato un inibitore delle gamma secretasi, DAPT. Le tre linee cellulari, in condizioni di normossia o di ipossia, sono state sottoposte ad analisi di proliferazione ancoraggio-dipendente (curva di crescita) ed ancoraggio indipendente (*soft* agar), e di migrazione (test di chiusura della ferita).
Risultati. In tutte e tre le linee cellulari testate la trascrizione mediata dal Notch era attivata in condizione di ipossia. Entrambi gli indici di proliferazione (ancoraggio-dipendente ed indipendente) risultavano aumentati in ipossia, in tutte e tre le linee cellulari. Tale aumento dell'attività proliferativa era antagonizzato dal trattamento delle cellule con l'inibitore delle gamma secretasi, DAPT. Nelle LNCaP inoltre si registrava un incremento della capacità di migrazione quando le cellule erano mantenute al 3% di ossigeno, rispetto alle cellule mantenute in normossia. Anche l'incremento della migrazione cellulare era bloccato dal trattamento delle cellule con DAPT.
Conclusione. In un modello di carcinoma della prostata, *in vitro*, l'ipossia attiva la proliferazione e la migrazione cellulare, almeno in parte, attraverso l'attivazione del segnale di Notch. Pertanto, in tale modello Notch sostiene la malignità tumorale e favorisce l'emergenza del potenziale metastatico.

Relazione tra memoria di condizionamento difensivo e profilo di espressione genica nell'ippocampo di ratti vecchi

G. Di Stefano, T. Casoli, D. Platano[1], G. Aicardi[1], M. Balietti, B. Giorgetti, M. Solazzi, P. Fattoretti, F. Lattanzio[2], C. Bertoni-Freddari

Neurobiologia dell'Invecchiamento, INRCA, Ancona; [1] Dipartimento di Fisiologia Umana e Generale, Università di Bologna; [2] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. L'invecchiamento è accompagnato da alterazioni nei processi di formazione e consolidamento della memoria di tipo dichiarativo. Queste alterazioni variano notevolmente da individuo ad individuo e sembrano essere dovute, almeno in parte, alla vulnerabilità all'età dei neuroni dell'ippocampo, che svolgono un ruolo critico in questo tipo di memoria [1]. Studi recenti hanno dimostrato che il deterioramento cognitivo senile è un'espressione dell'invecchiamento fisiologico, ma può evolvere fino al raggiungimento di un vero stato demenziale [2]. Ancora non si sa come prevenire tale grave eventualità, né qual è il momento più opportuno per intervenire: ciò costituisce un'importante materia di indagine. È in questo contesto che si colloca il nostro lavoro, il cui scopo è di studiare in ratti vecchi la relazione tra la capacità di apprendere e di mantenere nel tempo un tipo di memoria dichiarativa, la memoria di condizionamento difensivo (*inhibitory avoidance*), e il profilo di espressione genica nell'ippocampo.
Materiali e metodi. Il sistema utilizzato per indurre la memoria di *condizionamento difensivo* consiste in un box (Med Associates Inc., VA, USA) costituito da due compartimenti separabili da un porta retraibile: uno illuminato (*safe*) ed uno buio (*shock*) al cui pavimento è connesso un generatore di corrente, in grado di rilasciare una breve (2 secondi), debole (0,6 mA) scarica elettrica (*shock*) alle zampe. Nella fase di apprendimento l'animale viene posizionato nel compartimento illuminato e riceve lo shock quando entra nel compartimento buio. Nella fase di test effettuata 3 e 6 ore dopo, si valuta la capacità di ricordare di evitare l'ingresso nel compartimento buio: sulla base del tempo impiegato per entrare viene classificato "*good responder*" (GR > 100 secondi) o "*bad responder*" (BR, < 100 secondi) [3]. Gli esperimenti sono stati condotti in 10 ratti Wistar femmine di 26 mesi. Dopo il test a 6 ore sono stati sacrificati e i loro ippocampi processati. L'RNA totale estratto dall'ippocampo degli animali appartenenti ai due gruppi (5 per gruppo) è stato retro-trascritto, amplificato e successivamente marcato con il nucleotide modificato Cy5 per i GR e con il Cy3 per i BR. Gli RNA marcati in modo differenziale sono stati quindi coibridati sull'*array* di ratto OciChip 10K (Ocimum Biosolution) contenente sequenze nucleotidiche di circa 10.000 geni. L'*array* è stato analizzato con lo scanner GenePix 4000B (Axon, Molecolar Devices, USA), dotato di un software per l'analisi statistica dei risultati (Acuity 4,0). Come parametro per quantificare il livello di espressione di ciascun gene è stato scelto il rapporto tra la mediana del segnale rosso (Cy5) e la mediana del segnale verde (Cy3) e sono stati considerati *up*-regolati i geni con valori di "*expression ratio*" superiori a 1,4, e *down*-regolati quelli con rapporto inferiore a 0,70, presenti in almeno 3 su 5 esperimenti.
Risultati. L'analisi dei dati ha riportato 99 geni sovraespressi nei GR e 55 sottoespressi nei GR. Di questi, sono risultati differenzialmente espressi, in modo statisticamente significativo, 42 geni nel gruppo dei GR e 25 in quello dei BR (*one-sample* t-test, $p < 0,05$). Sulla base di informazioni ottenute utilizzando database pubblici (www.ncbi.nlm.nih.gov/; http://david.abcc.ncifcrf.gov/), i geni sono stati assegnati a diverse categorie funzionali. Di queste, le più rappresentate nel gruppo dei GR rispetto ai BR sono risultate quelle della trasduzione del segnale, dei fattori neurotrofici e della regolazione della trascrizione e della traduzione.
Conclusione. I nostri dati indicano che la sovraespressione di alcuni geni della trasduzione del segnale, di fattori neutrofici e della regolazione della trascrizione e della traduzione nell'ippocampo di ratti di 26 mesi correla con una maggiore capacità di apprendimento e mantenimento a lungo termine della memoria di condizionamento difensivo. L'individuazione di queste differenze può fornire le basi per chiarire alcuni dei meccanismi che portano all'insorgenza della demenza senile, e può consentire lo sviluppo di strategie in grado di migliorare la capacità cognitiva durante l'invecchiamento fisiologico e patologico.

Bibliografia

1 Rosenzweig ES, Barnes CA. *Impact of aging on hippocampal function: plasticity, network dynamics, and cognition*. Prog Neurobiol 2003;69:143-79.
2 Kidd PM. *Alzheimers disease, amnestic mild cognitive impairment, and age-associated memory impairment: current understanding and progress toward integrative prevention*. Altern Med Rev 2008;13:85-115.
3 Platano D, Fattoretti P, Balietti M, Giorgetti B, Casoli T, Di Stefano G, et al. *Synaptic remodeling in hippocampal CA1 region of aged rats correlates with better memory performance in passive avoidance test*. Rejuvenation Res 2008;11:341-8.

Revisione dell'attività di un ambulatorio geriatrico: luci e ombre

B. Dijk, D. Montanari, R. Risso, F. Cappelletto, S. Lucarini, P. Cavagnaro[1]

Stuttura Complessa Geriatria ASL 4 Chiavarese; [1] Direttore Generale ASL 4 Chiavarese Regione Liguria

Scopo. Il 27% della popolazione residente nell'ASL 4 Chiavarese è ultrasessantaquattrenne, con quasi tre nonni per ogni ragazzo sotto i 15 anni; la Liguria rispetto ad altre regioni, ha l'indice di invecchiamento più alto e la ASL 4 è la più "vecchia" tra le ASL della regione; nell'entroterra infatti la percentuale di anziani raggiunge il 30%. La popolazione totale dell'ASL 4 è di 147733 persone (dati 2004), di cui il 40626 (il 27,5%) ha più di 65 anni e 4875 (3,3%) più di 85 anni (grandi vecchi). Oltre l'8% della popolazione dell'ASL 4 risulta invalido (11.872 soggetti); tale percentuale supera il 20%, se si considerano solo gli ultrasessantaquattrenni. La prevalenza della demenza in Italia (studio ILSA [1]) è del 6% per una popolazione superiore ai 60 anni, quindi nella nostra popolazione dobbiamo aspettarci circa 2437 dementi, metà dei quali affetti da AD, con un'incidenza [2] di 400 nuovi casi all'anno (1% per popolazione sopra i 60 anni). Abbiamo voluto verificare, a fronte di dati di prevalenza e incidenza nazionali, in quale misura i pazienti dementi vengono seguiti dal nostro Ambulatorio.

Materiali e metodi. A partire dal 1/11/2007 sono state messe in rete (tramite rete informativa aziendale dell'ASL 4 Chiavarese con programma OASIS) le relazioni ambulatoriali consegnate al termine della visita geriatrica; nella relazione al paziente viene specificato se si tratta di primo accesso o di visita successiva e viene inserito l'MMSE e la valutazione funzionale composta di ADL, IADL e di AGED (scheda di valutazione del fabbisogno di assistenza e delle autonomie dell'anziano in uso nella Regione Liguria). I dati anagrafici vengono inseriti in un database in formato Excel. In questo lavoro è stata valutata l'attività ambulatoriale dal 1/11/2007 (inizio della informatizzazione dell'ambulatorio) al 30/4/2008; in questo periodo sono state effettuate 596 visite di cui 175 uomini, 421 donne (rispettivamente 29% e 71%). L'età media dei pazienti alla visita, complessivamente, era di 79,94 ± 7,14 anni e precisamente 80,01 ± 7,03 per le donne e 79,61 ± 7,03 per gli uomini con una differenza quindi inferiore a quella che ci si aspetterebbe data la diversa aspettativa di vita. Tra uomini e donne sono poche le differenze, anche se gli uomini risultano lievemente più compromessi dal punto di vista funzionale a fronte di un MMSE più alto (MMSE rispettivamente 19,37 ± 7,06 per le donne e 20,19 ± 7,16 per gli uomini; ADL perse rispettivamente 2,5 ± 1,73 per le donne e 2,88 ± 1,81 per gli uomini, IADL 5,84 ± 2,54 e 6,19 ± 2,23 ed AGED 11,15 ± 6,68 e 12,81 ± 6,67).

Risultati. Il 61% dei pazienti che si presenta all'Ambulatorio geriatrico per la prima volta richiede un certificato per avviare una pratica di invalidità civile, mentre solo il 32% si presenta per una prima valutazione dello stato cognitivo, il restante 7% richiedono prescrizioni di presidi. I pazienti che vengono per un certificato di invalidità sono più anziani (81,72 ± 7,29 contro il 78,66 ± 7 di quelli che vengono per una prima valutazione di demenza) e più compromessi: il MMSE è di 20,38 ± 6,32 contro il 21,37 ± 6,71 delle prime visite per demenza, le ADL perse sono 3,07 ± 1,57 verso 1,63 ± 1,75 le IADL perse sono 6,58 ± 1,77 verso 4,34 ± 2,9, l'AGED è di 13,28 ± 6,31 contro il 7,55 ± 6,69; al contrario i pazienti che tornano per una visita di controllo e vengono quindi seguiti regolarmente sono rispetto alla media globale sono più giovani (79,07 ± 6,49 anni), meno compromessi dal punto di vista funzionale (AGED: 11,86 ± 6,46, ADL perse: 2,56 ± 1,78, IADL perse: 6,08 ± 2,43) e più compromessi dal punto di vista cognitivo (MMSE: 18,6 ± 7,13). Alla prima visita i pazienti giungono con una compromissione grave (MMSE < 10) nel 8% dei casi, moderata (MMSE tra 11 e 18) nel 27% dei casi, lieve (MMSE tra 19 e 24) nel 27% di casi, con MMSE > 24 nel 37% dei casi.

Conclusioni. In base ai dati del nostro ambulatorio possiamo concludere che: sono ancora molti i pazienti che vengono seguiti da ambulatori specialistici e in cui verosimilmente non viene fatta diagnosi di demenza; infatti in 6 mesi, le prime visite in pazienti con MMSE < 24/30 sono state 203 su 2437 casi presunti, quindi solo il 16% dei pazienti potenzialmente affetti da demenza sono stati visitati durante l'anno. Molti pur avendo una diagnosi di demenza, dopo aver ottenuto l'invalidità, non si ripresentano per i controlli successivi e l'8% è già troppo compromesso cognitivamente per entrare nel progetto CRONOS. L'educazione dei MMG e della popolazione è basilare per evitare che la demenza resti un puro "fenomeno" legato all'età, ma soprattutto per permettere una diagnosi più precoce possibile, favorendo l'accesso a terapie con anticolinesterasici ad un numero sempre più elevato di persone.

Bibliografia

1 The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. *Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses*. Int J Epidemiol 1997;26:995-1002.

2 The ILSA Study. *Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy*. J Am Geriatr Soc 2002;50:41-8.

Qualità percepita in RSA: analisi dei questionari di soddisfazione di ospiti e familiari somministrati nel 2006 e nel 2008

M. Dilda, R. Bedani, A. De Angelis, M. Molinari, C. Pessina, G. Gelmini

Centro Servizi Terza Età "Fondazione Ospedale della Carità", Casalbuttano (CR)

Scopo. Le esigenze esplicite e percepite della qualità si concretizzano in tutte quelle condizioni organizzative e relazionali del modo di erogare le prestazioni assistenziali che qualsiasi utente ritiene di poter pretendere da una struttura residenziale per anziani. Esse rappresentano un aspetto di confronto fondamentale con le esigenze implicite ovvero tutte le condizioni legate alla corretta esecuzione di attività professionali sanitarie e socio-assistenziali i cui esiti si riflettono direttamente sull'assistenza e sulla qualità di vita dell'ospite. L'analisi della qualità percepita rappresenta pertanto un aspetto fondamentale nell'ambito della ricerca del miglioramento continuo della qualità assistenziale e lo scopo di questo lavoro è stato quello di mettere a confronto i dati ottenuti dalla somministrazione presso la nostra RSA di un questionario di soddisfazione di ospiti e famigliari rispettivamente nel 2006 e nel 2008 al fine di evidenziare quanto l'analisi critica del primo abbia apportato (o non) la percezione di miglioramenti in grado di riflettersi positivamente sui dati del secondo.

Materiali e metodi. Sono stati somministrati due questionari di soddisfazione dell'utenza rispettivamente nel quarto trimestre del 2006 e nel primo trimestre del 2008. In essi sono stati indagati vari aspetti organizzativi (v. Tabella). Nel primo questionario erano state formulate tre risposte: pienamente soddisfatto, soddisfatto, da migliorare. I dati ottenuti erano stati valutati in maniera critica evidenziando possibili spazi ed accorgimenti tecnici finalizzati al miglioramento della percezione dell'*item* in oggetto. Poiché la formulazione del primo questionario ci è sembrata poco discriminante sul piano delle valutazioni negative, nel secondo questionario abbiamo proposto le seguenti risposte: ottimo, buono, sufficiente, insufficiente. Per effettuare un confronto abbiamo definito il seguente parallelismo interpretativo: pienamente soddisfatto equivalente a ottimo, soddisfatto equivalente a buono, da migliorare equivalente alla somma di sufficiente e insufficiente.

Risultati. La numerosità dei questionari effettuati e i dati ottenuti nei vari *item* (solo giudizi positivi in abstract per motivi di spazio) sono riportati nella tabella sottostante. Si segnala che la presenza di prime 5 classi SOSIA ("classi pesanti") era nel 2006 il 69% e nel 2008 l'83% con un incremento percentuale del 14% di gravità del quadro clinico ed assistenziale degli ospiti.

	Anno 2006 n. 157			Anno 2008 n.186		
	Pien. Sodd.	Sodd.	Totale	Ottimo	Buono	Totale
Pulizia ambienti	47%	40%	87%	40%	48%	88%
Ristorazione	41%	45%	86%	27%	58%	85%
Lavanderia	23%	39%	62%	17%	48%	65%
Pedicure	3%	42%	45%	21%	52%	73%
Parrucchiera/barbiere	42%	43%	85%	31%	52%	83%
Orario visite familiari	76%	22%	98%	66%	32%	98%
Centralino/portineria	67%	30%	97%	56%	39%	95%
Assistenza religiosa	55%	32%	87%	37%	50%	87%
Attività medica	68%	26%	94%	55%	37%	92%
Attività coordinamento	45%	37%	82%	39%	43%	82%
Attività animazione	43%	29%	72%	42%	36%	78%
Attività infermieristica	63%	33%	96%	53%	39%	92%
Attività fisioterapia	29%	32%	61%	23%	38%	61%
Attività socio-assist.	52%	27%	79%	43%	45%	88%
Servizio amministrativo	59%	32%	91%	37%	52%	89%
Giudizio complessivo	48%	41%	89%	44%	51%	95%

Conclusione. La numerosità del campione è da ritenersi idonea avendo coinvolto in entrambe le somministrazioni oltre il 50% degli ospiti. Sicuramente rappresenta un fattore di criticità valutativa la differenza di formulazione delle domanda nei questionari potendo risultare più che soddisfacente anche una buona assistenza e non solo quella ottima così come soddisfacente anche un'assistenza ritenuta sufficiente. A tale discrepanza può essere riferito in parte il trend di riduzione della percentuale del pienamente soddisfacente rispetto all'ottimo che si riscontra un po' in tutti gli item. Un altro fattore che può creare tale discrepanza può essere ritenuto l'incremento della gravità della condizione globale dell'ospite. Tuttavia il dato fondamentale, ovvero quello della percentuale totale di positività del giudizio complessivo, incrementatosi del 6%, fa ritenere che il tempo intercorso tra la somministrazione dei due test abbia rappresentato sul piano operativo ed organizzativo un periodo di crescita qualitativa e organizzativa. Pertanto la valutazione della qualità percepita attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento del servizio agli ospiti e ai parenti è a nostro giudizio da ritenersi un buon sistema di coinvolgimento nonché di verifica e critica del modello assistenziale finalizzato al suo progressivo miglioramento.

Rischio di tromboembolismo venoso nel paziente geriatrico

F. Dini, D. Moruzzo, M. Bindi, M. Pinelli, M. Castiglioni

U.O. Medicina Generale IV, Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana

Scopo. Il tromboembolismo venoso (TEV) è un'importante causa di morbidità e mortalità in numerose condizioni patologiche sia internistiche che chirurgiche. La stratificazione del rischio tromboembolico nei pazienti internistici risulta difficile per la notevole eterogeneità di patologie e la frequente comorbidità. In alcuni gruppi selezionati (ictus e IMA), in cui l'incidenza di TEV è elevata (20-55%), la profilassi viene già da tempo raccomandata 1. Per altre patologie di interesse internistico i dati sono meno chiari. Scopo di questo lavoro è stabilire la frequenza di TEV in un reparto di Medicina Interna e ricercare i fattori di rischio più frequentemente associati ad esso.

Materiali e metodi. Sono stati presi in esame tutti i soggetti ricoverati in un reparto di Medicina Generale in tre anni (01/01/2002-31/12/2004) selezionando tra i ricoverati i soggetti con TEV. Per ogni soggetto con TEV, oltre al sesso e all'età abbiamo valutato la presenza di fattori di rischio suddividendoli in predisponenti e precipitanti la malattia tromboembolica. La diagnosi di TVP è stata posta con esame ecocolordoppler, quella di embolia polmonare con scintigrafia polmonare da perfusione e/o TC spirale. Analisi statistica: Per età e sesso abbiamo confrontato il gruppo affetto da TEV con tutta la popolazione dei ricoverati. In presenza di neoplasia abbiamo posto a confronto i soggetti affetti da TEV con tutta la popolazione dei neoplastici circa tipo di neoplasia e presenza di metastasi. All'interno del gruppo con TEV abbiamo confrontato i soggetti con e senza neoplasia per quanto riguarda gli altri i fattori di rischio. I dati non parametrici sono stati analizzati con il test Chi quadrato di Pearson, i dati parametrici con il test t di Student.

Risultati. Nell'arco di 3 anni si sono ricoverati 3956 soggetti, 2089 maschi (M) (52,8%) e 1867 femmine (F) (47,2%), con età media (anni) ± DS: 73,87 ± 14,07 (M: 71,90 ± 14,04; F: 75,85 ± 13,86). 84 soggetti (2,12%) presentavano TEV: 55,59% M e 44,41% F. La distribuzione dei 2 sessi nel gruppo con TEV non era significativamente differente rispetto a quella della popolazione generale. L'età media ± DS dei soggetti con TEV (71,76 ± 13,49 per tutto il gruppo, 67,00 ± 14,09 per i M e 77,81 ± 9,94 per le F) non presentava differenze significative rispetto a quella della popolazione generale ($p = 0,174$). Suddividendo per sesso si osserva però che i maschi con TEV erano significativamente più giovani rispetto a tutti i ricoverati di sesso maschile ($p = 0,018$), mentre le femmine non presentavano differenze significative ($p = 0,392$). Per ogni fattore di rischio predisponente non si osservano differenze significative per quanto riguarda la loro distribuzione nei due sessi ad eccezione dell'età ≥ 75 anni, significativamente più rappresentata nel sesso femminile. L'età ≥ 75 anni è inoltre il fattore di rischio predisponente maggiormente rappresentato osservandosi infatti nel 50% dei soggetti con TEV. Il secondo fattore di rischio, per ordine di importanza, è la neoplasia. Fra tutti i ricoverati il 15,01% aveva una neoplasia (66,81% in fase metastatico), mentre nel gruppo con TEV il 42,86% (91,7% con metastasi). Dal confronto con la popolazione totale dei ricoverati, nei pazienti con TEV si osservava una frequenza significativamente maggiore di neoplasie ($p < 0,001$) e di metastasi ($p = 0,002$). Tra i vari tipi di neoplasia quella del pancreas è significativamente più rappresentata nei pazienti con TEV ($p < 0,001$). L'insufficienza cardiaca è presente nell'11% dei soggetti con TEV. Abbiamo suddiviso i soggetti con TEV in 2 sottogruppi in base alla presenza o assenza di neoplasia alla ricerca di eventuali differenze nella distribuzione degli altri fattori di rischio, per identificare eventuali fattori di rischio di importanza paragonabile alla neoplasia nel favorire il TEV. Sebbene tutti i fattori di rischio predisponenti fossero più rappresentati nei soggetti non neoplastici, solo lo scompenso cardiaco era significativamente più rappresentato in tale sottogruppo, come se lo scompenso cardiaco e la neoplasia fossero i fattori di rischio principali nel favorire lo sviluppo di TEV. Per quanto riguarda i fattori precipitanti, suddividendo la popolazione in neoplastici e non, non si osservano differenze significative per la loro distribuzione.

Conclusioni. È noto che il rischio di TEV aumenta all'aumentare dell'età raddoppiando per ogni decade successiva ai 60 anni 2. In particolare l'età

superiore a 75 anni è considerata un fattore di rischio indipendente per TEV, come confermato dall'analisi dei dati dello studio MEDENOX 3. Nel nostro studio si osserva però una differenza tra i due sessi, essendo questo fattore di rischio significativamente più rappresentato nelle femmine. È possibile quindi che l'età avanzata rappresenti un fattore di rischio più importante nella femmina che nel maschio. Il secondo fattore di rischio, in ordine di importanza, è la neoplasia. Il malato neoplastico rappresenta un soggetto a rischio elevato di sviluppare trombosi venosa, in particolare in presenza di metastasi. Inoltre la neoplasia del pancreas risulta essere significativamente più rappresentata nel soggetto con tromboembolismo venoso. Fra gli altri fattori di rischio predisponenti l'unico paragonabile, come importanza, alla neoplasia, sembra essere lo scompenso cardiaco in quanto risulta quello significativamente più rappresentato nel soggetto non neoplastico.

BIBLIOGRAFIA

1 Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, et al. *Prevention of venous thromboembolism.* Chest 2001;119,132S-75S.

2 Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. *A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT Study.* Arch Intern Med 1991;151:933-8.

3 Alikhan R, Cohen AT, Combe S, et al. *MEDENOX Study Risk factors for venous Thromboembolism in hospitalized patients with acute medical hillness. Analysis of the MEDENOX Study.* Arch Intern Med 2004;164:963-8.

La rete integrata di servizi per l'anziano nella ULSS 16 di Padova: valutazione dell'impatto del progetto anziano sui ricoveri ricorrenti

D. Donato, G. Enzi[1], C. Guerra, L. Flor[2], P. Gallina, P. Giuriato, F. Focarile

Azienda ULSS 16 di Padova; [1] Università di Padova; [2] Azienda Ospedaliera di Padova

Premesse. Uno dei nodi cruciali nella gestione dell'anziano con comorbilità è integrare l'assistenza ospedaliera e territoriale dei soggetti con patologia cronica. Studi controllati hanno dimostrato che con l'applicazione di procedure organizzative basate su evidenze scientifiche è possibile ottenere una riduzione dei ricoveri ricorrenti e delle giornate di degenze superiore al 10% 1 2.

Scopo dello studio. Sviluppare un progetto dimostrativo finalizzato al miglioramento ed integrazione della assistenza agli anziani affetti da patologie croniche, nel territorio dell'ULSS 16 di Padova. Tale iniziativa rientra nell'ambito di un progetto a più ampio respiro, denominato "Progetto Anziano" 3.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati tre gruppi diagnostici associati a ricoveri ricorrenti: scompenso cardiaco, ictus e BPCO. Per ciascuna patologia è stata definita una procedura di gestione intraospedaliera e di follow-up territoriale dei pazienti anziani ricoverati, condivisa tra medici ospedalieri, operatori dei distretti e Medici di Medicina Generale. A partire dal 2005 la procedura viene attivata dai reparti ospedalieri della ULSS 16 e della Azienda Ospedaliera di Padova, con la segnalazione del caso al distretto e al MMG prima della dimissione. Per la valutazione dei risultati è stato definito un complesso sistema di indicatori, clinici e gestionali registrati automaticamente e gestiti con un apposito software, tale da consentire entro 6 mesi il feedback alla direzione ed a tutti gli operatori coinvolti, inclusi i Medici di Medicina Generale.

È stata per ora analizzata la variazione del tasso di ricovero.

Risultati. Nel periodo 2006-2007 sono stati segnalati 1642 pazienti pari al 20% dei pazienti dimessi con una prima diagnosi relativa ad uno dei gruppi diagnostici. I soggetti segnalati sono risultati più gravi e più anziani dei non segnalati. Alla fine del 2007 la riduzione del tasso di ricovero per le patologie incluse nel progetto è stata del 10,9% rispetto ad una riduzione pari al 3,9% per tutte le altre patologie (Fig. 1). L'effetto attribuibile al progetto per le patologie specifiche corrisponde almeno ad una riduzione del 0,8% dei ricoveri totali degli anziani della ULSS 16, con una minor spesa ospedaliera di 950.000 euro. Sono in corso le analisi di ulteriori indicatori.

Conclusioni. I dati ottenuti confermano la replicabilità delle osservazioni riportate in letteratura, all'interno della rete dei servizi di una Azienda Sanitaria della Regione Veneto. Sembra possibile confermare una riduzione del tasso di ricovero almeno del 10% per le patologie incluse nel progetto. Questo indicatore viene utilizzato come proxy per la valutazione della qualità complessiva della gestione dell'anziano all'interno della rete dei servizi, nell'ambito della quale la continuità tra Ospedale e Territorio è sicuramente uno dei più importanti fattori.

Bibliografia

1 Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. *Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure.* JAMA 2004;291:1358-67.

2 Andersen HE Schultz-Larsen K, Kreiner S, et al. *Can readmission after stroke be prevented?* Stroke 2000;31:1038-45.

3 Donato D, Focarile F, Corti MC, et al. *Il progetto anziano nella ULSS 16 del Veneto: obiettivi, metodologia e risultati preliminari.* Giornale di Gerontologia 2005;53:A27.

Fattori associati alla prosecuzione del trattamento con AChEI in soggetti anziani con demenza ambulatoriali: esperienza della UVA di Perugia

S. Ercolani, E. Mariani, M. Ricci, M. Pigliautile, E. Costanzi, M. Pace, V. Prenni, V. D'Ambrosio, M. Conestabile della Staffa, A. Fiore, F. Mangialasche, S. Leonardi, T. Raichi, I. Montecucco, C. Bianchini, F.T. Feliziani, U. Senin, P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia

Scopo. L'utilizzo dei farmaci anticolinesterasici (AChEI) nei soggetti con demenza lieve moderata è da sempre al centro di un vivace dibattito tra gli addetti ai lavori. La diffusione capillare delle UVA grazie al Progetto CRONOS ha promosso una maggiore cultura della malattia e delle sue terapie, ma sono ancora pochi i dati sulla efficacia e sulla compliance di questi farmaci nel real world. Scopo di questo lavoro è quello di identificare eventuali fattori associati alla prosecuzione della terapia oltre nove mesi.

Materiali e metodi. Sono stati raccolti dati di 855 soggetti cui è stato fatto almeno un piano terapeutico per anticolinesterasici tra novembre 2000 e giugno 2008 presso il Centro Invecchiamento Cerebrale e UVA Geriatria di Perugia. Di ciascun soggetto sono stati raccolti i dati relativi allo stato cognitivo (Mini Mental State Examination – MMSE) e funzionale (Activity Daily Living – ADL – da 6, indipendenza, a 0, completa dipendenza e Instrumental Activity Daily Living – IADL – da 8, indipendenza a 0, completa dipendenza) in basale e per ciascuna visita successiva. Inoltre, per il 56% dei soggetti, sono disponibili dati relativi a valutazione multidimensionale geriatrica.

Risultati. I soggetti che a T0 hanno ricevuto un piano terapeutico per un AChEI (Donepezil 65%, Rivastigmina 31% e Galantamina 4%) sono 855 (F 69,3%, età media 77,9 ± 6,6, scolarità 5,4 ± 3,6, MMSE 18,7 ± 4,8, ADL 4,3 ± 1,6, numero medio di farmaci 3,1 ± 2, indice di comorbilità CIRS 1,5 ± 0,3). Escludendo 90 soggetti con basale negli ultimi 9 mesi per cui non è ancora possibile stabilire la realizzazione dell'outcome in studio, i soggetti che proseguono il trattamento oltre nove mesi sono 418 (54,6%). In tabella sono mostrate le caratteristiche del gruppo che prosegue il trattamento a nove mesi e di coloro che hanno interrotto prima.

	AChEI < 9 mesi	AChEI Γ 9 mesi	p
Numero	347	418	
Sesso (F%)	68	70	0,534
Età media	78,9 ± 6,5	77,3 ± 6,4	0,001
Scolarità	5,4 ± 3,9	5,3 ± 3,3	0,696
Indice di comorbilità (CIRS)	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,3	0,267
N° farmaci	3,2 ± 2,0	3,1 ± 1,8	0,477
MMSE	18,3 ± 4,7	19,1 ± 4,6	0,028
ADL	4,0 ± 1,7	4,5 ± 1,5	< 0,001
IADL	2,4 ± 2,1	2,9 ± 2,2	0,003

Correggendo per grado di autonomia, MMSE, comorbilità, numero di farmaci e sesso, i soggetti che non proseguono il trattamento sono più anziani (OR 1,04, IC 95% 1,01-1,08, p = 0,008 per ogni hanno in più).
Conclusione. I soggetti più giovani affetti da demenza, indipendentemente dal grado di compromissione cognitiva e fisica, hanno una probabilità maggiore di proseguire la terapia con AChEI oltre i nove mesi.

BNP, NTproBNP, ecocardiogramma nell'anziano ospedalizzato per scompenso: diagnosi ed indicazioni per il follow-up a breve termine

E. Espinosa, A. Giuliani, F. Salvi, A. Mattioli, S. Franchini, E. Bacchin, S.A. Rappelli, P. Dessí-Fulgheri

Clinica di Medicina Interna, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Ancona

Scopo della ricerca. Il Brain Natriuretic Peptide (BNP), il N-terminal proBNP (NTproBNP) e l'ecocardiogramma sono strategie cliniche comuni nella diagnosi e trattamento dello scompenso. Scopo del nostro studio è stato pertanto quello di valutare in una popolazione anziana affetta da scompenso cardiaco sistolico la significatività del BNP, del NTproBNP e dell'ecocardiogramma risentissero delle condizioni emodinamiche contingenti e dei comuni parametri metabolici quali stato nutrizionale, diabete ed insufficienza renale.
Materiali e metodi. Sono stati inclusi nello studio, prospetticamente, pazienti ricoverati presso la Clinica di Medicina Interna provenienti dal Pronto Soccorso per scompenso cardiaco (CHF) classe III e IV NYHA, stadio C. Venivano inclusi nello studio solo pazienti con storia positiva per scompenso cardiaco sistolico, terapia secondo Linee Guida, non obesi, lieve/moderata insufficienza renale, assenza di alterazioni degli elettroliti plasmatici e controllo dei valori pressori. Come popolazione controllo di riferimento si arruolavano pazienti affetti prevalentemente da patologie cardiovascolari inviati da P.S. allo stesso centro. Venivano quindi valutati peso, altezza, pressione arteriosa, terapia domiciliare e parametri ematochimici. Alla VMD si evidenziava prevalenza di deficit cognitivo lieve (p < 0,05) nel gruppo CHF in assenza di pregressi eventi cerebrovascolari e pari età di scolarizzazione. Venivano infine analizzati sia l'ecg che l'ecocardiogramma. I valori riportati sono espressi come media ± d.s.; dove indicato veniva applicato il T-test, il Mann Whitney test per il confronto fra classi e Rank Spearman Test.
Risultati. Sono stati inclusi nello studio 60 pazienti suddivisi nei due gruppi (CHF e control) con età media di 74,5 ± 6,5 per control, e 77,1 ± 5,7 per CHF, (p n.s). I pazienti dei due gruppi non presentavano differenze significative per BMI, storia di cardiopatia ischemica e vasculopatia periferica, terapia. Per quanto riguardava i parametri ematochimici non vi erano differenze significative per creatinina e stima clearance creatinina secondo MDRD (control 52,2 ± 16,7; CHF 50,9 ± 16,9 mg/min), albumina, emoglobina glicata e PCR. I due gruppi si differenziavano invece per potassiemia (control 4,4 ± 0,4; CHF 4,0 ± 0,4 mEq/l, p < 0,05), colesterolo totale (control 177,5 ± 41,8; CHF 146,0 ± 28,4 mg/dl, p < 0,05), colesterolo HDL ed acido urico (control 5,9 ± 1,5; CHF 7,4 ± 2,1 mg/dl, p < 0,05) di non chiaro significato. Il BNP ed il NTproBNP (control 361,0 ± 286,3; CHF 3503,6 ± 3065,0 pg/ml, p < 0,001) risultavano entrambi significativamente diversi fra i due gruppi e correlati alla massa cardiaca, stimata ecocardiograficamente, ed al volume telesistolico solo nel gruppo CHF. Dei parametri strumentali le dimensioni dell'atrio sinistro, il volume telesistolico, la massa ventricolare e la frazione d'eiezione risultavano significativamente diverse fra i due gruppi. Al controllo ambulatoriale, ad un mese dalla dimissione, di tutti i parametri ematochimici ed ecocardiografici sopra indicati gli unici a subire una drastica e significativa variazione risultavano essere solo il BNP ed il NTpro BNP.
Conclusioni. I risultati del nostro studio indicherebbero pertanto come nell'anziano scompensato l'esecuzione del dosaggio del BNP o del NTproBNP nel follow-up a breve termine, potrebbe risultare unico ausilio clinico/strumentale avvalorante il recuperato compenso emodinamico.

La valutazione della consapevolezza nei pazienti con Alzheimer

S. Fascendini, E. Chitò, M. Sala, A. Micheli, P. Tiraboschi, C.A. Defanti

Fondazione Europea di Ricerca Biomedica Centro Alzheimer, Ospedale "Briolini", Gazzaniga (BG)

Scopo. I deficit di consapevolezza sono frequenti in tutte le demenze, ma sono stati studiati soprattutto nella malattia di Alzheimer, dove sono presenti in circa il 70% dei pazienti sin dall'esordio della patologia. Dati analoghi sono stati ottenuti anche per l'MCI, al punto di mettere in discussione i criteri diagnostici inerenti il deficit soggettivo di memoria.
Le ricerche sin qui condotte tendono a dimostrare che la consapevolezza per lo più è conservata nelle fasi iniziali dell'Alzheimer, mentre è generalmente assente nelle fasi avanzate ed è variabilmente compromessa nelle fasi intermedie.
Obiettivi dello studio. Valutare la prevalenza della consapevolezza al momento della diagnosi e/o del ricovero temporaneo; valutare la correlazione tra consapevolezza e gravità del deterioramento cognitivo, depressione, disturbi comportamentali, stress del *caregiver*; valutare la correlazione tra consapevolezza dei deficit e delle corrispondenti funzioni neuropsicologiche testate (memoria, linguaggio, funzioni esecutive); valutare la discrepanza tra la depressione riferita dal soggetto e quella percepita dal *caregiver*.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 62 pazienti (41 donne e 21 uomini) con una diagnosi di Alzheimer lieve-moderato (MMSE ≥ 16) e relativi *caregivers*. I pazienti erano afferenti all'ambulatorio UVA o ricoverati presso il nostro Centro Alzheimer. L'età media è risultata di 79 anni (*range* 64-91, DS = 6) e il deterioramento cognitivo medio indicato dal MMSE è 21 (DS = 3,36, *range* 15,4-27,9). La durata media di malattia è superiore a 2 anni e mezzo (DS = 1,9). La scolarità media è di 6 anni (DS = 2,66). Si è verificato il *drop-out* di 3 soggetti; uno di questi è stato incluso comunque nello studio. Ogni soggetto partecipante ha espresso il proprio consenso informato.
Sono state utilizzate le seguenti scale: CIR (*Clinical Insight Rating*, 1997): motivo della visita, deficit cognitivi, funzionali, progressione di malattia; un set di domande generali sulla consapevolezza di malattia, intese a formulare un Indice generale di consapevolezza basato sul giudizio clinico con punteggi pari a 0 = consapevole; 1 = parzialmente consapevole; 2 = non consapevole; QID (Questionario sull'Identificazione dei Deficit, esplorante la memoria, il linguaggio, le attività strumentali, le funzioni esecutive e l'emotività, modificato da Smyth et al., 2002) con punteggio globale variabile da 0 (assenza di deficit) a 52 (massima compromissione).
È stata poi somministrata a tutti i pazienti una batteria comprendente alcuni test globali (MMSE, *Clinical Dementia Rating*, FAB) e alcuni test specifici di memoria, linguaggio, attenzione. Sono stati inoltre somministrati il NPI, il CBI e la GDS (*Geriatric Depression Scale*).
Risultati. Dal confronto tra i QID somministrati ai pazienti (M = 13,19; DS = 8,24) e quelli compilati con i *caregiver* (M = 26,66; DS = 8,69) emerge che solo in 3 casi su 60 i pazienti riferiscono maggiori deficit di quelli osservati dal *caregiver*; 2 casi ottengono un punteggio equivalente, a indicare che sia il paziente che il *caregiver* individuano la stessa quota di deficit. La correlazione tra QIDpz e QIDcg è risultata di grado moderato (r = 0,45 p = 0,0003) e riflette la sottostima costante dei propri deficit da parte dei pazienti. Vi è una associazione inversa (significativa, ma non propriamente robusta) tra gravità della demenza e consapevolezza del paziente della propria malattia. In contrasto con precedenti lavori, l'inconsapevolezza del paziente della propria malattia (CIR) non risulta correlata a performances deficitarie a test

o strumenti che esplorano l'integrità delle funzioni esecutive, mentre esiste una debole correlazione con la "memoria episodica". Dal confronto tra le GDS somministrate ai pazienti e quelle compilate con i *caregiver* emerge che nella maggioranza dei casi i *caregiver* vedono i loro congiunti più depressi di quanto non si sentano i pazienti. Vi è un'associazione positiva e significativa tra percezione del deficit da parte del *caregiver* (QID *caregiver*) e gravità dei disturbi comportamentali. Vi è una robusta associazione tra percezione del deficit da parte del *caregiver* (QID *caregiver*) e il suo disagio psicologico e fisico. Per quanto riguarda il giudizio clinico di consapevolezza, in 21 casi su 62 il paziente non è consapevole di ciò che sta accadendo, di avere una malattia e del decorso che seguirà; in 22 casi è parzialmente consapevole, in 11 soggetti la consapevolezza sembra conservata.

Conclusione. È stata confermata una marcata discrepanza fra i due QID, prevalentemente (ma non esclusivamente) nel senso di una consapevolezza peggiore nel giudizio del *caregiver* rispetto a quello del paziente (QIDc > QIDp) e un rapporto inverso tra consapevolezza (CIR) e gravità di malattia. Sono state rilevate discrepanze fra il punteggio alla scala di depressione GDS ottenuto dal paziente e dal *caregiver*. Si è evidenziata una debole associazione tra consapevolezza e memoria episodica, non invece con le funzioni esecutive, contrariamente ai dati di letteratura.

Bibliografia

Smyth KA, Neundorfer MM, Koss E, Geldmacher DS, Ogrocki PK, Whitehouse PJ. *Quality of life and deficit identification in dementia.* Dementia 2000;1:345-358.

L'esercizio fisico moderato modula positivamente la morfologia delle sinapsi di topi vecchi

P. Fattoretti, M. Balietti, B. Giorgetti, M. Malatesta[1], C. Zancanaro[1], R. Mariotti[1], F. Lattanzio[2], C. Bertoni-Freddari

Centro Neurobiologia dell'Invecchiamento, INRCA, Ancona; [1] Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche, Università di Verona; [2] Direzione Scientifica INRCA, Ancona

Scopo. Studi compiuti sull'uomo ed animali di laboratorio hanno ampiamente dimostrato che l'esercizio fisico ha effetti positivi sulla salute riducendo fattori di rischio come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari che sono causa di disfunzioni cerebrali e malattie neurodegenerative, inoltre determina miglioramento dell'apprendimento e memoria e ritarda il declino cognitivo età-dipendente [1-4]. Poiché ancora non sono stati chiariti i meccanismi che determinano l'effetto benefico dell'esercizio fisico sull'attività neuronale e le funzioni cerebrali e tenendo presente che il cervello mantiene una sua plasticità anche in tarda età, nel presente lavoro abbiamo analizzato le possibili modificazioni strutturali prodotte da esercizio fisico moderato (EFM) in cervello di topi anziani.

Materiali e metodi. Per il presente studio sono stati utilizzati topi Balb/c maschi adulti (12 mesi) e vecchi (27 mesi). Un mese prima del sacrificio, gli animali vecchi sono stati divisi in due gruppi: vecchi di controllo e vecchi-EFM che venivano fatti correre su un tapis roulant ad una velocità di 8 m/min per 30 minuti al giorno per 5 giorni alla settimana. Al termine del periodo di allenamento tutti gli animali sono stati sacrificati e gli ippocampi sinistri sezionati e processati secondo la tecnica preferenziale dell'acido fosfotungstico in soluzione alcolica per evidenziare le strutture sinaptiche. Nello strato molecolare delle cellule CA1 (SM CA1) sono stati analizzati i seguenti parametri morfologici indicativi di plasticità sinaptica: densità numerica (Nv: numero di sinapsi per micron cubo di tessuto), densità di superficie (Sv: area totale delle zone di giunzione sinaptica per micron cubo di tessuto) e area media delle sinapsi (S) [5].

Risultati. Nei topi vecchi rispetto ai giovani, i valori di Nv e Sv sono risultati significativamente diminuiti (-30% e -19%, rispettivamente) mentre S è aumentato (+17%) anche se non in modo significativo. Il confronto tra gli animali anziani-EFM con i pari età di controllo ha messo in evidenza un aumento non significativo di Nv (+22%), un incremento significativo di Sv (+30%), mentre il valore di S rimane invariato.

Conclusione. I meccanismi molecolari e cellulari attivati dall'esercizio fisico sono ancora oggetto di studio, tuttavia è stato dimostrato che l'attività fisica è associata con un aumento del consumo di ossigeno e, di conseguenza, produzione di radicali liberi [6 7]. Sebbene l'induzione di questi effetti dannosi avvenga anche durante l'EFM, i bassi livelli di stress prodotti da questo tipo di esercizio sembrano avere un'azione ormetica che determina una sostanziale riduzione della vulnerabilità all'invecchiamento di un determinato organo e/o sistema. I parametri morfometrici sopra descritti riflettono i continui riarrangiamenti dell'ultrastruttura sinaptica come reazione positiva agli stimoli benefici provocati dall'EFM che può modulare in modo positivo la potenziale plasticità dell'ippocampo di animali vecchi contribuendo alla possibile riorganizzazione funzionale del cervello senile.

Bibliografia

1 Friedland RP, Fritsch T, Smyth KA, Koss E, Lerner AJ, Chen CH, et al. *Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with helthy control-group members*. Proc Natl Acad Sci USA 2001;98:3440-5.

2 Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. *Physical activity and risk of cognitive impairment and dementis in elderly persons*. Arch Neurol 2001;58:498-504.

3 Smith AD, Zigmond MJ. *Can the brain be protected through exercise? Lessons from an animal model of parkinsonism*. Exp Neurol 2003;184:31-9.

4 Dishman RK, Washburn RA, Heath GW. *Physical activity epidemiology*. Champaign I.L.: Human Kinetics 2004.

5 Bertoni-Freddari C, Fattoretti P, Paoloni R, Caselli U, Galeazzi L, Meier-Ruge W. *Synaptic structural dynamics and aging*. Gerontology 1996;42:170-80.

6 Shing CM, Peake JM, Ahern SM, Strobel NA, Wilson G, Jenkins DG, et al. *The effect of consecutive days of exercise on markers of oxidative stress*. Appl Physiol Nutr Metab 2007;32:677-85.

7 Bailey DM, Lawrenson L, McEneny J, Young IS, James PE, Jackson SK, et al. *Electron paramagnetic spectroscopic evidence of exercise-induced free radical accumulation in human skeletal muscle*. Free Rad Res 2007;41:182-90.

La diagnosi delle comorbilità cardiovascolari nell'anziano affetto da decadimento cognitivo

A. Favalli, A. Marengoni, G. Sennino, F. Bonetti, S. Casella, S. Cossi, G. Romanelli

U.O. Geriatria, Spedali Civili, Brescia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Brescia

Scopo. A causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'associazione delle malattie croniche con l'avanzare dell'età, la comorbilità – la presenza di malattie aggiunte ad una malattia indice – è il quadro clinico più frequentemente riscontrato nell'anziano ricoverato in divisioni per acuti. La gestione di questo paziente è difficile di per sé, ma quando è affetto anche da demenza il processo decisionale diagnostico-terapeutico diventa ancora più difficile.

Lo scopo di questo studio era valutare la prevalenza delle comorbilità cardiovascolari in anziani ospedalizzati e l'analisi delle procedure diagnostiche eseguite per accertare tali comorbilità in relazione alla diagnosi di demenza.

Materiali e metodi. I dati relativi a 667 pazienti (> 65 anni) ricoverati nell'U.O. di Geriatria degli Spedali Civili di Brescia durante il 2007 sono stati retrospettivamente analizzati. Lo stato di salute è stato valutato con l'indice di Charlson, e con il numero di malattie. L'ipertensione, lo scompenso cardiaco, le aritmie e la malattia ischemica coronarica sono state valutate come comorbilità cardiovascolari. Le procedure diagnostiche utilizzate per identificare le comorbilità cardiovascolari sono state: ecografia addominale, ecocardiogramma, ecostress con dobutamina, test da sforzo al cicloergometro, holter pressorio 24-ore, ECG-Holter e coronarografia. Sono stati inoltre valutati: lo stato funzionale con la scala *Activities of Daily Living* (ADL), lo stato cognitivo con il *Mini Mental State Examination* (MMSE), e lo stato affettivo con la *Geriatric Depression Scale* (GDS).

Risultati. Dopo l'esclusione dei pazienti con dati mancanti, 554 pazienti sono stati inclusi nello studio, di cui 230 affetti da demenza. L'età media era 81 anni e il 70% erano donne. Il 72% del campione era affetto da ipertensione arteriosa, il 25% da fibrillazione atriale o altre aritmie, il 21% da scompenso cardiaco e il 10% da malattia ischemica coronarica. I pazienti affetti da demenza erano più anziani, con un indice di Charlson e un nu-

mero di patologie più elevati, più disabili e depressi in percentuale maggiore rispetto ai pazienti cognitivamente integri. La prevalenza delle singole malattie cardiovascolari è risultata simile nei due gruppi di pazienti con l'eccezione dell'ipertensione arteriosa che era meno frequente nei pazienti con demenza (67,0 *vs.* 76,2%, $p < 0,001$). L'analisi delle procedure diagnostiche utilizzate per indagare le comorbilità cardiovascolari ha messo in luce che la proporzione dei pazienti che sono stati sottoposti ad almeno una indagine diagnostica per ogni patologia cardiovascolare non differiva nei due gruppi. Quando abbiamo analizzato le singole procedure diagnostiche sono emerse poche differenze fra i due gruppi: dei pazienti con demenza una percentuale inferiore rispetto a quelli cognitivamente integri è stata sottoposta a esame Holter (18,6 *vs.* 36,4, $p < 0,02$) e a ecocardiogramma (11,9 *vs.* 33,8, $p < 0,003$) in caso di aritmie. In modelli di regressione logistica multivariata, la demenza non si associava più in modo significativo ad una minor esecuzione di tali esami dopo aver aggiustato il modello per caratteristiche sociodemografiche, giorni di degenza e numero di malattie.

Conclusione. Gli anziani affetti da demenza e ricoverati in un reparto per acuti presentano una comorbilità complessiva più grave rispetto a quella dei pazienti cognitivamente integri. Tuttavia la prevalenza di comorbilità cardiovascolare è risultata simile nei due gruppi di pazienti così come la prescrizione delle procedure diagnostiche atte ad accertare tali comorbilità. La prevalenza della comorbilità negli anziani affetti da demenza è stata oggetto di controversie in passato, ma sembra ora accettato che gli anziani affetti da demenza abbiano un numero simile se non maggiore di malattie comorbide rispetto a coloro che non hanno diagnosi di demenza [1]. Tuttavia, studi precedenti hanno mostrato che i pazienti con demenza hanno una probabilità inferiore di ricevere un trattamento ottimale alla dimissione ospedaliera rispetto ai loro coetanei cognitivamente integri [2]. Nel nostro studio non sono emerse differenze nel percorso diagnostico in base alla diagnosi di demenza.

Il processo decisionale diagnostico-terapeutico di malattie acute nell'anziano affetto da demenza è particolarmente difficile in quanto deve tenere conto di diversi aspetti: la capacità del paziente di prendere decisioni sul suo stato di salute, il rapporto rischio-beneficio, la *compliance* del paziente agli esami prescritti e alle scelte terapeutiche e la disponibilità dei *caregivers*.

Bibliografia

1 Shubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, Carney CP, Fox C, et al. *Comorbidity Profile of Dementia Patients in Primary Care: Are They Sicker?* J Am Geriatr Soc 2006;54:104-9.

2 Sloan FA, Trogdon JG, Curtis LH, Schulman KA. *The Effect of Dementia on Outcomes and Process of Care for Medicare Beneficiaries Admitted with Acute Myocardial Infarction*. J Am Geriatr Soc 2004;52:173-81.

Iperomocisteinemia e infarti cerebrali silenti: risultati preliminari su una popolazione di anziani

F.T. Feliziani, M. Ricci[1], M. Magarelli[1], L. Reggiani[2], E. Calandriello[1], C. Di Giulio[2], R. Stasi[3], R.G. Tramutoli[1], P. Mecocci

Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia; [1] Struttura Complessa di Neurologia e Neurofisiologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale, Roma; [2] Struttura Complessa di Medicina di Laboratorio, Dipartimento di Diagnostica, Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale, Roma; [3] Struttura Complessa di Oncologia ed Ematologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale, Roma

Scopo. Alti livelli di omocisteina costituiscono un fattore di rischio cardio- e cerebro-vascolare. Gli infarti cerebrali silenti (SBI) sono un riscontro comune alla RMN encefalo nella popolazione anziana e recenti studi hanno dimostrato che aumentano il rischio di declino cognitivo. Alti livelli di omocisteina si associano positivamente agli SBI.

Materiali e metodi. Abbiamo arruolato 195 pazienti consecutivi (77 maschi e 118 femmine), afferiti alla nostra struttura tra ottobre 2007 e aprile 2008. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a RMN e/o TC encefalo, esame neurologico e neuropsicologico, prelievo ematico con dosaggi dell'omocisteina, vitamina B12 e folati. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi (pts con omocisteina ≤ 15 µmol/l e pazienti con un livello di omocisteina > 15 µmol/l).

Risultati. I soggetti con iperomocisteinemia sono risultati statisticamente più anziani rispetto a quelli con un livello di omocisteina ≤ a 15 µmol/l, non sono evidenti differenze significative dei dosaggi di B12 e folati fra i due gruppi. Le comorbilità riscontrate nel nostro gruppo di pazienti sono state: SBI, ipertensione arteriosa, dislipidemia, disturbi cardiovascolari, declino cognitivo. I pazienti con SBI presentano un livello di omocisteina significativamente più elevato (18,94 µmol/l, $f_{(1,189)} = 5,56$; $p < 0,02$), rispetto ai pazienti che non presentano SBI. Non si sono osservate differenze significative nei livelli di omocisteina fra i pazienti che presentavano ipertensione *vs.* chi non presentavano ipertensione, fra quelli che presentavano dislipidemia *vs.* chi non presentava dislipidemia, fra quelli che presentavano disturbi cardiovascolari *vs.* quelli che non presentavano disturbi cardiovascolari, fra quelli che presentavano declino cognitivo *vs.* quelli che non presentavano declino cognitivo. Rendendo i due gruppi omogenei per la variabile età, l'analisi della regressione rivela che i pazienti con livelli alti di omocisteina hanno un rischio che è tre volte superiore di sviluppare SBI rispetto a quelli che hanno un livello di omocisteina normale (*odds ratio* = 3, $p = 0,03$); non sono emerse altre relazioni significative.

Conclusione. I livelli di omocisteina aumentano con l'età e livelli statisticamente alti di omocisteina si sono osservati in pazienti con SBI. I nostri risultati preliminari dimostrano che, controllando le variabili per l'età, l'iperomocisteinemia è associata ad un rischio statisticamente significativo di sviluppare SBI.

Correlazione tra rischio di cadute e utilizzo di neurolettici in pazienti istituzionalizzati

M. Ferlisi, A. Lo Bue, G. Belvedere, A. Giunta, V. Brucato, G. Taormina, C. Arizzi, V. Picciolo, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Premessa. L'uso di farmaci neurolettici è da tempo considerato un fattore di rischio importante per il rischio di cadute in pazienti anziani; a questa categoria di farmaci si aggiungono anche le benzodiazepine ed altri cosiddetti tranquillanti minori.

Scopo. Lo scopo di questo studio è valutare il rischio cadute in pazienti trattati con neurolettici residenti in una casa riposo.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati 20 pazienti per potere effettuare uno studio caso-controllo, con età maggiore di 80 anni (*range* 81-88, media 86,5), ricoverati in una Casa di Riposo della Provincia di Palermo. 13 pazienti erano in terapia con neurolettici e 7 con farmaci convenzionali.

Tutti i pazienti selezionati sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale per valutare le capacità funzionali residue (ADL e IADL), lo stato affettivo (GDS), la comorbilità e la valutazione delle funzioni cognitive.

	In trattamento con neurolettici	Farmaci convenzionali
Uomini		
8	5	3
Donne		
12	8	4

Questi pazienti sono stati seguiti dal gennaio 2006 al gennaio 2007; durante tale periodo due dei pazienti selezionati sono stati ospedalizzati, un paziente per frattura femore e un paziente per trauma cranico.

I due pazienti ospedalizzati facevano parte del gruppo in trattamento con neurolettici, mentre tra i controlli vi è stata una percentuale di cadute molto bassa, che non ha richiesto l'ospedalizzazione.

Risultati. Si è valutato che la prevalenza di farmaci usati sia stata intorno al 65% tra i casi ed intorno ai 35% tra i controlli, tra questi il farmaco più usato è stato l'aloperidolo.

Conclusioni. Tali dati suggeriscono l'associazione tra l'utilizzo di farmaci neurolettici su pazienti anziani con seri disturbi cognitivi ed l'aumentato rischio di cadute

Bibliografia

1 Cumming RG, Le Couter DG. *Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people*. 2003.

2 Mecocci, Cherubini, Senin. *Invecchimento cerebrale, declino cognitivo, demenza, un continuum*. 2003

La palestra cognitiva: esperienza di due anni presso il Centro "Rindola" di Vicenza

A. Ferrari[1 2], A. Peruzzi[1 2], D. Gollin [2], F. Cozzi[1], E. Talassi[2], C. Ruaro[2], M. Ferrari[1], C. Gabelli[2]

[1] Cooperativa Sociale "Linte", Vicenza; [2] Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), Azienda Ospedaliera, Università di Padova

Scopo della ricerca. Evidenze scientifiche sempre più numerose attribuiscono alla stimolazione cognitiva e sociale un ruolo positivo sia nel prevenire sia nel ritardare l'insorgenza di patologie legate al declino cognitivo; nell'anziano sano training cognitivi specifici riducono il declino delle abilità mentali; nei malati di Alzheimer (AD) interventi non farmacologici sono in grado di rallentare il declino con un'efficacia almeno comparabile a quella dei farmaci attualmente in uso. La Cooperativa Sociale "Linte", in collaborazione con il Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), grazie ad un'innovativa esperienza implementata sul territorio, ha inteso valutare le potenzialità relative alla prevenzione primaria e secondaria sul declino cognitivo e sulla qualità della vita nella popolazione anziana in seguito ad un percorso continuativo di stimolazione cognitiva, creativa e sociale.

Materiali e metodi. La Cooperativa Sociale "Linte" nel settembre del 2006 ha dato vita al Centro per la terza età "Rindola", un centro per la stimolazione cognitiva, creativa e sociale della persona anziana. Presso il centro si effettuano programmi di stimolazione cognitiva per anziani sani che desiderano dedicare del tempo ad attività mirate al benessere della mente. Inoltre, viene offerto un programma di stimolazione sociale, cognitiva ed educativo-espressiva a persone affette da disturbi cognitivi di grado lieve e lieve-moderato che ancora non presentano disturbi comportamentali e motori importanti. Per realizzare ciò, il Centro si avvale di un programma che prevede sedute di stimolazione con metodiche che s'ispirano alla *Reality Orientation Therapy* (ROT), alla Terapia della Reminiscenza, alla *Validation Therapy* ed alla metodologia della Rimotivazione; sedute di Arteterapia, Musicoterapia ed attività motorie. Le sedute sono articolate in modo da ottenere un percorso in grado di garantire uniformità, continuità e sinergia fra le attività di volta in volta proposte. "La persona" è il centro del processo di cura con particolare riguardo all'aspetto relazionale e affettivo. Le attività proposte hanno come finalità il mantenimento ed il miglioramento delle prestazioni cognitive, funzionali e del tono dell'umore ed il potenziamento di un'integrazione sociale positiva. Gli utenti hanno la possibilità di effettuare due o tre sedute la settimana di due ore ciascuna. Accanto all'attività con i soggetti anziani, vengono attivati percorsi volti ad assicurare un valido supporto alle famiglie. L'andamento delle attività è monitorato ogni sei mesi mediante la somministrazione di test utili a valutare gli aspetti cognitivi: *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Alzheimer Disease Assessment Scale* (Adas-cog), *Clock Drawing Test*; le performance funzionali: *Physical Performance Test* (PPT); la qualità di vita percepita: *Short Form Health Survey* (SF-12). A due anni dall'apertura del Centro si rileva che la motivazione a prendere parte ad attività di stimolazione cognitiva è più sentita e costante nei soggetti con pregressa diagnosi di Malattia di Alzheimer lieve. Mentre l'anziano sano risulta meno sensibilizzato ad intraprendere attività di prevenzione del declino cognitivo.

Risultati. Su un totale di 15 utenti, si è effettuata l'analisi dei dati su 10 soggetti (2 maschi e 8 femmine) affetti da Malattia di Alzheimer lieve che hanno frequentato il Centro per almeno 18 mesi. Dallo studio sono stati esclusi due pazienti affetti da sindrome depressiva, mentre tre soggetti hanno dovuto abbandonare l'attività: 1 decesso, 1 complicanze a carico dell'apparato respiratorio, 1 mancanza di supporto da parte della famiglia. Globalmente non si sono verificate defezioni. L'età media del campione preso in esame è di 77,9 ± 5,6 e la scolarità media è di 9,3 ± 4 anni. Alla valutazione iniziale i soggetti presentano un MMSE pari a 23,5 ± 2,7, ADAS-cog di 17 ± 3,5, *Clock Test* di 13,5 ± 3,6; di 19,7 ± 3,9; indice fisico alla SF-12 di 48,93 ± 9,9, indice mentale alla SF-12 di 43,28 ± 9,6. Dopo 18 mesi di trattamento i soggetti presentano un MMSE di 23,87 ± 2,7; ADAS-cog di 15,38 ± 2,6; *Clock Test* di 15,5 ± 3,8; PPt di 20,4 ± 4; indice fisico alla SF-12 di 53,07 ± 3,5, indice mentale alla SF-12 di 43,32 ± 10,4. Il confronto tra le performance iniziali e quelle effettuate dopo 18 mesi di terapia risulta statisticamente non significativo deponendo per una sostanziale stabilizzazione delle diverse abilità.

Conclusioni. Il campione di soggetti affetti da AD lieve che frequentano il centro da un anno e mezzo mantiene performance cognitive e funzionali sostanzialmente stabili. La percezione soggettiva del benessere fisico e mentale rimane invariata. Tuttavia, nei pazienti oggetto dello studio si osserva una maggiore consapevolezza dei propri limiti e delle proprie risorse con ricadute positive sulla capacità di affrontare la malattia in modo qualitativamente diverso. I soggetti presi in esame seguono una terapia farmacologia stabilizzata, ciò rende difficile discriminare gli effetti del percorso di stimolazione da quelli del farmaco. In definitiva, i soggetti che hanno seguito il programma attuato presso il Centro "Rindola" associato alla terapia farmacologica rimangono stabili nei 18 mesi di trattamento. I risultati dello studio sottolineano l'importanza di implementare anche sul territorio tecniche di tipo psico-sociale da affiancare alla terapia farmacologia al fine di prevenire o rallentare il declino cognitivo e valorizzare l'identità e favorire l'autonomia della persona anziana.

Si rileva inoltre che in generale la popolazione anziana, non affetta da disturbi della memoria, non avverte il bisogno investire in attività di stimolazione cognitiva tanto da giustificare la frequenza continuativa presso il Centro.

Correlazione fra demenza di Alzheimer e comorbilità

D. Ferrari, S. Fiorillo, A.M. Renda, G. Battaglia

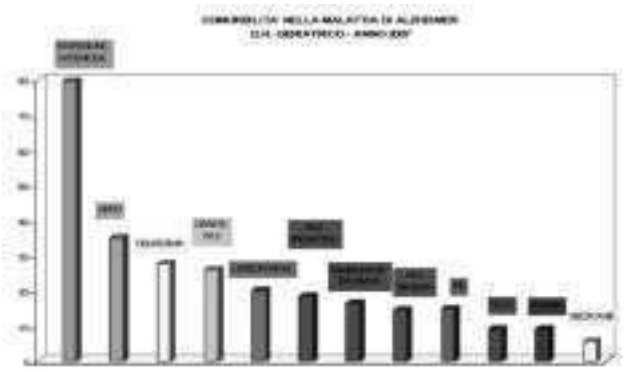
D.H. Geriatrico, P.O. Soriano Calabro, ASP di Vibo Valentia

Premessa. La prevalenza di Alzheimer è maggiore nell'età avanzata, periodo in cui spesso sono presenti più patologie (comorbilità). Demenza e comorbilità sono importanti fattori di rischio indipendenti di mortalità e disabilità. Tuttavia esistono dati discordanti rispetto alla loro effettiva interazione e all'influenza esercitata in corso di un'ospedalizzazione.

Scopo dello studio. Valutare quali sono le patologie che di solito si associano alla AD e la loro eventuale correlazione con i fattori di rischio cardio-vascolari, che sono alla base del danno d'organo, che determina la demenza vascolare.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati tutti i pazienti afferiti alla nostra U.O. cui è stata fatta diagnosi di AD, secondo i criteri NINES-ARDA. È stata calcolata la comorbilità, utilizzando la CIRS, privata dall'*item* psichiatrico.

Risultati.



Conclusioni. Tra le patologie più frequenti nei pazienti con AD troviamo l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie e il diabete mellito, i classici fattori di rischio, che sono alla base delle patologie cerebro-cardio-vascolari. Questo dimostra quanto sfumato sia il confine fra AD e VD. In effetti pur trattandosi di patologie diverse dal punto di vista anatomo-patologico, i fattori etiologici sono spesso comuni.

Percezione dello stato di salute, velocità del cammino e mortalità in soggetti anziani

A. Ferrini, M. Cesari[1], M. Pahor[1], E. Marzetti[1], V. Zamboni, G. Colloca, M. Tosato, R. Bernabei, K. Markides[2]

Department of Gerontology, Geriatrics and Physiatry, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia; [1] Department of Aging and Geriatric Research, University of Florida, Institute on Aging, Gainesville, FL, USA; [2] Department of Preventive Medicine and Community Health, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX, USA

Scopo. Lo stato di salute percepito (*Self-reported health status*) e le misure di performance fisica (in particolare, la velocità del cammino) sono considerati importanti fattori predittivi di eventi clinici. La possibile relazione tra lo stato di salute percepito e performance fisica nel predire *outcome* di particolare rilevanza clinica non è mai stata attentamente esplorata in letteratura. Obiettivo di questo lavoro è quello di esplorare il valore predittivo per la mortalità dello stato di salute percepito e della performance fisica (separatamente ed in combinazione) in soggetti anziani.

Materiali e metodi. I dati utilizzati nel presente lavoro prendono in considerazione 2,139 soggetti anziani ultrassessantacinquenni arruolati nello studio *Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly* (Hispanic EPESE). Scopo primario dello studio Hispanic EPESE è quello di valutare le condizioni clinico-fisiche principali nella popolazione ispanica residente in cinque stati del sud-ovest degli Stati Uniti d'America (Arizona, California, Colorado, New Mexico e Texas) e confrontarle con quelle osservate in altre popolazioni. I dati qui presentati si basano sulla valutazione occorsa durante la visita *baseline* dello studio. I dati sulla mortalità fanno riferimento ad un periodo di osservazione medio (follow-up) di 5,8 anni. Nel corso della visita iniziale, è stato chiesto ai partecipanti allo studio di rispondere alla domanda "Come valuta in generale il suo stato di salute?". Il partecipante rispondeva a tale quesito indicando una di quattro possibili risposte: pessimo, discreto, buono, eccellente. Veniva, inoltre, somministrato ai partecipanti un test di performance fisica che consisteva nel "camminare avanti e indietro il più veloce possibile e nel modo più comodo e sicuro" lungo un tracciato della lunghezza di 8 piedi (circa 2,4 metri). Per stimare il valore predittivo dello stato di salute percepito e della velocità di cammino (in m/sec) per la mortalità, sono stati eseguiti modelli di rischio proporzionale secondo Cox, disegnate curve *Receiver Operating Characteristic* (ROC) e valutate analisi di specificità/sensibilità dei due test.

Risultati. L'età media della popolazione analizzata era di 72,1 anni. I partecipanti che riportavano uno stato di salute percepito "pessimo" presentavano un più elevato rischio di decesso rispetto a coloro che valutavano come "eccellente" il proprio stato di salute, anche dopo che molteplici potenziali fattori confondenti erano stati inclusi per aggiustare i modelli statistici (HR 1,52, 95% CI 1,10-2,10). Risultati simili si osservavano quando si valutava la velocità del cammino come variabile indipendente di interesse. Infatti, i partecipanti con più bassa velocità del cammino (< 0,29 m/sec) presentavano un rischio di mortalità aumentato del 68% (HR 1,68, 95% CI 1,27-2,24) rispetto al gruppo di controllo (velocità del cammino ≥ 0,81 m/sec). Nonostante la significatività statistica (p = 0,001), una debole correlazione veniva evidenziata fra lo stato di salute percepito e la velocità del cammino (Pearson's r = 0,069). Non è stata riportata nessuna differenza statisticamente significativa fra le *Area Under the Curve* (AUC) ottenute dalle analisi ROC che valutavano il valore predittivo dello stato di salute percepito e della velocità del cammino (singolarmente o in combinazione) per la mortalità. Entrambi i test presentavano una elevata specificità (≥ 80%) nel predire la mortalità.

Conclusione. Lo stato di salute percepito e la velocità del cammino non soltanto sono in grado di predire in maniera significativa ed indipendente la mortalità nella popolazione anziana. Questi due semplici, economici e facili da utilizzare test di *screening* hanno mostrato una forza di associazione con il rischio di mortalità molto simile. Inoltre, il valore prognostico additivo delle due misure è risultato essere limitato. I nostri risultati, oltre a confermare l'importanza di questi test nella valutazione dei soggetti anziani, confermano il valore multidimensionale ed omnicomprensivo delle misure di performance fisica come la velocità del cammino.

Bibliografia

Markides KS, et al. *The health of Mexican American elderly: selected findings from the Hispanic EPESE*. In: Wykle M, Ford A, eds. *Planning services for minority elderly in the 21st century*. New York: Springer 1999, p. 72-90.

Markides KS, et al. *Health status of Hispanic elderly in the United States*. In: Marti LJ, Soldo B, eds. *Racial and ethnic differences in the health of older americans*. Washington, DC: National Academy Press 1997, p. 285-300.

Markides KS. *Hispanic established populations for the epidemiologic studies of the elderly, 1993-1994: [Arizona, California, Colorado, New Mexico, and Texas]*. University of Texas Medical Branch, [ICSR02851-v1]. 1999. Galveston, TX. 2003.

Impatto di un programma di esercizio fisico in una popolazione affetta da malattia di Alzheimer (studio caso-controllo)

G. Filieri, R. Fattore, L.M. Ulizio, A. Russo, D. Fusco, F. Landi

Dipartimento di Gerontologia, Università Cattolica, Roma; RSA Opera "S. Maria della Pace" Fontecchio, L'Aquila

Premessa. Il rischio di demenza senile e in particolare di morbo di Alzheimer può essere ridotto dal 30 al 40 per cento con l'attività fisica; lo dimostra in maniera definitiva uno studio condotto da ricercatori della University of Washington (Ann Intern Med 2006;144:120); per scongiurare la demenza senile è utile fare qualche escursione a piedi in campagna o brevi sessioni di aerobica, ma va bene anche il nuoto e lo stretching: e ancora, gli individui ammalatisi di demenza ricevono beneficio dallo sport in quanto la progressione della loro malattia sembra rallentare; d'altro canto, sono ancora poche le evidenze scientifiche riguardo l'impatto dell'esercizio fisico sulla popolazione già affetta da morbo di Alzheimer e l'organizzazione di attività sportive e di ginnastica rivolte a questo tipo di popolazione.

Scopo della ricerca. L'obiettivo del protocollo di lavoro è quello di valutare l'impatto di un programma di esercizio fisico su una popolazione anziana affetta da malattia di Alzheimer di grado moderato-severo andando a valutare le conseguenze dirette su: area cognitiva, area comportamentale, area farmacologia, forza muscolare, performance fisica, prevenzione della cadute e area laboratoristica (parametri nutrizionali, indici di flogosi, IGF1).

Materiali e metodi. Il progetto ha previsto l'arruolamento di 80 pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado moderato-severo (MMS-E < 15) randomizzati in due gruppi: il primo gruppo di 40 persone, suddiviso in sottogruppi di 5 unità, veniva inserito nel protocollo di esercizio fisico caratterizzato da due incontri settimanali di 40 min per un periodo complessivo di tre mesi, incentrato su esercizi attivi e di rinforzo muscolare finalizzati anche al riconoscimento dello schema corporeo, alla coordinazione ed all'orientamento spazio temporale, il secondo gruppo di controllo ha eseguito un trattamento di attività motoria non programmata.

Gli obiettivi sopraccitati sono stati analizzati nel seguente modo; l'area cognitiva attraverso il *Mini Mental State Examination* (MMS-E), la valutazione neuropsicologica, la *Severe Impairment Battery* (SIB); l'area comportamentale mediante la scheda NPI; la forza muscolare mediante il test dell'*hand grip* e misurazioni antropometriche; la performance fisica attraverso la *Short Physical Performance Battery* e il test del passo per 4 metri; la prevenzione delle cadute mediante la scala di Tinetti; l'area laboratoristica mediante il prelievo di sangue e la separazione mediante centrifuga di plasma e siero.

Le schede di valutazione, i test ed il prelievo venivano eseguiti in diverse fasi della sperimentazione: Fase 0 = *baseline*, Fase 1 = al termine della sperimentazione.

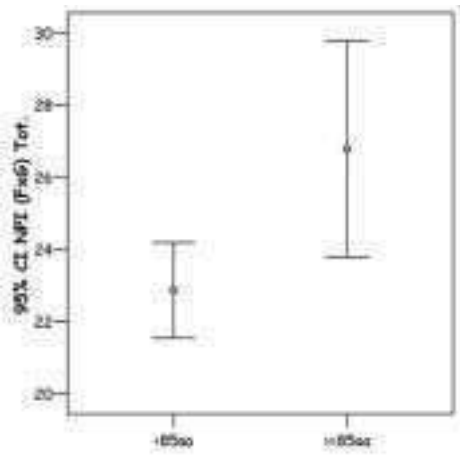
La fase operativa, così come la fase di valutazione e di registrazione dati è stata effettuata dai fisioterapisti, dai terapisti occupazionali e dagli infermieri operanti all'interno della RSA.
Risultati. I risultati dello studio evidenziano nel gruppo dei trattati un miglioramento significativo rispetto ai controlli dell'escursione articolare, della forza muscolare, della performance fisica e dell'equilibrio.
Conclusioni. Il nostro studio suggerisce l'importanza di un protocollo di esercizio fisico per i pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado moderato-severo che determina un impatto immediato sulle prestazioni motorie di tali soggetti. Inoltre, l'attività di esercizio fisico ha comportato anche se difficile da oggettivare ma chiaramente sottolineato dagli operatori un miglioramento nel benessere psicosociale e nel grado di socializzazione degli ospiti.

Disturbi neuropsichiatrici e del comportamento nei soggetti oldest old con demenza

A. Fiore, S. Ercolani, M. Pace, V. Prenni, V. D'Ambrosio, M. Conestabile della Staffa, F. Mangialasche, S. Leonardi, T. Raichi, I. Montecucco, C. Bianchini, F.T. Feliziani, E. Costanzi, U. Senin, P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia

Scopo. La demenza è una malattia cronica caratterizzata da un progressivo e profondo decadimento cognitivo sul quale, con elevata frequenza, si sovrappongono disturbi psichiatrici e comportamentali che modificano notevolmente la prognosi di malattia in quanto si associano ad una maggiore disabilità, ad una riduzione della qualità della vita sia per il paziente che per il *caregiver*, ad un più alto livello di stress per quest'ultimo, ad una precoce istituzionalizzazione ed ad un aumento dei costi diretti per la gestione di tali pazienti. Benché la prevalenza della demenza sia in forte crescita nei soggetti ultraottantacinquenni, in letteratura sono pochi i lavori che hanno studiato le caratteristiche di questa porzione sempre maggiore di soggetti dementi. Con il presente lavoro si intende esaminare il profilo neuropsicologico in un ampio gruppo di "grandi anziani" affetti da demenza.
Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati relativi a 688 soggetti ambulatoriali con diagnosi di demenza di Alzheimer (AD), di demenza vascolare (VaD) o demenza mista degenerativo-vascolare (DM), valutati presso il Centro Invecchiamento Cerebrale e UVA Geriatria di Perugia tra il gennaio 2001 e il maggio 2008. Ciascun paziente è stato accuratamente valutato con gli strumenti della valutazione multidimensionale geriatrica e sottoposto a valutazione neuropsicologica. I disturbi del comportamento sono stati indagati mediante la *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) a 12 *item*. L'analisi è stata condotta stratificando il campione in base all'età in due gruppi: i soggetti sotto 85 anni ("giovani vecchi") e i soggetti con età ≥ 85 anni ("grandi vecchi"), valutando la presenza di differenze statisticamente significative sia nel punteggio totale di frequenza e gravità all'NPI sia nei singoli *item*.
Risultati. Il campione studiato era composto da 578 soggetti con età inferiore a 85 anni (F 66,3%, anni di scolarità 5,0 ± 3,3, MMSE medio 18,0 ± 5,9) di cui 70,4% erano affetti da AD, 9,7% da VaD, 19,9% da DM e 110 soggetti con età maggiore o uguale a 85 anni (F 73,6%, anni di scolarità 3,9 ± 2,9, MMSE medio 16,2 ± 5,9) di cui 70% con AD, il 3,6% con VaD e il 26,4% con DM.
Considerando la presenza/assenza del singolo disturbo, nei soggetti più anziani sono più frequenti i disturbi psicotici (deliri, allucinazioni) e i disturbi della condotta e comportamenti specifici (agitazione, irritabilità, disinibizione, *wandering*, sonno, appetito). Non ci sono invece differenze statisticamente significative nella frequenza dei disturbi affettivi (ansia, depressione, euforia, apatia). Analizzando il punteggio totale di frequenza per gravità del NPI, i grandi vecchi presentano un punteggio medio significativamente maggiore rispetto ai giovani vecchi (grandi vecchi 26,8 ± 15,8, giovani vecchi 22,9 ± 16,1, p = 0,020) e tale differenza si mantiene statisticamente significativa anche correggendo per gravità della demenza. Analizzando il punteggio dei singoli *item*, emerge una differenza significativa nella gravità della attività motoria anomala (p = 0,045).
Conclusione. Nei soggetti più anziani con demenza i disturbi del comportamento sono mediamente più frequenti rispetto ai soggetti dementi più giovani. Tale dato potrebbe anche essere giustificato dalla tendenza a portare i soggetti più anziani all'osservazione dei centri specialistici in virtù della presenza di sintomi prevalentemente non cognitivi.



Associazione fra livelli plasmatici di selenio e livelli circolanti di IGF-1. Risultati dello studio InCHIANTI

I. Fiorino, F. Lauretani[1], M. Maggio, S. Bandinelli[2], R.D. Semba[3], L. Carassale, A. Artoni, M. Benatti, G. Ceresini, S. Morganti, L. Ferrucci[4], G.P. Ceda

Clinica Geriatrica e [1] U.O. di Geriatria, Az. Ospedaliera-Universitaria di Parma; [2] Azienda Sanitaria Firenze; [3] Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD; [4] Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, NIA, Baltimore, Maryland, USA

Scopo. L'invecchiamento è caratterizzato da perdita di forza muscolare capace di indurre un aumento del rischio di cadute, ospedalizzazione, disabilità e mortalità. I meccanismi biologici coinvolti nello sviluppo di sarcopenia (perdita di forza e massa muscolare) non sono completamente chiariti, anche se un aumento dello stress ossidativo sembra giocare un ruolo importante. Infatti con l'età aumenta nel muscolo scheletrico il danno ossidativo al DNA, alle proteine ed ai lipidi determinando una riduzione della funzione muscolare. Il selenio svolge un ruolo essenziale nella funzione muscolare e i selenoenzimi come glutatione-perossidasi e glutatione-reduttasi proteggono i miociti dal danno dei ROS. L'importanza del selenio per una corretta funzione muscolare emerge da alcune osservazioni cliniche: per esempio il deficit di selenio è correlato allo sviluppo di una cardiomiopatia potenzialmente fatale in alcune aree della Cina dove il contenuto di selenio del terreno è molto basso; la nutrizione parenterale prolungata rappresenta un'altra causa di grave deficit di selenio che si associa ad alterazioni muscolari. Inoltre bassi livelli di selenio sono un determinante indipendente di scarsa forza muscolare nel soggetto anziano [1].
È altresì noto che l'*insulin-like growth factor*-1 (IGF-1) è un potente ormone anabolizzante, capace di aumentare le sintesi proteiche a livello muscolare. In alcune recenti osservazioni abbiamo evidenziato una associazione positiva tra IGF-1 e forza muscolare degli arti inferiori. Dal momento che sia selenio sia IGF-1 sono correlati positivamente con i parametri di forza muscolare scopo del nostro studio è stato quello di analizzare l'associazione tra il selenio plasmatico ed i livelli circolanti di IGF-1 nella popolazione anziana dello studio InCHIANTI.
Materiali e metodi. I livelli circolanti di selenio e di IGF-1 sono stati misurati in 951 soggetti di sesso maschile e femminile, arruolati nello studio InCHIANTI, uno studio epidemiologico di popolazione, rappresentativo della popolazione anziana.
Risultati. I livelli medi del selenio circolante erano 0,95 (0,15) µmol/L. In analisi aggiustate per età i livelli plasmatici di selenio e l'apporto calorico globale sono risultati associati positivamente con i livelli di IGF-1, mentre l'apporto di alcol e i parametri di funzionalità epatica sono risultati associati in maniera negativa. Utilizzando modelli di regressione multivariata, dopo

aggiustamento per età, sesso, apporto calorico totale, intake di alcol e parametri di funzionalità epatica, soggetti con bassi livelli di selenio avevano livelli significativamente più bassi di IGF-1 (} ± SD: 36,7 ± 12,2, p = 0,003). Questa associazione rimaneva sostanzialmente invariata anche aggiustando il modello per i parametri di funzionalità tiroidea (TSH, FT4) (} ± SD: 37,7 ± 12,6, p = 0,003).
Conclusione. Bassi livelli di selenio circolante si associano a ridotti livelli circolanti di IGF-1 nella popolazione anziana. Quindi bassi livelli di antiossidanti circolanti sembrano influenzare anche la componente ormonale del soggetto anziano determinando un aumento degli outcome avversi come la riduzione della forza muscolare e lo sviluppo di osteopenia.

Bibliografia

1 Lauretani F, et al. *Association of low plasma selenium concentrations with poor muscle strength in older community-dwelling adults: the InCHIANTI Study.* Am J Clin Nutr 2007;86:347-52.

Omocisteina, vitamina B12, e folati in relazione al rischio di depressione nell'anziano: risultati dal conselice study of brain ageing

P. Forti, E. Rietti, N. Pisacane, A. Lucicesare, V. Olivelli, G. Ravaglia

Università di Bologna, Dipartimento di Medicina Interna, Invecchiamento e Malattie Nefrologiche

Scopo. Vi sono evidenze sperimentali che la patologia neurodegenerativa e vascolare potrebbero entrambe avere un ruolo eziopatogenetico significativo nella depressione dell'età avanzata 1. L'omocisteina è un marcatore di aterosclerosi, un agente neurotossico, ed un indicatore molto sensibile di deficit funzionale di vitamina B12 e folati, a loro volta essenziali per il metabolismo cerebrale 2. Aumento dei livelli circolanti di omocisteina e deficit di vitamina B12 e folati sono frequenti in pazienti anziani con depressione rispetto ai controlli 3. Tuttavia, i risultati degli studi trasversali di popolazione sono estremamente discordanti e mancano quasi completamente gli studi longitudinali. Si è pertanto voluto indagare le relazioni fra depressione e livelli circolanti di omocisteina, vitamina B12, e in una coorte di anziani con quattro anni di follow-up
Materiali e metodi. Nel 1999/2000, la fase trasversale dello studio ha condotto all'identificazione di una coorte di 240 uomini e 217 donne liberi da depressione e demenza. Tutti i soggetti sono stati riesaminati nel 2003/2004. La depressione è stata definita come un punteggio ≥ 10 alla Geriatric Depression Scale oppure come utilizzo di farmaci antidepressivi. Odd ratios (ORs) per il rischio di depressione di nuova insorgenza sono stati stimati per il terzile superiore di omocisteina plasmatica (≥ 11,9 µmol/L per le donne, ≥ 15 µmol/L per gli uomini) confrontati agli altri due terzili considerati come un singolo gruppo di controllo. È stato inoltre indagato l'effetto del deficit di vitamina B12 (definito come livelli sierici ≤ 250 pmol/L) e del deficit di folati (definito come livelli sierici ≤ 12 nmol/L). Tutte le analisi sono state aggiustate per il possibile effetto confondente di variabili demografiche, creatininemia, stato cognitivo e funzionale, comorbidità, e fattori di rischio vascolari.
Risultati. Nelle donne, il terzile superiore di omocisteina plasmatica si associava ad un rischio aumentato di sviluppare una depressione (OR aggiustato = 4,01, 95% CI 1,85-8,69). Tuttavia, nel sottogruppo delle donne deficit combinato di vitamina B12 e folati, il rischio di sviluppare una depressione risultava ridotto rispetto alle donne con livelli vitaminici normali (OR = 0,21, 95% CI = 0,08-0,57). È da notare che le donne con deficit vitaminico combinato avevano anche i livelli più elevati di omocisteinemia ed il maggior numero di uscite dallo studio per sviluppo di demenza. Negli uomini, al contrario, non è stata riscontrata nessuna associazione fra depressione e le variabili in studio.
Conclusione. Nelle donne anziane, ma non negli uomini, l'iperomocisteinemia moderata è un predittore del rischio di depressione. Tuttavia, l'associazione sembra attenuarsi per livelli maggiori di omocisteinemia.

Bibliografia

1 Alexopoulos GS. *The vascular depression hypothesis: 10 years later.* Biol Psychiatry 2006;60:1304-5.

2 Kuo HK, Sorond FA, Chen JH, Hashmi A, Milberg WP, Lipsitz LA. *The role of homocysteine in multisystem age-related problems: a systematic review.* J Gerontol Med Sci 2005;60A:1190-201.

3 Folstein M, Liu T, Peter I, et al. *The homocysteine hypothesis of depression.* Am J Psychiatry 2007;164:861-7.

Sintomatologia dell'esofagite e ulcera peptica nel paziente anziano: uno studio endoscopico prospettico multicentrico

M. Franceschi [1 4], M. Noale[2], A. Pilotto[1], S. Maggi[2], G.C. Parisi[3], G. Crepaldi[2] on behalf of IPOD Project Investigators

[1] Unità Operativa di Geriatra e Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Italy; [2] Sezione Invecchiamento, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Padova, Italy; [3] Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale Generale, Feltre (BL), Italy; [4] Unità Operativa di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Parma, Italy

Scopo. Valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti anziani con diagnosi endoscopica di esofagite (ESO) e ulcera peptica (UP).
Metodi. Abbiamo studiato 649 soggetti anziani (M = 314, F = 335, età media = 71,8 ± 7,0, range = 60-93 anni) sottoposti a esofagogastroduodenoscopia. In tutti i pazienti è stato somministrato l'UGISQUE (Upper GastroIntestinal Symptom Questionnaire for the Elderly), uno strumento validato che include 15 items suddivisi in 5 clusters di sintomi: A) dolore addominale, B) sintomi da reflusso (pirosi, rigurgiti), C) mal digestione (nausea, brontolii, gonfiore, aerofagia), D) emorragia digestiva (ematemesi o melena), e E) altri sintomi non specifici (anoressia, calo di peso; anemia, disfagia, vomito). L'analisi statistica è stata condotta mediante il $\pm^2$ e Fisher test, K index e l'analisi della regressione logistica.
Risultati. All'endoscopia 96 pazienti avevano esofagite (ESO), 142 ernia jatale senza esofagite, 28 ulcera peptica (UP), 66 gastrite erosiva, 151 gastrite non-erosiva, 63 duodenite, e 103 non presentavano lesioni organiche. I pazienti con ESO presentavano una significativa associazione con la presenza di dolore addominale (p = 0,002, sensibilità = 79%, specificità = 41%, accuratezza diagnostica = 59%), sintomi da reflusso (p < 0,0001, sensibilità = 92%, specificità = 46%, accuratezza diagnostica = 68%) e sintomi non-specifici (p = 0,03, sensibilità = 41%, specificità = 76%, accuratezza diagnostica = 58%). I pazienti con UP, mostravano una significativa associazione con l'emorragia digestiva (p = 0,009, sensibilità = 100%, specificità = 81%, accuratezza diagnostica = 81%) e sintomi non-specifici (p < 0,0001, sensibilità = 71%, specificità = 76%, accuratezza diagnostica = 75%). La analisi della regressione logistica ha confermato che l'ESO era significativamente associata con la presenza di sintomi da reflusso (OR = 9,23, 95% CI = 4,1-20,9), mentre l'UP era significativamente associata con la presenza di sintomi non-specifici (OR = 7,98, 95% CI = 2,9-21,9).
Conclusioni. I pazienti anziani con esofagite e ulcera peptica presentano un ampio pattern di sintomi, principalmente sintomi da reflusso nell'esofagite e i sintomi non-specifici nell'ulcera peptica.

Screening della fragilità per la prevenzione della disabilità tramite questionario postale: primi dati da un progetto pilota in alcuni Comuni della Toscana

P. Francesconi, M. Razzanelli, A. Pasqua, S. Bartolacci, A. Salvioni[1], C. Corridori[2]

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze; [1] Azienda USL 10, Firenze; [2] Azienda USL 7, Siena

Scopo. Aumentare l'aspettativa di vita in condizione di autosufficienza rappresenta l'obiettivo primario dei servizi socio-sanitari. L'aumento progressivo della popolazione anziana e il proporzionale aumento degli anziani non autosufficienti richiede che i servizi sviluppino non solo strategie di supporto all'assistenza, ma anche strategie di prevenzione della disabilità finalizzate al controllo del crescente bisogno di risposte sanitarie e sociosanitarie. La letteratura internazionale suggerisce l'efficacia di interventi attivi di preven-

zione, soprattutto se focalizzati su quegli anziani che, per l'età avanzata e per la presenza di comorbilità, possono essere considerati a maggior rischio di disabilità. Scopo del progetto è valutare la fattibilità e i risultati di processo di un intervento di prevenzione secondaria della disabilità progressiva tramite screening della fragilità con questionario postale.

Materiali e metodi. Un semplice questionario postale in grado di selezionare questa popolazione, ideato e validato a Sherbrooke (Canada) 1, è stato tradotto, modificato, e validato sulla popolazione toscana. Il questionario è costituito da 7 semplici domande riguardanti la condizione di solitudine, il numero di farmaci assunti, la vista, la funzionalità motoria, il verificarsi di cadute, i ricoveri, la memoria. Lo studio di validazione, effettuato sulla popolazione di anziani non disabili al baseline arruolati dallo studio InCHIANTI, ha dimostrato che un cut-off maggiore o uguale a 3 item, che identifica come positivi il 23,2% dei soggetti, appare come il miglior compromesso tra sensibilità (71,4%) e specificità (80,4%) nell'identificare anziani non disabili destinati a diventarlo entro 3 anni 2. Tale questionario, nel contesto di un progetto di prevenzione del declino funzionale di anziani ultrasettantacinquenni, viene inviato per posta a tutti gli anziani ultrasettantenni e mai valutati dai servizi, individuati con una strategia di data linkage tra elenchi anagrafici comunali e archivi dei servizi sociosanitari o medico-legali. Nel caso di mancata risposta il paziente viene ricontattato una seconda volta. I questionari rientrati permettono di identificare una sottopopolazione di soggetti a più alto rischio di perdita dell'autosufficienza che viene sottoposta ad una valutazione domiciliare di secondo livello nella quale si verifica il grado di autonomia nelle BADL (Katz), nelle IADL (Lowton), lo stato dell'umore (GDS), la possibile malnutrizione (MNA), il deficit uditivo, la condizione ambientale (MDS HC sezione O) e, in relazione alle aree positive nello screening, la valutazione dell'eleggibilità per l'attività fisica adattata (SPPB), il deficit cognitivo (SPMSQ), il deficit visivo (Tavole di Weiss), la condizione di possibile margine terapeutico rispetto ai farmaci prescritti. In base ai risultati della valutazione si forniscono indicazioni rispetto a servizi o attività di prevenzione attivabili tramite il medico di medicina generale o l'assistente sociale.

Risultati. Ad oggi, su una popolazione target di 4.806 ultrasettantenni residenti al domicilio nella Zona-Distretto Fiorentina Sud-Est, sono stati spediti 1.531 questionari e ne sono rientrati 547 con un tasso di risposta, limitatamente agli anziani ai quali è stato spedito il questionario da oltre 60 giorni, del 64%. Allo screening sono risultati positivi 260 anziani (47,5%) con una percentuale che aumenta con l'età ed è, tra i 70-84enni, più alta nelle donne e, negli ultra85enni, più alta negli uomini. Delle persone positive allo screening, 49 sono state valutate al 2° livello e 6 (13%) sono risultati non autosufficienti in 2 o più BADL. Dei rimanti 43 anziani autosufficienti, 6 (14%) hanno perso l'autosufficienza in 3 o più IADL; 13 (30%) hanno ottenuto un risultato al MNA < 12, risultando quindi a rischio di malnutrizione; 8 soggetti (18,6%) hanno ottenuto un punteggio al SPMSQ superiore a 5, evidenziando la necessità di ulteriori valutazioni dello stato cognitivo; 4 (9%) non leggono oltre la 3° riga della tavola di Weiss, dimostrando la necessità di una visita oculistica; 22 (60%) non percepiscono la voce bisbigliata; 23 (54%) riportano al SPPB un punteggio tra 4 e 8 e sono quindi eleggibili per programmi di AFA.

Conclusione. La metodologia utilizzata, per il buon tasso di risposta e la validità dello strumento di screening, si è dimostrata capace di identificare una parte significativa di anziani ad alto rischio di perdita dell'autosufficienza. La valutazione di secondo livello permette di indirizzare gli anziani fragili identificati verso specifici interventi di prevenzione secondaria della disabilità.

Bibliografia

1 Hébert R, Bravo G, Korner-Bitensky N, et al. *Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline*. Age Ageing 1996;25:159-67.

2 Francesconi P, Pasqua A, Bandinelli S, et al. *Un semplice questionario per l'identificazione degli anziani ad alto rischio di declino funzionale: Studio INCHIANTI*. In: Atti del 52° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Firenze, 28 nov-2dic 2007. Giornale di Gerontologia 2007;55:529.

Confronto delle caratteristiche della pressione arteriosa in due coorti di pazienti anziani – ambulatoriali e ricoverati – studiati sia con sfigmomanometro che ABPM

A. Franchin, V. Giantin, K. Baccaglini, M. Simonato, G. Panzuto, F. Zanatta, G. Grosso, M. Maselli, G. Enzi, E. Manzato

Clinica Geriatrica, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopo. Confrontare la prevalenza di ipertensione, di ipertensione da camice bianco (White Coat Hypertension = WCH) e mascherata (Masked Hypertension = MH) in due coorti di pazienti anziani, ricoverati e ambulatoriali, analizzate utilizzando sia la metodica sfigmomanometrica (SF) che il monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 ore (ABPM).

Materiali e metodi. Sono state confrontate una coorte di 250 pazienti (152 F, 98 M; età media 78,9 ± 6,9 anni, range 65-94) ricoverati presso la Clinica Geriatrica ed un'altra costituita da 100 soggetti in buona salute (78 F e 22 M) di età tra 65 e 79 aa (età media 71,3 ± 3,7 anni) che partecipavano ai corsi di attività motoria per la terza età del Comune di Padova. A ciascuno venivano effettuate misurazioni ripetute della PA e della frequenza cardiaca (FC) in clino- e ortostatismo con SF; veniva quindi posizionato sul braccio non dominante l'ABPM (Takeda TM2430) per il monitoraggio PA delle 24 h. Per la diagnosi di ipertensione sono stati utilizzati i limiti proposti dalle Linee Guida Europee ESH-ESC 2007. Sono stati classificati come normotesi (NT) i soggetti che avevano PA nella norma sia allo SF che allo ABPM, ipertesi (HT) se presentavano ipertensione all'ABPM e allo SF, con ipertensione mascherata (MH) quelli normotesi allo SF e ipertesi all'ABPM, con ipertensione da camice bianco (WCH) quelli ipertesi solo allo SF.

Risultati. Nel gruppo dei 100 soggetti non ricoverati, il 54% risultava iperteso e il 17% normotesi. Con l'uso dell'ABPM si riscontrava inoltre un 13% di ipertesi mascherati e un 16% con WCH (Fig. 1). Nel gruppo dei 250 soggetti ricoverati il 56,4% risultava iperteso e il 19,2% normotesi. I pazienti affetti da ipertensione mascherata erano il 16,8% mentre quelli con WCH il 7,6% (Fig. 2).

Fig. 1. Pazienti ambulatoriali.

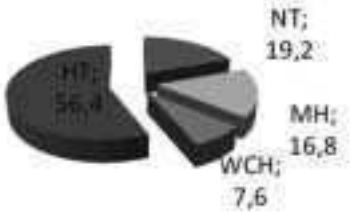


Fig. 2. Pazienti ricoverati.

Tab. I. Pazienti ambulatoriali.	
NT all'anamnesi (n = 58)	
NT = 22,4%	MH = 10,3%
WCH = 17,2%	HT = 50%
HT all'anamnesi (n = 42)	
NT = 9,5%	MH = 16,7%
WCH = 14,3%	HT = 59,5%

Tab. II. Pazienti ricoverati.	
NT all'anamnesi (n = 35)	
NT = 45,7%	MH = 28,6%
WCH = 8,6%	HT = 17,1%
HT all'anamnesi (n = 215)	
NT = 14,9%	MH = 14,9%
WCH = 7,4%	HT = 62,8%

Conclusioni. La prevalenza di HT è pressoché sovrapponibile nei due gruppi di pazienti. L'ipertensione da camice bianco (WCH) nel gruppo di pazienti ricoverati è risultata sovrapponibile al dato di letteratura sia negli HT che NT all'anamnesi, attestandosi intorno al 9%. La WCH risulta tuttavia avere prevalenza maggiore nel gruppo dei pazienti ambulatoriali 16% *vs.* 7,6%. Nella coorte di pazienti ricoverati è risultata maggiore la prevalenza di MH 16,8% *vs.* 13%. L'ABPM ci permette di identificare tra i pazienti riferiti normotesi all'anamnesi un 28,6% di MH nella coorte dei ricoverati *vs.* il 10,3% del gruppo ambulatoriale. Tra i soggetti riferiti ipertesi all'anamnesi la prevalenza di MH è sovrapponibile, anche se lievemente più alta tra gli ambulatoriali: 16,7% *vs.* 14,9%. Tutti questi pazienti con MH hanno un'incidenza di morbidità cardiovascolare (CV) maggiore, paragonabile a quella osservata nell'ipertensione clinica (SF) o ambulatoriale (BjorkLund, 2003; Bobrie, 2004; Pickering, 2008). Solo grazie all'uso dell'ABPM 24h è stato possibile identificare i soggetti MH, che altrimenti sarebbero sfuggiti alla diagnosi e ad un'adeguata terapia. Tra i pazienti ambulatoriali normotesi all'anamnesi l'ABPM ci permette di identificare un maggior numero di HT rispetto a quelli normotesi all'anamnesi appartenenti al gruppo di pazienti ricoverati 50% *vs.* 17,1%. L'uso dell'ABPM ci ha permesso nella pratica clinica di identificare e quindi trattare precocemente soggetti ipertesi che non erano stati diagnosticati come tali, riducendo quindi il rischio di complicanze CV a lungo termine, come apparso in letteratura (Pickering, 2008).

Riduzione dell'insulino-resistenza tramite induzione massiva di macroautofagia nel paziente con sindrome metabolica

U. Franciosi, A. Delrio, P. Odetti, E. Bergamini[1], A. Donati[1], G.L. Viviani

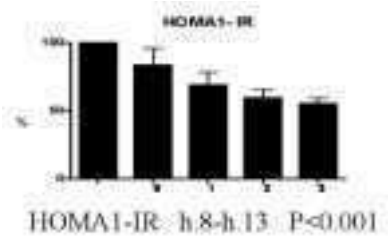
DIMI (Dip. Medicina Interna e Specialità mediche), Università di Genova; [1] Dipartimento di Patologia sperimentale, Università di Pisa

Scopo. La Sindrome Metabolica è una patologia caratterizzata da una costellazione di anomalie tra le quali risulta fondamentale la resistenza cellulare all'azione dell'insulina (o insulino-resistenza), una condizione fortemente associata allo sviluppo clinico del diabete di tipo 2, patologia che costituisce un fattore di invecchiamento precoce [1].

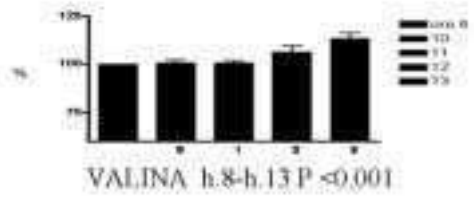
La macroautofagia è un fenomeno cellulare ubiquitario che implica la demolizione e il riciclo di organelli citoplasmatici e di macromolecole danneggiate (quali ad esempio le proteine) e risulta coinvolta nei processi di rinnovamento cellulare e di ritardo dell'invecchiamento sia a livello di singole cellule che dell'intero organismo [2]. Dagli studi su modelli animali l'autofagia tende a diminuire con l'età degli individui. Tale fenomeno può tuttavia essere indotto in modo massivo (soprattutto a livello epatico e muscolare), tramite il digiuno e la somministrazione contemporanea di farmaci anti-lipolitici. Il blocco farmacologico della lipolisi stimola potentemente l'attività proteolitica autofagica, soprattutto a livello epatico, con liberazione di valina nel circolo ematico, che può essere considerata un biomarcatore di autofagia [3]. Il presente studio vuole indagare se l'induzione farmacologia della macroautofagia in pazienti con sindrome metabolica produca o meno (e con quali modalità) una riduzione dell'insulino-resistenza, un miglioramento della sensibilità all'insulina, e possa pertanto costituire una possibile terapia *antiaging*.

Materiali e metodi. Al fine di studiare il rapporto tra la macroautofagia e l'insulino-resistenza in soggetti umani, è stata somministrata una dose orale (500 mg) dell'anti-lipolitico acipimox (Olbetam-Pfitzer) a 11 pazienti di entrambi i sessi con sindrome metabolica (criteri ATP III), di età compresa tra 19 e 64 anni e a digiuno dalla sera precedente. È stata eseguita, per ogni paziente, una serie di prelievi ematici ad intervalli orari (ore 8, 10, 11, 12, 13), raccogliendo campioni di siero e plasma per le successive determinazioni analitiche di: glucosio, insulina, NEFA (test enzimatico) e di 10 amminoacidi: valina, triptofano, istidina, fenilalanina, leucina, tirosina, metionina, prolina, alanina e glicina (metodo HPLC). Per valutare lo stato di insulino-resistenza sono stati calcolati, tramite l'uso di apposito software, i valori degli indicatori matematici di valutazione dell'insulino-resistenza HOMA1 e 2, di comune uso clinico [4]. I dati raccolti, normalizzati, sono stati infine sottoposti ad analisi statistica (ANOVA e Tukey's Test).

Risultati. L'inibizione farmacologia della lipolisi con acipimox accoppiata al digiuno ha evidenziato: a) incremento consistente delle concentrazioni plasmatiche di valina, leucina e fenilalanina e calo della prolina; b) diminuzione significativa dei valori di HOMA1-2 IR con miglioramento significativo della sensibilità insulinica.



HOMA1-IR h.8-h.13 p < 0,001



Valina h.8-h.13 p < 0,001

Conclusioni. Il trattamento anti-lipolitico accoppiato al digiuno, nei soggetti con sindrome metabolica, sembra essere in grado sia di stimolare la macroautofagia cellulare che di provocare una significativa riduzione dell'insulino-resistenza. Questo tipo di trattamento potrebbe pertanto costituire una strategia terapeutica di riduzione dei processi di invecchiamento e di prevenzione del diabete di tipo 2.

Bibliografia

1 Pervanidou P, Kanaka-Gantenbein C, Chrousos GP. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2006;9:589-95.
2 Bergamini E, Cavallini G, Donati A, Gori Z. Int J Biochem Cell Biol 2004;36:2392-404.
3 Donati A. Molec Aspects Med 2006;27:355-470.
4 Levy JC, Matthews D. Diabetes Care 1998;21:2191-2.

Prevenzione delle fratture da fragilità in donne anziane con osteopenia/osteoporosi in trattamento con anastrazolo per ca. mammario precoce

T. Fricia, G. Sergi, S. Lonardi[1], S. Marin, C. Falci[1], S. Monfardini[1], A. Coin, U. Basso[1], E. Perissinotto[2], G. Rinaldi, G. Enzi, E. Manzato

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Clinica Geriatrica, Università di Padova; [1] Istituto Oncologico Veneto, IOV, IRCCS, Padova.; [2] Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Università of Padova

Scopo dello studio. Gli inibitori dell'aromatasi di terza generazione (IA), considerati il trattamento adiuvante preferenziale in donne in post-menopausa con neoplasia mammaria precoce ormono-sensibile, sono associati ad un aumentato rischio di fratture da fragilità [1 2]. Pertanto, nella pratica clinica gli oncologi tendono a limitare l'uso degli IA nelle donne anziane, per il loro più alto rischio di osteoporosi e di frattura dovuto all'età ed alla

post-menopausa. Uno *screening* diagnostico che permette una diagnosi precoce ed un trattamento dell'osteoporosi, potrebbe permettere un uso più sicuro degli IA, anche nelle pazienti ultra 70enni.
Lo scopo di tale studio è quello di valutare la perdita di densità minerale ossea (BMD) e le fratture osteoporotiche in donne anziane con tumore mammario precoce (EBC) trattate sia con anastrazolo che con terapia profilattica per l'osteopenia/osteoporosi mediante *screening* diagnostico per l'osteoporosi.
Materiali e metodi. Sono state arruolate tutte le pazienti di età ≥ 70 anni con carcinoma mammario precoce (EBC) ormono-sensibile che afferivano all'ambulatorio di Oncologia Geriatrica dello IOV di Padova tra maggio 2006 e giugno 2008 a cui venivano prescritti IA in terapia adiuvante. I criteri di esclusione sono stati: precedente terapia per l'osteoporosi; malattie croniche associate che possono interferire con il metabolismo dell'osso. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad una valutazione basale per l'osteoporosi mediante i seguenti esami:

- valutazione della densità minerale ossea (BMD) e del relativo t-score a livello dei 3 siti femorali principali (trocantere, collo e femore totale) e a livello lombare (L2-L4) mediante densitometria a doppio raggio X (DEXA);
- Rx colonna dorso-lombo-sacrale (DLS) con valutazione morfometrica computerizzata dei corpi vertebrali;
- indici bioumorali di metabolismo osseo (calcemia, fosforemia, calciuria e fosfaturia 24 ore, paratormone (PTH), 25OH-D3) e di *turnover* osseo (ALP ossea e DPD/creatinina).

Dopo la valutazione basale le pazienti sono state suddivise in 2 gruppi: gruppo A) pazienti con t-score > -2 a livello lombare e/o del femore totale e senza fratture, a cui è stata data una supplementazione orale di calcio (1000 mg/die) e vit. D3 (800 UI/die); B) pazienti con t-score ≤ -2 a livello lombare e/o del femore totale e/o fratture vertebrali, a cui è stato somministrato risedronato 35 mg/settimana in associazione a calcio e vit. D3.
Tutti gli esami bioumorali e strumentali sono stati ripetuti dopo 1 anno.
Risultati. Sono state arruolate nello studio 46 pazienti (20 del gruppo A e 26 del gruppo B, di cui successivamente 5 sono state escluse dallo studio per sospensione dell'anastrazolo). Presentiamo i dati relativi a 18 pazienti, 8 del gruppo A e 10 del gruppo B, di cui disponiamo dei dati di follow-up ad 1 anno.
In entrambe i gruppi, dopo un anno, tutti gli indici bioumorali non hanno presentato variazioni statisticamente significative ad eccezione di un aumento della 25-OH-D3 (gruppo A: + 35,4 nmol/L ± 29,5, p = 0,032; gruppo B: + 36,5 nmol/L +/- 27,3, p = 0,012).
Nel gruppo A nessun paziente ha mostrato variazioni rilevanti della BMD del collo femorale, femore totale e della colonna lombare, mentre la BMD del trocantere è risultata significativamente ridotta (Σ BMD trocantere: -0,023 ± 0,022, p = 0,01; ΣT-score trocantere: -0,23 ± 0,22; p < 0,01).
Nel gruppo B la BMD di tutti i distretti femorali è rimasta invariata, mentre la BMD lombare era significativamente aumentata (Σ BMD + 0,044 ± 0,045, p = 0,044; ΣT-score: + 0,40 ± 0,41; p = 0,041). in entrambi i gruppi nessuna paziente ha sviluppato fratture vertebrali o di altri distretti durante il periodo l'osservazione.
Conclusioni. Una corretta valutazione e trattamento dell'osteoporosi sembra permettere un utilizzo più sicuro dell'anastrazolo in terapia adiuvante in donne anziane con carcinoma mammario precoce ormono-sensibile (EBC). L'uso associato del risedronato, calcio e vit D3 sembra prevenire gli eventi avversi scheletrici in pazienti con più anziani con più elevato rischio di fratture da fragilità.

Bibliografia

1 Mincey BA, Duh MS, Thomas SK, Moyneur E, Marynchencko M, Boyce SP, et al. *Risk of cancer treatment-associated bone loss and fractures among women with breast cancer receiving aromatase inhibitors.* Clin Breast Cancer 2006;7:127-32.
2 Howell A, Cuzick J, Baum M, Buzdar A, Dowsett M, Forbes JF, et al. ATAC Trialists' Group. *Results of the ATAC (arimidex, tamoxifen, alone or in combination) trial after completion of 5 years' adjuvant treatment for breast cancer.* Lancet 2005;365:60-2.

Il gene dell'alfa-2 macroglobulina, il locus genico dell'oxidized low-density lipoprotein receptor-1 e la malattia di Alzheimer sporadica

V. Frisardi, V. Solfrizzi, A.M. Colacicco, A. D'Introno, C. Capurso[2], P.G. Kehoe[3], D. Seripa[4], A. Pilotto[5], G. Vendemiale[2], A. Capurso, F. Panza

Cattedra di Geriatria, Università di Bari, Bari; [1] Cattedra di Geriatria, Università di Foggia, Foggia; [2] Institute of Clinical Neurosciences, Department of Clinical Science at North Bristol, University of Bristol, Bristol, UK; [3] U.O. di Geriatria, Dipartimento Scienze Mediche, IRCSS "Casa Sollievo della Sofferenza"; [4] Laboratorio di Gerontologia-Geriatria, Dipartimento Scienze Mediche, IRCSS "Casa Sollievo della Sofferenza"

Scopo. Negli ultimi anni, una delle aree del genoma che ha destato notevole interesse nel determinismo della malattia di Alzheimer (AD) sporadica è il cromosoma 12, in cui studi di associazione genetica hanno posto l'attenzione su diversi geni che mappano alcune aree di linkage 1 2. Tra questi loci, il gene dell'alfa-2 macroglobulina (A2M) si è dimostrato essere un buon marker di suscettibilità per la AD. Inoltre sul gene dell'A2M sono stati identificati diversi polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) tra cui il SNP vicino al sito attivo del tioelestere (rs669) che è stato studiato con risultati contraddittori rispetto al rischio di sviluppare la AD. Vicino al locus dell'A2M vi è inoltre il gene dell'oxidized low-density lipoprotein receptor-1 (OLR1), che ha mostrato di poter svolgere un ruolo nell'eziopatogenesi della AD 3. In questo studio, abbiamo esaminato l'associazione del rs669 con la malattia in un campione di pazienti con AD sporadica e in un campione di controllo, valutando altresì la possibilità di linkage disequilibrium (LD) tra i loci genici dell'A2M e dell'ORL1, attraverso l'analisi di due SNP dell'ORL1 (+1073 e +1071).
Materiali e metodi. Un campione di 169 pazienti con AD sporadica e 264 caregiver appaiati per età e sesso afferiti al Centro per lo Studio dell'Invecchiamento Cerebrale dell'Università di Bari, e provenienti dal Sud Italia, sono stati genotipizzati per il SNP rs669 dell'A2M, per il polimorfismo dell'apolipoproteina E (APOE) e per gli SNP (+1073 e +1071) del gene dell'OLR1 presenti sul cromosoma 12. Il gruppo di pazienti con AD è stato ulteriormente suddiviso in base all'età d'insorgenza della malattia utilizzando come cut-off l'età di 70 anni per discriminare la AD ad insorgenza precoce o tardiva. L'età di insorgenza dei sintomi è stata stimata attraverso interviste semi-strutturate rivolte ai caregiver dei pazienti. La diagnosi clinica di AD probabile è stata posta in accordo con i criteri del NINCDS-ADRDA.
Risultati. Le frequenze alleliche e genotipiche dell'A2M sono risultate essere simili sia nei pazienti affetti da AD che nei casi-controllo, anche dopo stratificazione per la forma ad insorgenza tardiva (≥ 70 anni) o precoce (< 70 anni) o la presenza dell'allele epsilon-4 dell'APOE. Inoltre, i nostri dati hanno mostrato un LD tra l'rs669 e i SNP +1071 e +1073 dell'OLR1, con l'aplotipo T-C-A associato ad un incremento significativo del rischio di AD, sia nell'intero campione che quando abbiamo stratificato i pazienti secondo l'età d'insorgenza della AD. Infine è stata notata un'associazione allelica con la AD sostenuta in maniera predominante dal SNP OLR1 +1073, confermando ulteriormente il possibile ruolo del gene dell'OLR1 nell'insorgenza della AD sporadica.
Conclusione. Il nostro studio non ha confermato il ruolo del SNP rs699 nel rischio di AD sporadica nel Sud Italia; tuttavia ha evidenziato un LD tra i loci dell'A2M e dell'ORL1, sebbene l'associazione allelica degli aplotipi con la AD è stata predominante per il SNPs +1073 ORL1. Inoltre, alcuni altri geni che appartengono alla famiglia delle lectine tipo C sono presenti tra A2M e ORL1 ed è possibile che il LD significativo che abbiamo osservato possa essere dovuto ad uno di questi altri geni.

Bibliografia

1 D'Introno A, Solfrizzi V, Colacicco AM, Capurso C, Amodio M, Todarello O, et al. *Current knowledge of chromosome 12 susceptibility genes for late-onset Alzheimer's disease.* Neurobiol Aging 2006;27:1537-53.
2 Panza F, Colacicco AM, D'Introno A, Capurso C, Liaci M, Capurso SA, et al. *Candidate genes for late-onset Alzheimer's disease: focus on chromosome 12.* Mech Ageing Dev 2006;127:36-47.
3 D'Introno A, Solfrizzi V, Colacicco AM, Capurso C, Torres F, Capurso SA, et al. *Polymorphisms in the oxidized low-density lipoprotein receptor-1 gene and risk of Alzheimer's disease.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60:280-4.

Efficacia del metodo perfetti nella riabilitazione delle sindromi cerebellari accompagnate da deficit cognitivi lievi

M. Fucci, R. Sciusco, M. Minervini, F. Mastroianni

RSA "Madonna della Pace", Andria

Introduzione. L'esercizio terapeutico conoscitivo (ETC), metodo Perfetti, è abitualmente utilizzato per il trattamento riabilitativo dell'emiplegia, delle paralisi cerebrali infantili, della sclerosi multipla, nella scoliosi e nei traumi del ginocchio. Consiste in un processo di apprendimento in condizioni patologiche che sfrutta il meccanismo di facilitazione propria della corteccia cerebrale, attivando le aree che governano le funzioni quali la motivazione, l'ideazione, la memoria, l'attenzione e la percezione.
Scopo dello studio. Il nostro gruppo ha voluto applicare l'ETC nelle sindromi cerebellari con deficit cognitivi lievi, al fine di verificare l'efficacia della tecnica nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici.
Materiali e metodi. Abbiamo studiato una paziente, di 74 anni, affetta da sindrome cerebellare da emorragia intracranica, con adiadococinesia, dismetria dell'arto superiore ed inferiore sx, frenage, asinergia nei movimenti, atassia cerebellare. Inoltre la pz presentava ipotonia muscolare. Cognitivamente era presente deficit della memoria a breve termine e della prassia ideativa. Era presente depressione del tono dell'umore.
La durata del trattamento è stata di 3 mesi. Durante le sedute giornaliere di rieducazione è stato applicato il metodo Perfetti. Il terapista ha guidato la pz, posta supina a letto con gli occhi chiusi, nell'esecuzione di due traiettorie assistite diverse per verso di rotazione e/o per ampiezza, con gli arti; alla fine dell'esercizio viene chiesto alla paziente di ricordare le differenze tra le due traiettorie al fine di favorire il rapporto propiocettivo con l'ambiente circostante; inoltre, nel caso specifico, esistendo deficit della memoria a breve termine, la rievocazione dei movimenti ha costituito un training cognitivo continuo.
A titolo di esempio, si fa eseguire passivamente alla paziente una doppia circonduzione della spalla prima in senso orario e poi in senso antiorario e si chiede alla paziente di identificare le differenze tra le due traiettorie. Le risposte vengono registrate su un modulo che consente la valutazione in longitudinale dell'apprendimento.
Risultati. L'applicazione dell'ETC ha migliorato sensibilmente i sintomi iniziali, in particolare l'esecuzione della prova indice-naso che, alla fine del programma terapeutico veniva svolta correttamente. La pz ha iniziato a deambulare con maggiore sicurezza con doppio appoggio e a base meno allargata, si è ridotta la retropulsione, è migliorato il sincronismo nell'alternanza dei movimenti, è migliorata la correzione dei movimenti specie durante le perdite di equilibrio.
Infine è notevolmente migliorato sia il tono dell'umore che le performances cognitive, soprattutto quelle legate alla memoria a breve termine. Infatti il MMSE è passato da un punteggio iniziale di 20 a 23 con miglioramento degli *items* che esplorano la memoria e la rievocazione.
Conclusioni. L'applicazione del metodo perfetti in soggetti affetti da sindromi cerebellari e deficit cognitivi lievi, determina un miglioramento in entrambe le aree di intervento. Da un lato infatti si assiste al miglioramento delle performances motorie, e dall'altro al miglioramento di quelle cognitive. In tal modo il recupero funzionale della paziente diviene un processo di apprendimento in condizioni patologiche e vi è la presa di coscienza delle varie esperienze senso-motorie che si riflette anche sulla componente cognitiva.

Fattori predittivi di successo nella riabilitazione di anziani fragili in assistenza domiciliare

D. Fusco, G.B. Bochicchio, M.R. Lo Monaco, A. Cocchi, R. Bernabei, F. Landi

Dipartimento di Geriatria, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; Dipartimento di Gerontologia, Asl 1, Venosa (PZ)

Premessa. La fisioterapia è parte integrante dei programmi riabilitativi offerti dai servizi di assistenza domiciliare per anziani fragili con disabilità. Non è tuttavia scontato che il beneficio di queste terapie si estenda in maniera uguale e tutti i soggetti. Una migliore conoscenza dei predittori di successo riabilitativo permetterebbe un miglioramento nell'allocazione delle risorse sanitarie.
Scopo della ricerca. L'obiettivo del presente studio è quello di valutare l'impatto di alcuni indicatori dello stato di salute sul recupero funzionale durante un programma di riabilitazione per anziani fragili residenti nella comunità, nell'ambito di un programma di assistenza domiciliare.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati consecutivamente 598 pazienti di età pari o superiore ai 70 anni, dal gennaio al dicembre 2003, risultati elegibili per un programma riabilitativo nell'ambito del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata dell'ASL1 di Venosa (PZ). Tutti i pazienti hanno ricevuto una valutazione multidimensionale tramite la scheda VAOR–ADI. A tutti i pazienti è stato fornito un programma di fisiochinesiterapia, mirato al miglioramento dell'autonomia funzionale, per tre volte a settimana per una durata media di sei mesi. La durata del follow-up è stata di sei mesi. Alla fine del follow up i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi ai fine delle analisi statistiche: coloro che avevano presentato un miglioramento nell'autonomia nelle ADL, rispetto a coloro che erano peggiorati o non avevano presentato significative modificazioni nel punteggio ADL. I predittori di recupero funzionale sono stati identificati tramite un modello di regressione logistica multipla.
Risultati. L'età media della popolazione era 82,0 ± 6,9 anni, il 64% erano donne, si riscontrava una bassa prevalenza di declino cognitivo (solo l'8,9% aveva una diagnosi clinica di demenza, mentre il punteggio CPS medio era 2,6 ± 2,1). Abbiamo riscontrato un'alta prevalenza di incontinenza urinaria (41%) e fecale(36%) e di deficit visivi (32,3%) e uditivi (24,6%). Dopo l'intervento riabilitativo il 33% dei pazienti ha presentato un miglioramento nelle ADL, il 62% non ha manifestato significativi cambiamenti nell'autonomia funzionale, il 5% è peggiorato. Nell'analisi multivariata i predittori negativi di recupero funzionale sono: deterioramento cognitivo (OR 0,67; IC 0,60-0,74), depressione (OR 0,89; IC 0,82-0,96), deficit visivi (OR 0,32, IC 0,21-0,50) e uditivi (OR 0,42, IC 0,27-0,67), incontinenza urinaria (OR 0,21, IC 0,14-0,33) e fecale (OR 0,16, CI 0,10-0,26).
Conclusioni. La presenza di deterioramento cognitivo, umore depresso, deprivazione sensoriale, incontinenza urinaria e fecale identifica pazienti a rischio di fallimento dopo un intervento riabilitativo convenzionale. Un intervento mirato in queste aree potrebbe migliorare l'outcome funzionale.

Sindrome metabolica e rischio di demenza vascolare. The Italian Longitudinal Study on Aging

A.M. Gadaleta, V. Solfrizzi, A.M. Colacicco, A. D'Introno, V. Frisardi, C. Capurso[1], G. Vendemiale[1], A. Capurso, F. Panza

Cattedra di Geriatria, Università di Bari, Bari; [1] Cattedra di Geriatria, Università di Foggia

Scopo. Allo stato attuale, numerose evidenze cliniche ed epidemiologiche hanno dimostrato che i fattori di rischio vascolari possono essere importanti nello sviluppo del "*mild cognitive impairment*" (MCI), della demenza e della malattia di Alzheimer (AD) [1,2]. Tra i fattori di rischio vascolari, la sindrome metabolica (S.Met.) è stata associata al rischio di declino cognitivo e di demenza [3-5]. In questo lavoro abbiamo analizzato la relazione tra la S.Met. e le sue componenti individuali con l'incidenza di demenza in uno studio prospettico *population-based.*
Materiali e metodi. Da un campione *population-based* di 5.632 soggetti di età compresa tra i 65 e gli 84 anni dell'Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA) abbiamo studiato un totale di 2.097 soggetti, con un follow-up di 3,5 anni. La S.Met. è stata definita in base ai criteri del *Third Adults Treatment Panel of the National Cholesterol Education Program* (NCEP-ATPIII). La demenza, la AD e la demenza vascolare (VaD) sono state diagnosticate sulla base degli attuali criteri pubblicati.
Risultati. I soggetti affetti da S.Met. (n° = 918) rispetto ai soggetti non affetti (n° = 1179) avevano un rischio aumentato di sviluppare VaD (1,63% *vs.* 0,85%, analisi multivariata corretta HR 2,95, 95% CI 1,19-7,32). Dopo aver escluso 338 soggetti che al *baseline* erano malnutriti

(indice di massa corporea < 22 e/o livelli sierici di albumina < 3,2 mg/dL), i soggetti con S.Met. (n° = 838) rispetto ai non affetti (n° = 921) avevano un rischio elevato di VaD (1,79% *vs.* 0,65%, analisi multivariata corretta HR, 3,82; 95% CI, 1,32-11,06). Inoltre, stratificando il campione per lo status infiammatorio, i soggetti con S.Met. ed elevato status infiammatorio (n° = 481) avevano un rischio ancor più elevato di VaD (1,66% *vs.* 0,44%, analisi multivariata corretta HR, 8,31; 95% CI, 1,12-61,51) se confrontati con coloro senza S.Met. ma con status infiammatorio elevato (n° = 457). Nell'altro braccio del campione esaminato, i soggetti con S.Met. e basso status infiammatorio (n° = 357) confrontati con soggetti senza S.Met. e basso status infiammatorio (n° = 464), non mostravano avere un rischio aumentato di VaD (2,00% *vs.* 0,87%, analisi multivariata corretta HR, 3,31, 95% CI 0,91-12,14). In conclusione, è stato verificato un effetto sinergico dovuto alla S.Met. nel suo insieme (≥ 3 componenti della S.Met.) rispetto all'effetto di ciascuna sua singola componente sul rischio di sviluppare VaD.

Conclusione. Nella nostra popolazione ILSA, i soggetti con S.Met. avevano un elevato rischio di VaD che aumentava dopo esclusione dei pazienti che risultavano malnutriti al *baseline* e selezionato i pazienti con S.Met. ed elevato status infiammatorio.

Bibliografia

1. Solfrizzi V, Panza F, Colacicco AM, D'Introno A, Capurso C, Torres F, et al.; Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. *Vascular risk factors, incidence of MCI, and rates of progression to dementia*. Neurology 2004;63:1882-91.
2. Panza F, D'Introno A, Colacicco AM, Capurso C, Parigi AD, Capurso SA, et al. *Cognitive frailty: Predementia syndrome and vascular risk factors*. Neurobiol Aging 2006;27:933-40.
3. Yaffe K. *Metabolic syndrome and cognitive disorders: is the sum greater than its parts?* Alzheimer Dis Assoc Disord 2007;21:167-71.
4. Kalmijn S, Foley D, White L, Burchfiel CM, Curb JD, Petrovitch H, et al. *Metabolic cardiovascular syndrome and risk of dementia in Japanese-American elderly men: the Honolulu-Asia aging study*. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2000;20:2255-60.
5. Vanhanen M, Koivisto K, Moilanen L, Helkala EL, Hänninen T, Soininen H, et al. *Association of metabolic syndrome with Alzheimer disease: a population-based study*. Neurology 2006;67:843-7.

Il paziente ortopedico geriatrico

G. Gaglio, A. Grippa, M. Saitta, F. Chirafisi, C. Scibilia, G. Segreto, F. Caronzolo, F. D'Amico

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Servizio di Ortogeriatria, Servizio di Riabilitazione, P.O. "Barone Ignazio Romeo" Patti, Coordinamento Dipartimentale delle Attività Geriatriche, Azienda U.S.L. n. 5, Messina

Scopo. L'Unità Operativa Complessa di Geriatria e Lungodegenza del P.O. di Patti ha instaurato e sempre più rafforzato rapporti di collaborazione specialistica con tutte le U.O. delle diverse discipline presenti nel P.O. Una collaborazione più intensa si è venuta a creare con l'U.O. di Ortopedia poiché, tra le patologie più frequenti negli anziani, quelle osteoarticolari legate all'invecchiamento o ad eventi traumatici, sono in continuo aumento. Attraverso l'approccio multidimensionale del geriatra e le nuove acquisizioni in tecniche chirurgiche ed anestesiologiche, è stato possibile intervenire su un maggiore numero di pazienti anziani. Il geriatra, offrendo un sistema integrato di diagnosi e cure preventive, di supporto intensivo nelle fasi di maggiore criticità pre e/o post-operatorie (Area Critica di Geriatria, U.O.C. Geriatria Acuti) ma anche riabilitativo nella U.O.C. (U.O. di Geriatria, U.O. di Lungodegenza, Day Hospital) e nel territorio (RSA, ADI) ha garantito una continuità specialistica per ottenere la migliore qualità assistenziale.

Disegno e metodi. Nell'ambito del Servizio di Ortogeriatria della U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza sono stati valutati in varie U.U.OO. del P.O. di Patti, dalla condizione acuta alla stabilizzazione clinica, anziani affetti da patologie ortopediche. Durante le fasi della valutazione i soggetti sono stati sottoposti a valutazione dello stato di autosufficienza (Barthel Index) e della comorbilità (CIRS) e quindi seguiti nel percorso all'interno della rete dei servizi geriatrici.

Risultati. Negli ultimi 3 anni il team geriatrico del P.O. di Patti ha effettuato le seguenti attività su pazienti anziani ricoverati per malattie ortopediche acute: n. 65 consulenze al Pronto Soccorso; n. 258 consulenze pre-operatorie nella U.O. di Ortopedia; n. 163 consulenze post-operatorie nelle U.O. di Ortopedia e Rianimazione. Inoltre n. 48 pazienti sono stati seguiti nel Day Hospital Riabilitativo Geriatrico; n. 283 pazienti provenienti dalla U.O. di Ortopedia sono stati sottoposti ad esame M.O.C.; n. 267 pazienti sono stati sottoposti a visita specialistica presso l'Ambulatorio di Geriatria e Valutazione Multidimensionale; n. 92 pazienti sono stati sottoposti a visita nell'Ambulatorio di Reumatologia.

Tra i pazienti ricoverati per frattura di femore sono stati monitorati nel tempo i vari percorsi all'interno delle rete dei servizi e gli *outcomes* riabilitativi dopo FKT eseguita in Ospedale od in RSA (Tab. I).

Conclusioni. Sulla base dei dati rilevati gli anziani sottoposti ad intervento chirurgico di artroprotesi per frattura di femore e assistiti nella U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, presentano a breve-medio termine un discreto recupero dello stato funzionale mediante l'applicazione di progetti riabilitativi, con possibilità di ritorno a casa.

Discreto recupero è stato rilevato inoltre per i soggetti operati con intervento chirurgico di osteosintesi, anche se con tempi più lunghi e con cure in strutture geriatriche territoriali riabilitative (RSA). I soggetti non operati presentano una grave comorbilità che purtroppo condiziona le strategie assistenziali e di conseguenza anche il recupero funzionale.

È evidente che l'U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza ha offerto al P.O. un efficiente, efficace ed appropriato supporto ortogeriatrico documentato dall'attività integrata ospedaliera e territoriale.

Tab. I. Patologia frattura di femore.

Reparto di ammissione	Età media sesso	Operati	Trasferiti	Barthel Index -Media (Ingresso-Dimissione)	Indice Sev. Comorbilità (Media)
Geriatria n. 52	80 ± 8 M17 F35	No	35 Ortopedia	16,4-25,2	
			17 L.D.	16,1-28,4	3,2
Geriatria n. 37	78 ± 8 M11 F26	Si	37 L.D.	16-30,2	3
Lungodegenza n. 40	77 ± 8 M13 F27	No	38 RSA	15,9-16,7	4,2
				8 Domicilio	
Lungodegenza n. 35	77 ± 8 M9 F26	Si Artroprotesi	3 RSA	27,3-68,5	3,1
				3 C.d.R.	
				29 Domicilio	
Lungodegenza n. 45	79 ± 8 M16 F29	Sì Osteosintesi	24 RSA	18,4-45,6	3,7
				12 C.d.R.	
				9 Domicilio	

Analisi costo-efficacia in pazienti con ictus cerebrale in due setting di assistenza extra-ospedaliera: RSA *VS.* ADI

M. Gallucci[1], A. Conte[1], G.L. Scannapieco[1], E. Di Giorgi[1], S. Ferraresi[2], B. Gradenigo[3], A. Francesconi[4 5], P. Boldrini[1]

[1] Azienda ULSS 9 Treviso; [2] Azienda Ulss 18 Rovigo; [3] Osp. "Sacra Famiglia Fatebenefratelli", Erba; [4] SDA "Bocconi" Milano; [5] Università di Trento

Scopo. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di comparare i costi aziendali e l'efficacia, espressa come sopravvivenza, nell'assistenza di pazienti colpiti da ictus cerebrale in due *setting* assistenziali extraospedalieri quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Materiali e metodi. Sono stati considerati tutti i pazienti dimessi con diagnosi di ictus cerebrale nell'Azienda ULSS 9 (Ospedali di Treviso e Oderzo) nel 2006. Sono stati individuati quali di questi pazienti erano accolti in RSA dopo la dimissione dall'ospedale e quali, invece, ritornavano al domicilio utilizzando il servizio ADI, appaltato, in gran parte, all'impresa privata Medicasa. Per semplificare la rilevazione del dato, quest'ultima rilevazione è stata limitata ai residenti di uno dei quattro distretti sanitari dell'Azienda. L'Azienda sanitaria spende 44,61 euro per ospite in RSA al giorno; la tariffa, relativa al 2006, è fissata dalla Regione; nella presente analisi dei costi consideriamo solo i costi dell'Azienda sanitaria. L'azienda sanitaria spende euro 39,3 (come da convenzione tra ASL e Medicasa) per accesso ADI al domicilio del paziente da parte di operatori diversi indipendentemente dal numero e dalla tipologia delle prestazioni erogate. Nella casistica studiata è stato effettuato in media un accesso giornaliero di durata media di un'ora. L'intervallo temporale considerato ai fini del conteggio della durata della permanenza in RSA (o del servizio ADI erogato) inizia, per ciascun soggetto, dalla data di dimissione dell'ospedale alla data di cessazione della permanenza in RSA (o sospensione del servizio ADI); si è considerata, comunque, come data conclusiva del periodo di osservazione quella del 19,07.2007. Per confrontare la gravità clinica delle due popolazioni studiate è stata valutata la complessità dell'assistenza prestata nel ricovero ospedaliero, calcolando il peso medio DRG per singolo paziente.

Risultati. I pazienti dimessi nel 2006 con diagnosi di ictus sono 719. Di questi, 105 [peso medio DRG 1,758; età media 81,7 ± 10,5 anni; 70 (66,6%) femmine e 35 maschi] sono accolti in RSA dopo la dimissione. Calcolando la sopravvivenza complessiva dei 105 soggetti ospiti delle RSA dalla data di dimissione dall'ospedale al decesso (o, comunque, alla data di fine osservazione del 19,07.2007) si ottengono 26.940 giornate di permanenza in RSA (e di sopravvivenza dalla dimissione ospedaliera) con una media di 256,6 giornate (8,5 mesi) per ciascun soggetto. La permanenza in RSA e la sopravvivenza per i 105 cittadini coincidono: non ci sono, infatti, casi di dimissione dalla RSA. Moltiplicando la tariffa giornaliera per il numero medio di giornate di permanenza in RSA per soggetto (256,6 giornate) si ottiene una spesa media per ciascun ospite in RSA, nel periodo considerato, pari a euro 11.446,93. Dei 719 pazienti dimessi con diagnosi di ictus, sono 16 [peso medio DRG 2,181; età media 79,1 ± 13,2 anni; 10 femmine (62,5%) e 6 maschi] quelli che ritornano a casa nell'ambito del territorio del distretto sanitario considerato. Sommando tutti i periodi di servizio ADI erogato per tutti i 16 pazienti, sono state coperte dal servizio ADI 2.228 giornate di presa in carico assistenziale pari ad una media di 139,25 giornate (4,6 mesi) di assistenza ADI per singolo soggetto. Calcolando la sopravvivenza complessiva dei 16 soggetti destinatari del servizio ADI, si ottengono 4.339 giornate di sopravvivenza con un media di 271 giornate di sopravvivenza per ciascun soggetto. Moltiplicando la tariffa per accesso unitario/giornaliero di euro 39,3 per le 139,25 giornate di assistenza ADI per singolo soggetto si ottiene una spesa media ADI per singolo soggetto pari a euro 5.472,52.

Conclusioni. I costi dell'ADI sono minori dei costi della RSA e l'efficacia dell'ADI, in termini di sopravvivenza, è maggiore dell'efficacia della RSA (Cadi < Crsa; Eadi > Ersa). In questo caso il programma ADI si può definire *cost-saving*[1], libera cioè risorse, rendendole disponibili per scopi alternativi. La gravità dei pazienti ADI del nostro campione, stimata attraverso il calcolo del DRG ospedaliero, è maggiore di quella dei pazienti che sono afferiti in RSA.

Bibliografia

1 Tarricone R. *Valutazioni economiche e management in sanità – applicazione ai programmi e tecnologie sanitarie*. McGraw-Hill 2004.

L'attività integrata dell'équipe multidisciplinare nella presa in carico globale di una ospite in RSA: case report

M. Gandelli, I. Santi, C. Cavalli, M. Scarangella, A. Fasolino, L. Ceriotti, M. Monti

Nuclei Alzheimer RSA Azienda di Servizi alla Persona IMMeS e "Pio Albergo Trivulzio", Milano

Riportiamo il caso clinico della signora L.C.M., di 86 anni, istituzionalizzata presso il Nucleo Alzheimer (NA) RSA del nostro Ente, proveniente dal NA riabilitativo, con diagnosi di Demenza vascolare con BPSD, S. ansioso-depressiva, cardiopatia sclero-ipertensiva, anemia, osteoporosi. Giunta in RSA è stata sottoposta ad una valutazione multidimensionale che evidenziava Demenza lieve-moderata (CDR1, MMSE: 21/30), con BPSD e Delirium associato (NPI: 24/144 con deliri di avvelenamento, ansia, depressione, disturbi alimentari e del sonno), tono dell'umore depresso (Cornell: 12/38), ridotta autonomia funzionale (Barthel: 37/100), buon compenso clinico globale. L'équipe multidisciplinare ha impostato quindi un Piano Assistenziale Individuale (PAI), avente come obiettivi l'adattamento all'ambiente, il controllo dei BPSD ed il recupero funzionale, avvalendosi di terapia farmacologica (antipsicotici e antidepressivi, associati alla terapia in atto), fisiochinesiterapia, terapia occupazionale e psicomotricità individuali e dell'intervento di volontari e assistente sociale. L.C.M. ha come *caregiver* un figlio e la nuora, i quali riferiscono che L.C.M. viveva sola, rifiutava qualsiasi aiuto e aveva compromesso i rapporti con il vicinato a causa del suo "carattere difficile" e del suo comportamento, non ritengono possibile un rientro al domicilio con assistenza, anche per problematiche sanitarie gravi della nuora e optano quindi per l'istituzionalizzazione. L.C.M. non si oppone a questa soluzione, ma la reputa transitoria, in attesa di un suo totale recupero funzionale. Il figlio provvede alla retta della struttura di ricovero con il contributo economico del Comune di residenza. A distanza di qualche mese dall'inserimento presso il NA RSA, L.C.M. manifesta seri disagi nell'adattamento all'ambiente e chiede di rientrare al domicilio, minacciando anche il suicidio nel caso in cui non venisse esaudita la sua volontà, ma i familiari sono fermamente convinti della loro scelta e dell'impossibilità di un rientro a domicilio, dichiarando anche un aggravamento della patologia della nuora. L'équipe chiede ai familiari una maggiore collaborazione, con una presenza più significativa e la possibilità di accompagnare L.C.M. ad attività interne alla struttura o a fare qualche visita all'esterno dell'Ente, allo scopo di contenere il vissuto abbandonico manifestato con tanta veemenza. Nonostante una loro dichiarazione di disponibilità alla collaborazione, le visite sono saltuarie e la situazione precipita. L'ospite manifesta in modo sempre più pressante il desiderio di lasciare la struttura, con aggressività verbale e la famiglia contrasta queste richieste con atteggiamenti di rifiuto altrettanto aggressivi sul piano verbale. Gli incontri tra ospite e familiari appaiono dei veri e propri match, dove vengono rinfacciati episodi del passato e l'atteggiamento è molto colpevolizzante. In particolare si denota una relazione insostenibile tra nuora e ospite, dove da entrambe le parti vengono sottolineate accuse pesanti. Il figlio assiste a questi scontri e solo in separata sede appoggia la moglie e al tempo stesso sottovaluta i comportamenti e le richieste della madre. L'équipe decide allora di intervenire su più fronti con un progetto mirato e condiviso e oltre al PAI già in atto, viene attivato d'urgenza il servizio di psicologia per una presa in carico e viene agganciata dagli animatori sociali per attività mirate in piccoli gruppi, con l'obiettivo di coinvolgerla il più possibile nella vita di struttura, ma soprattutto di farle percepire, attraverso azioni concrete e professionali, la vicinanza e l'interessamento dell'intera èquipe alle sue difficoltà con la prospettiva di soluzioni fattibili. L'équipe presta maggior attenzione all'ospite e vigila sugli incontri con i familiari allo scopo di evitare scontri verbali o episodi di aggressività. I familiari vengono riconvocati formalmente da Medici di Sezione e Assistente Sociale per discutere della situazione e valutare eventuali soluzioni, ma ri-

sultano irremovibili ed emerge, inoltre, un problema relativo all'abitazione dell'ospite che viene dichiarata non essere più disponibile. L'équipe chiede pertanto alla nuora di sospendere temporaneamente le visite e al figlio di fare visita almeno settimanalmente alla madre, allo scopo di non incrementare il vissuto di abbandono, già accentuato dalla istituzionalizzazione. Il rifiuto della famiglia di pensare a soluzioni diverse dalla RSA e le incessanti richieste dell'ospite di rientrare a domicilio, portano l'équipe a decidere di chiedere l'intervento del Giudice Tutelare il quale dopo aver preso atto della situazione e dell'impossibilità di individuare soluzioni intermedie suggerisce il ricorso a un'Amministrazione di Sostegno (AdS) allo scopo di verificare la reale situazione dell'alloggio e di provvedere a gestire eventuali soluzioni alternative per l'ospite. Viene spiegato a L.C.M. il significato dell'AdS e i motivi che hanno portato al suo ricorso. Il figlio ha diradato le visite, la nuora non si è più presentata e i rapporti con la famiglia vengono gestiti dall'AdS. Successivamente è comparsa la moglie dell'altro figlio deceduto, che si sta facendo carico di L.C.M. sul piano affettivo, con visite frequenti. A quest'ultima l'équipe si è premurata di dare indicazioni di comportamento e di spiegare il progetto d'intervento messo in atto e di chiedere la sua adesione. Non si sono incontrati ostacoli e attualmente L.C.M. appare in buon compenso fisico e psichico ed ha ottenuto un buon recupero funzionale.
In conclusione vogliamo sottolineare come questo caso sia un esempio di effettiva presa in carico globale dell'Ospite, grazie all'attività integrata sinergica di tutte le figure professionali dell'équipe, che hanno saputo attivare tutte le procedure necessarie alla gestione dell'Ospite, nel rispetto della sua volontà, contenendone il disagio e migliorandone la qualità di vita.

Audit di processo e supporto informatico strumenti utili per ridurre il rischio d'errore all'interno di una casa protetta certificata ISO 9001:2000. L'esperienza di "Villa Matilde"

M. Garulli, B. Morabito, F. Iacovino, T. Ferri, T. Ravalico, S. Daolio, S. Negri, G. Gelmini[1]

Casa Protetta "Villa Matilde", Bazzano, Neviano degli Arduini, Parma, Kcs Caregiver; [1] RSA Casalbuttano (CR)

Scopo della ricerca. L'assistenza all'interno delle case protette è ormai rivolta essenzialmente ad anziani fragili e gravemente non autosufficienti con una sempre maggiore complessità dei quadri clinici e funzionali. Questa tipologia d'utenza ci deve portare sempre più a riflettere e a porre la massima attenzione verso l'adozione di sistemi sempre più accurati di valutazione della qualità dei processi. Il lavoro d'équipe rappresenta la leva fondamentale per l'attivazione di una gestione per processi efficiente e lo strumento ottimale di lavoro in tutte le situazioni caratterizzate da elevata complessità clinica (instabilità, fragilità, elevato rischio di disabilità) e organizzativa (richiesta di continuità di cura, interventi che richiedono sinergia di competenze e approccio multidimensionale). Parlare di qualità delle cure oggi significa parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni ma anche e soprattutto di sicurezza del servizio offerto. È ormai tempo di pensare alla sicurezza come ad un requisito del sistema e all'evento avverso come al frutto di un'interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo, piuttosto che alla conseguenza di un singolo errore umano. Si tratta di promuovere quel cambiamento culturale che consente di superare l'approccio punitivo dell'errore. Senza la conoscenza del rischio non c'è possibilità di preparare o di adottare azioni correttive e preventive migliorative.
Materiali e metodi. Il nostro modello organizzativo impostato sul sistema di gestione per la qualità secondo le norme Vision 2000 ha facilitato l'implementazione dell'organizzazione per processi orientata al miglioramento continuo del servizio erogato. Il supporto di un programma informatico è stato un aiuto importante per acquisire, sistematizzare e finalizzare i flussi di informazione che provengono dalla valutazione multidimensionale ed elaborare i dati necessari al monitoraggio della qualità del servizio e delle non conformità causate da errori umani o di processi. Nella nostra esperienza oltre all'applicazione degli *audit* tradizionali è stato utile passare ai *layered process audit*, uno strumento della qualità sviluppato appositamente per l'area d'erogazione dei servizi alla persona. Letteralmente il significato è quello di "verifiche ispettive stratificate di processo". L'esigenza sempre più pressante di tendere alla riduzione degli errori anche all'interno delle strutture residenziali per anziani, soprattutto oggi in cui bisogna operare anche per ridurre gli sprechi e implementare una cultura della qualità che vada di pari passo con quella della sicurezza nel servizio, si è puntato quindi ad un approccio più proattivo nel campo delle verifiche ispettive, sviluppando questo nuovo strumento. Questa tipologia d'ispezioni è costituita da una serie ripetuta di verifiche che si basa su osservazioni dirette, valutazioni "sul campo" e conversazioni fatte con gli operatori per assicurarsi che le attività principali legate ad un certo processo (attività di nursing assistenziale, infermieristico, animazione, ecc.) siano svolte nella maniera corretta. La loro efficacia risiede nell'essere condotte da diversi livelli del management in modo che il processo sia preso in esame da persone differenti, con diversa sensibilità, pronte, così, a cogliere il minimo errore. Questi *audit*, al contrario di quelli più tradizionali, sono svolti con cadenza quotidiana ed è questa la straordinaria innovazione del metodo che permette, mediante la sua applicazione costante, di individuare subito gli errori, anche quelli potenziali, evitando, così, che si ripercuotano sull'utenza sempre più fragile e complessa delle nostre strutture. Quando l'esigenza principale è quella di tendere ad avere servizi sempre più sicuri, l'unico modo di agire accettabile è quello di sviluppare una cultura aziendale che spinge le persone a lavorare bene la prima volta e a farlo ogni volta. Questi *audit* vanno molto più nel dettaglio rispetto ad una verifica ispettiva tradizionale. Ogni area, infatti, è verificata con una check list apposita informatizzata dove sono registrate le eventuali non conformità emerse. Il tempo richiesto è molto poco, di circa 15/30 minuti per turno di lavoro, proprio perché queste verifiche sono fatte ogni giorno. Il valore rappresentato da questa metodologia è il feedback immediato che si ottiene dal processo posto sotto esame, possiamo porvi rimedio subito, individuando immediatamente le cause che hanno originato l'anomalia prima che sia troppo tardi e che la non conformità abbia un impatto devastante sul nostro utente del servizio. Un *layered process audit* può essere condotto da chiunque conosca a fondo il processo sul quale deve essere fatta la verifica. Negli ultimi 5 anni attraverso l'analisi delle schede di controllo dei servizi, che presentano oltre 265 voci di segnalazioni di possibili errori o comportamenti non conformi compilate attraverso gli *audit*, i reclami clienti, sono state registrate con accuratezza le possibili non conformità riguardanti il nursing-assistenziale, il nursing-infermieristico, la riabilitazione, l'attività medica, ecc. e programmate tutta una serie di azioni preventive e correttive finalizzate alla riduzione degli errori e quindi di un miglioramento della qualità e della sicurezza del servizio.

Tipologia non conformità	2003	2004	2005	2006	2007
Gestione risorse umane	171	382	146	124	106
Nursing assistenziale	335	122	31	24	22
Nursing infermieristico	5	23	15	5	13
Attività medica	0	1	1	0	0
Servizio di pulizia ambienti	14	9	7	7	6
Servizio di lavanderia	6	8	5	4	3
Servizi alberghieri	69	19	7	3	2
Totale n° conformità	600	564	212	167	152
A. Correttive/a. Preventive	9	6	11	8	9
Reclami clienti	9	6	11	8	8

Conclusioni. I nostri dati indicano che un sistema qualità secondo le norme ISO 9001:2000, dove siano implementati anche quotidiani *audit* di processo, un buon supporto informatico e una adeguata "filosofia" organizzativa geriatrica basata sul lavoro d'équipe, può far nascere un mix estremamente idoneo a facilitare il raggiungimento di un sistema tempestivo per fornire agli operatori tutte le indicazioni necessarie per svolgere nel miglior modo possibile gli interventi di loro competenza, ma soprattutto un sistema che renda possibile la rilevazione di tutti gli errori, anche quelli che non hanno generato un evento avverso, consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato.

Confronto tra scale di screening del rischio di cadere in pazienti anziani ospedalizzati: lo studio I.C.A.R.O. (indagine sulle cadute degli anziani ricoverati in ospedale)

B. Gasperini, C. Ruggiero, G. Dell'Aquila, R. Ferretti, R. Gugliotta, T. Mariani, H. Nguyen, V. D'Ambrosio, V. Prenni, A. Fiore, R. Serra, U. Senin, A. Cherubini

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

Scopo. Le cadute hanno un impatto negativo sullo stato di salute dell'anziano sia in termini di perdita dell'autonomia funzionale che di aumentata morbilità e mortalità. Le ospedalizzazioni secondarie a caduta oscillano da 2 a 20 ogni 1.000 posti letto al giorno. In media ogni giorno cadono da 2 a 17 anziani su 1.000 ricoverati e le sequele post-traumatiche determinano sia un aumento della durata di degenza che dei costi assistenziali. La metodologia più efficace per la prevenzione delle cadute si basa su una valutazione multidimensionale e su interventi multifattoriali. Secondo questo approccio è fondamentale l'identificazione dei soggetti ad elevato rischio di caduta. Tra gli strumenti per lo *screening* del rischio di caduta sono stati validati la scala Stratify, la scala Conley e la scala Morse. L'obiettivo del nostro studio è quello di confrontare le tre scale di *screening* di caduta in un campione di soggetti anziani ospedalizzati in un reparto geriatrico.
Materiali e metodi. Si tratta di uno studio osservazionale condotto su 114 anziani ospedalizzati presso un reparto di Geriatria. Tutti i partecipanti sono stati valutati secondo la metodologia multidimensionale geriatrica (che include dati anamnestici, clinici, funzionali e test di performance fisica) e sono stati sottoposti a *screening* del rischio di caduta mediante l'utilizzo delle tre scale che si basano su domande specifiche e sull'osservazione diretta dei pazienti: la Stratify (a 5 *item*), la Conley (a 6 *item*), e la Morse (a 5 *item*). Le tre scale sono state somministrate da un medico entro 48 ore dall'ingresso in reparto a tutti i partecipanti. Inoltre, sono state raccolte le informazioni relative alle cadute occorse durante la degenza.
Risultati. L'età media del campione dello studio è di 81,7 ± 8 anni (*range* 60-99), il 68% sono donne. Il 14,7% dei partecipanti si è ricoverato a seguito di una caduta ed il 39% (n = 45) ha un'anamnesi positiva per cadute nell'ultimo anno. In media i partecipanti sono affetti da 6 ± 3 malattie, assumono 5 ± 3 farmaci e sono indipendenti in 3 ± 2 ADL. Considerando anche quelli che utilizzano ausili, il 50% dei partecipanti è autonomo nella deambulazione, mentre il 30,6% è completamente immobilizzato. Durante il periodo di osservazione il 7% (n = 8) dei partecipanti è caduto almeno una volta. La scala Stratify ha individuato come a rischio il 44,6% dei partecipanti ed il 50% di quelli effettivamente caduti durante la degenza; la scala Conley il 50,9% ed il 50% di quelli caduti, mentre la scala Morse ha riconosciuto come a rischio il 58% dei pazienti (sulla base del *cut-off* ≥ 45) e ben l'87,5% di quelli effettivamente caduti durante il periodo di osservazione.
Conclusione. In base ai dati preliminari del nostro studio, la scala Morse è in grado di riconoscere la maggior parte dei pazienti che cadono durante il ricovero. La scala Stratify e la scala Conley identificano a rischio di cadere solo la metà dei soggetti effettivamente caduti. La bassa frequenza di cadute nel nostro studio è attribuibile sia alla elevata percentuale di soggetti immobilizzati, che all'elevato livello di assistenza familiare e privata fornita ai pazienti.

ASL-Centro Diurno: un progetto per l'erogazione di contributi regionali a favore della miglior cura del malato di Alzheimer

S. Gentile, A. Gregori, P.P. Bellocchio, A. Ottolini, M. Facchi, D. Villani

Fondazione "Istituto Ospedaliero di Sospiro", Sospiro, Cremona

Scopo. La DGR 5743 del 31/10/07 della Regione Lombardia inserisce il concetto di "maggior flessibilità" per i Centri Diurni Integrati (CDI), al fine di ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione della persona anziana. L'ASL di Cremona ha ritenuto opportuno erogare i contributi regionali, previsti dalla suddetta delibera, andando a individuare progetti, della durata minima di sei mesi, per l'ampliamento degli orari di apertura del CDI con l'offerta di ulteriori servizi alla persona. Partendo da questa proposta l'équipe del Centro Diurno Alzheimer di Sospiro (CR) è andata a ricercare quale fosse la richiesta più frequentemente formulata dai *caregivers* degli ospiti. Si è individuato nella continuità delle cure e nella possibilità di avere un unico punto di riferimento specialistico, in relazione alla patologia dementigena, il motivo del maggior numero di richieste.
Materiali e metodi. Informativa ai familiari e al medico di base sul progetto ASL-CDI. Effettuazione di visite UVA presso l'ambulatorio del CDI, per tutti gli ospiti già in terapia con antiacetilcolinesterasici e valutazione specialistica di tutti gli ospiti con malattia di Alzheimer. Visite effettuate 2 volte al mese, al termine delle otto ore consecutive di apertura previste per l'autorizzazione al funzionamento per il CDI dalla DGR 7/8494. Intervalli di visita secondo quanto definito dal progetto CRONOS del Ministero nel 2000 (1° visita e 2° visita dopo 1 mese, 3° visita dopo 2 mesi, controlli ogni 6 mesi). La visita prevede, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo:
- la valutazione testistica (MMSE, MODA, Barthel ed eventuali altri test specifici da valutare individualmente);
- il confronto con i *caregivers*, nella ricerca del più adeguato progetto di cura e di vita del paziente stesso;
- la relazione al medico di base.

Risultati. L'ambiente del CDI, noto per i pazienti, si ritiene ideale per eliminare tutti quei motivi di stress che rendono complessa la visita e la valutazione dei pazienti con malattia dementigena.
Le 10 famiglie dei pazienti attualmente in terapia con anticolinesterasici, hanno ritenuto estremamente utile il poter effettuare visite all'orario di rientro dei propri cari a domicilio e potersi confrontare con un solo specialista della malattia. Le informazioni date attraverso la relazione fatta pervenire al medico di base vanno a creare la continuità della cura.
Conclusione. La malattia di Alzheimer, così come la maggior parte delle demenze, si caratterizza per lunga durata [1], mutevolezza dei bisogni, necessità di risposte sanitarie/assistenziali di volte in volta diverse, forte dipendenza dal contesto familiare. La diagnosi costituisce il primo momento fondamentale, ma la stessa importanza riveste un intervento coordinato, competente, capace di indirizzare malato e famiglia verso i giusti farmaci, i giusti servizi, gli opportuni provvedimenti legislativi, cioè la presenza di un "progetto di cura" [2]. L'ASL nella valutazione positiva di questo progetto, riconosce al Centro Diurno Integrato specializzato il ruolo di *setting* per la gestione e il coordinamento dei diversi attori (operatori sociali, sanitari, familiari) di questa malattia [3], e riconosce inoltre la persona affetta da demenza, che nel Centro Diurno vive un percorso di vita molto vicino a quello di una vita normale protagonista della propria vita e della propria malattia [2].

Bibliografia

1 Jing X, et al. *Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up*. BMJ 2008;336:258-62.
2 Villani D. *Il ruolo del centro diurno nel progetto di cura della persona anziana*. In: "Alzheimer: centro diurno e poi?" Biella 9 maggio 2008.
3 Regione Lombardia. Il Centro Diurno Integrato per Anziani. La Meridiana 2000.

Polimorfismi +647 A/C e +1245 A/G del gene MT1A nella suscettibilità al diabete di tipo 2 e nelle complicanze cardiovascolari

R. Giacconi, A.R. Bonfigli[1], R. Testa[1], C. Cipriano, C. Sirolla[2], E. Muti, M. Malavolta, L. Costarelli, S. Pierpaoli, F. Piacenza, S. Tesei, M. Marra[1], F. Lattanzio[3], E. Mocchegiani

Centro di Immunologia (Laboratorio di Nutrigenomica e Immunosenescenza), Dip. Ric. INRCA, Ancona, Italia; [1] Unità di Diabetologia, Ospedale INRCA Ancona, Italia; [2] Centro di Statistica, Dip. Ric. INRCA, Ancona, Italia; [3] Direzione Scientifica INRCA, Ancona, Italia

Scopo. Il diabete mellito di tipo 2 (DM2) è una malattia metabolica caratterizzata da elevati livelli di glucosio ematico con conseguente aumentata produzione di specie reattive dell'ossigeno che perturbano il metabolismo zincale e promuovono lo sviluppo di complicanze cardiovascolari (CVD) nei pazienti diabetici [1]. Le metallotionine sono proteine ricche in gruppi cisteinici leganti i metalli che, grazie a proprietà antiossidanti e alla capacità

di rilasciare ioni zinco [2] potrebbero prevenire lo sviluppo del DM2 e delle complicanze cardiovascolari.
È stata precedentemente dimostrata un'influenza del polimorfismo -209 A/G del gene MT2A in pazienti DM2 con stenosi carotidea di alto grado [3]. Un recente studio mostra che il polimorfismo (+647 A/C) nel gene MT1A, influenza il rilascio di zinco intracellulare (iZnR) da parte di queste proteine ed è associato con la longevità nella popolazione Italiana [4]. Lo scopo del presente studio è verificare l'effetto di due polimorfismi presenti nei locus +647 A/C e +1245 A/G del gene MT1A sullo sviluppo di DM2 e complicanze CVD.
Materiali e metodi. Lo studio comprende una coorte di 694 soggetti anziani suddivisi in 242 controlli sani (età media 63,9 ± 6,5), 217 pazienti con DM2, ma senza evidenze cliniche di complicanze cardiovascolari (età media 64,4 ± 8,1) (indicati come pazienti DNC), 235 pazienti diabetici con diagnosi di cardiopatia ischemica o aterosclerosi periferica (età media 69,1 ± 6,0) (indicati come pazienti DCVD). Tutti i soggetti sono stati genotipizzati per i polimorfismi presi in esame e l'effetto di questi polimorfismi è stato valutato sul fenotipo dei pazienti (parametri clinici, di laboratorio e biochimici).
Risultati. È stata documentata una associazione tra polimorfismo +647A/C del gene MT1A e DM2. In particolare, una più alta prevalenza dell'allele C è stata trovata nei pazienti DNC e DCVD rispetto al gruppo di controllo (OR = 1,37, p = 0.034; OR = 1,54 p = 0.002 rispettivamente). I portatori C+ nel gruppo DCVD, mostrano una più elevata glicemia ed emoglobina glicosilata, mentre nessuna differenza si riscontra nei pazienti DNC o nei controlli. Il polimorfismo +647A/C del gene MT1A non influenza i livelli di zinco plasmatico, ma modula i livelli di metallotionine prodotte nei linfociti periferici e il rilascio di zinco intracellulare nel gruppo DCVD.
Conclusione. Questo studio mostra un'associazione del polimorfismo +647 A/C del gene MT1A con il DM2. I portatori dell'allele C nel gruppo DCVD presentano un peggior controllo glicemico, un ridotto rilascio di zinco intracellulare e più elevati livelli di MT, suggerendo un ruolo di queste proteine nello sviluppo di complicanze cardiovascolari in pazienti diabetici.

Bibliografia

1 Stirban A, Negrean M, Stratmann B, Gawlowski T, et al. *Benfotiamine prevents macro- and microvascular endothelial dysfunction and oxidative stress following a meal rich in advanced glycation end products in individuals with type 2 diabetes*. Diabetes Care 2006;29:2064-71.
2 Maret W, Krezel A. *Cellular Zinc and Redox Buffering Capacity of Metallothionein/Thionein in Health and Disease*. Mol Med 2007;13:371-15.
3 Giacconi R, Cipriano C, Muti E, Costarelli L, et al. *Novel -209A/G MT2A polymorphism in old patients with type 2 diabetes and atherosclerosis: relationship with inflammation (IL-6) and zinc*. Biogerontology 2005;6:407-13.
4 Cipriano C, Malavolta M, Costarelli L, Giacconi R, et al. *Polymorphisms in MT1a gene coding region are associated with longevity in Italian Central female population*. Biogerontology 2006;7:357-65.

Istituzione di un registro dell'arresto cardiaco intraospedaliero presso l'ospedale geriatrico INRCA di Ancona

M. Giampieri, E. Pozzato, M. Stronati, R. Starnari, G. Bettelli, F. Lattanzio[1]

Servizio di Anestesia e Rianimazione, INRCA (Ancona); [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. L'arresto cardiaco intraospedaliero (IHCA), definito secondo criteri Utstein come la cessazione dell'attività meccanica cardiaca confermata da assenza di polso palpabile, ha un incidenza di 0,175 eventi/letto/anno, ovvero 1-5 casi per 1000 pazienti (pz) ricoverati [1]. Una raccolta dati standardizzata secondo un modello predefinito (Utstein *style*) è parametro indispensabile per investigare in modo uniforme e riproducibile e incidere positivamente sull'*outcome* [2]. Il documento SIAARTI-IRC sull'emergenza intraospedaliera [2] ha posto in evidenza la difficoltà di applicare tale raccolta nella popolazione anziana, per la quale non esistono in letteratura registri specifici, né dati di *outcome*. Scopo del presente lavoro è di verificare se esiste o è possibile definire un modello di registro per l'IHCA specifico per il pz anziano.
Materiali e metodi. È stata effettuata una revisione della letteratura tramite Medline limitatamente al periodo dicembre 1997- gennaio 2008, utilizzando le parole chiavi UTSTEIN style, IHCA registry, IHCA outcome, IHCA in elderly patient. Un totale di 20 studi sono stati identificati, 5 dei quali 2-6 contenevano elementi per la definizione di un registro Utstein style.
Risultati. La revisione della letteratura ha in primo luogo confermato un modello di registro IHCA, in conformità a quanto adottato in sede internazionale dal 1997 3 rivisto e semplificato dalla Task Force ILCOR 4. Secondariamente, ha messo in evidenza che non esistono modelli di registro IHCA specifici per l'anziano, né dati di outcome post-IHCA specifici per tale categoria di pz. A partire da queste considerazioni è stato elaborato uno schema di registro IHCA da implementare e valicare nei presidi ospedalieri afferenti al nostro Istituto. Le variabili identificate sono riportate in Tabella I.

Tab. I. Variabili registrate.

anagrafica	nome, età, sesso, data ricovero ospedaliero
descrizione evento	h, sede, testimoni, ritmi di esordio
dati anamnestici	comorbidità
eziologia	evento precipitante l'IHCA, fattori favorenti
tempistica e trattamenti pre ALS (*Advanced Life Support*)	inizio e durata fasi di trattamento
prognosi	ricovero in terapia intensiva, fine RCP
outcome intraospedaliero	GCS (*Glasgow Coma Score*)
outcome a 1 anno	sopravvivenza, esiti

Conclusione. L'istituzione di tale registro IHCA e la sua implementazione in ambito ospedaliero geriatrico consentirà di ottenere dati percentuali sulla sopravvivenza post-IHCA nel paziente anziano e di verificare, attraverso disamine comparative, se e come la prognosi immediata, a breve e lungo termine è influenzata o meno dall'età. Successivamente, sarà possibile avviare una analisi critica dei risultati e programmare modifiche e miglioramenti al sistema di emergenza intraospedaliera.

Bibliografia

1 Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. *In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival*. Intens Care Med 2007;33:237-45.
2 Raccomandazioni SIAARTI - IRC per l'organizzazione della risposta all'emergenza intraospedaliera. Min Anestesiol 2007;10:545-53.
3 Cummins RO, Chamberlain D, Hazinski MF. *Recommended guidelines for reviewing, reporting and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital "Utstein Style"*. Am Heart Assoc 1997;34:151-83.
4 Fredriksson M, Herlitz J, Nichol G. *Variation in outcome in studies of out-of-hospital cardiac arrest: a review of studies conforming to the Utstein guidelines*. Am J Emerg Med 2003;21:276-81.
5 Jacobs J, Nadkami V, Herlitz J. *Cardiac arrest and CPR outcome reports: update and simplification of the Utstein template for resuscitation registries*. Resuscitation 2004;63:233-49.
6 Pederdy MA, Cretikos M, Abella BS, Devita M, et al. *Reccomended guidelines for monitoring, reporting and conducting research on medical emergency team, outreach, and rapid response system: an Utstein-style scientific statement*. Resuscitation 2007;75:412-33.

Il recupero funzionale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: intervento sui meccanismi che regolano l'interazione tra malattie associate e modificazioni del livello di autosufficienza

E. Giannandrea, C. Gagliardi[2], M. De Martis, M. Sebastiani[3], L. Spazzafumo[4], F. Lattanzio

INRCA, Residenza Sanitaria Medicalizzata Riabilitativa di Appignano (MC); [1] INRCA, U.O. di Gerontologia e Psicologia Sociale, Ancona; [2] INRCA, Direzione Sanitaria di Istituto, Ancona; [3] INRCA, Centro di Biometria e Statistica, Ancona

Scopo. Il rapido e progressivo invecchiamento della popolazione italiana pone nuove sfide e richiede nuovi modelli di assistenza atti a soddisfare le esigenze della popolazione anziana 1. Proprio in relazione a questa necessità

si vuole proporre i risultati di uno studio condotto nella realtà organizzativa della Sede INRCA di Appignano, qualificata come Residenza Sanitaria Medicalizzata Riabilitativa con Atto Regionale n° 2086 del 1997. Registra circa 10.000 giornate di degenza all'anno. La mission della struttura è il recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche e psichiche. Il paziente tipo della struttura è infatti in età geriatrica con grave handicap, con possibilità di recupero parziale, o totale della propria autosufficienza, oppure paziente con patologia in fase cronica, o post-acuta che non necessita di terapie mediche intensive ed infine, il paziente non trattabile a domicilio e/o ambulatorialmente. L'attività di recupero funzionale si svolge attraverso la riduzione della morbilità, della disabilità, attraverso interventi sui meccanismi che regolano l'interazione tra presenza di malattie associate e la comparsa di modificazioni dell'autosufficienza ed, infine, con una attenzione particolare ai fattori che determinano in alcuni individui un "eccesso di disabilità". Il presente studio vuole valutare l'efficacia di un programma di terapia riabilitativa geriatrica estensiva (terapia riabilitativa individuale, terapia fisica strumentale, ergoterapia, terapia occupazionale) su un campione di utenti che hanno fatto ricorso alla struttura negli anni 2005 e 2006, in relazione alle diverse classi di comorbilità, alle capacità cognitive e allo stato mentale dei soggetti.

Materiali e metodi. Il campione studiato è composto da 248 soggetti, di cui 68 maschi e 179 femmine, rispettivamente di età media 79 ± 5,3 e 80 ± 5,3 anni. Dall'esame della situazione familiare risulta che le femmine vivono maggiormente da sole (38,4% contro il 14,9% dei maschi), mentre è più probabile che i maschi vivano con il coniuge (64,2% dei maschi contro il 20,3% delle femmine).

I pazienti sono stati esaminati sotto il profilo clinico, della salute mentale e dello stato funzionale. In particolare, la pluripatologia è stata esaminata con la scala CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*), le capacità cognitive con il test AMT (*Abbreviated Mental Test*), lo stato psichico con la GDS-15 (*Geriatric Depression Scale*), il grado di autonomia funzionale con Indice di Barthel (BI). Alla dimissione venivano inoltre valutate le condizioni cliniche, cognitive e socio-ambientali tramite la scheda di valutazione multidimensionale VMD INRCA ai fini della dimissione protetta, con una particolare attenzione al *caregiver* di riferimento. L'analisi statistica è stata condotta con i seguenti test: test t di Student per il confronto tra medie di due gruppi; analisi della varianza (ANOVA) per il confronto tra medie per numero di gruppi > 2; test del $\pm^2$ di Pearson per il confronto di percentuali, regressione lineare multipla per variabili continue. Il limite della significatività statistica è stato posto per $p < 0,05$.

Risultati. Il campione presenta un valore medio di comorbilità (CM2) elevato, pari a 5 ± 2 per le femmine e 6 ± 2 per i maschi. Il grado di severità (ISV) risulta anch'esso alto, pari a 1,1 ± 0,4 per le femmine e 1,4 ± 0,4 per i maschi. La GDS presenta un valore medio contenuto nel range di normalità per l'anziano, pari a 5,2 ± 3,5 per le femmine e 3,7 ± 2,5 per i maschi. La differenza tra maschi e femmine risulta essere statisticamente significativa ($p < 0,01$). Il test AMT risulta pari a 7,2 ± 2,6. L'indice di Barthel al ricovero presentava un valore medio di 54,6 ± 34, alla dimissione di 70,6 ± 29. Il miglioramento nel BI risulta correlato alla comorbilità. L'outcome funzionale risulta comunque soddisfacente anche in caso di alta comorbilità.

Conclusione. Dall'analisi possiamo concludere che la tipologia di anziani che afferisce alla nostra struttura è composta di anziani affetti da pluripatologie con severità piuttosto alta e con una età media elevata. Questo, ovviamente rende il trattamento dei casi piuttosto complesso. Dall'analisi possiamo concludere che il tipo di trattamento effettuato dalla nostra équipe presenta una serie di outcome di successo. Infine bisogna sottolineare che i benefici di questo trattamento includono un miglioramento complessivo nelle attività funzionale della vita quotidiana e della qualità della vita del paziente, anche in termini di relazioni psico-sociali 2.

BIBLIOGRAFIA

1 Golini A, Basso S, Reynaud C. *L'invecchiamento della popolazione in Italia: una sfida per il paese e un laboratorio per il mondo*. Giornale di Gerontologia 2003;51:528-44.

2 Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. *Residenze Sanitarie per Anziani*. Ed. Il Mulino 2002.

Un'ora o più di movimento al giorno riduce la mortalità in persone molto anziane

B. Giannone, S. Settanni, P. Danese, M. Battaglia, S. Mastropaolo, A. Russo, G. Ruffilli, R. Bernabei, G. Onder, F. Landi

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma

Introduzione. È ormai di consolidata acquisizione il fatto che il mantenimento o l'incremento dell'attività fisica in età medio-avanzata sia associato a una riduzione della mortalità. Pochi studi hanno tuttavia valutato l'effetto dell'attività fisica nella popolazione di molto anziani. Il presente studio si è proposto di analizzare la relazione che intercorre fra una regolare attività motoria e la mortalità in una numerosa popolazione di persone molto anziane che vivono al domicilio.

Metodo. Sono stati analizzati i dati derivanti dallo studio IlSIRENTE, che ha monitorato gli anziani di ottanta anni o più, che abitavano nella Comunità Montana del Sirente. La prima valutazione di base dei soggetti partecipanti allo studio si è svolta dal dicembre 2003 al settembre 2004. Tutti i partecipanti allo studio che non presentavano difficoltà di rilievo nello svolgimento delle attività quotidiane (n = 248) sono stati seguiti per 24 mesi. L'attività motoria al baseline è stata valutata tramite la domanda "Quanti minuti cammina al giorno".

Risultati. Nei 24 mesi di osservazione sono deceduti 30 soggetti (12%); 18 soggetti su 65 (%) sono morti tra coloro che eseguivano meno di un'ora di cammino al giorno, contro 12 su 153 (%) di coloro che eseguivano un'ora o più di cammino al giorno. Dopo aver corretto l'analisi per età, sesso e altri possibili fattori confondenti i soggetti con un'ora o più di cammino al giorno hanno presentato una mortalità ridotta rispetto a quelli con meno di un'ora di cammino (RR, 0,36; 95% CI 0,12-0,98).

Conclusioni. I risultati di questo studio, derivati da un campione rappresentativo di persone molto anziane e fragili, conferma ulteriormente che elevati livelli di attività motoria sono associati ad una migliore sopravvivenza.

Studio dell'ipotensione ortostatica in una serie di 185 ricoveri successivi in reparto di geriatria per acuti

V. Giantin, A. Franchin, M. Simonato, G. Panzuto, K. Baccaglini, G. Grosso, F. Zanatta, M. Maselli, G. Enzi, E. Manzato

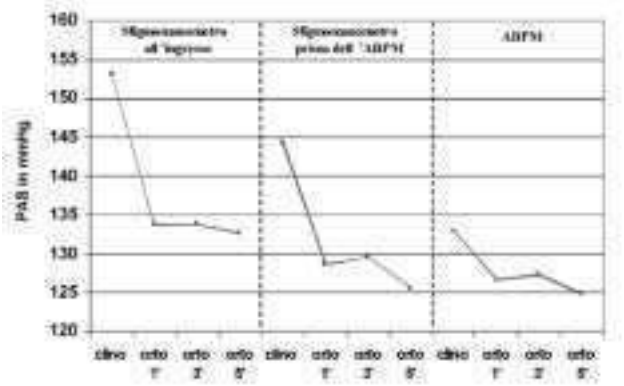
Clinica Geriatrica, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopi. Determinare in una serie di 185 anziani ricoverati: 1) la quota di pazienti allettati e mobilizzabili in un reparto di Geriatria; 2) la prevalenza di ipotensione ortostatica (OH) con metodica sfigmomanometrica (SF); 3) se vi fosse associazione tra Fattori di Rischio CV (FdR) e presenza di OH; 4) se vi siano differenze caratteristiche nei metodi di misura con SF e monitoraggio pressorio delle 24h (ABPM) nei pazienti con OH.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 185 successivi pazienti (134F, 51M) di età media 82,8 ± 7,7 aa, range 62-102, ricoverati in Clinica Geriatrica. Ad ogni soggetto in grado di mantenere la posizione eretta venivano effettuate in reparto misurazioni ripetute della PA e della FC in clino- e ortostatismo (al 1°, 3°, 5° e 15° min.) con SF (Erkameter 300) e ABPM (Takeda TM2430), poi lasciato in sede per il monitoraggio della PA 24 h. Dalla cartella clinica si rilevavano tutti i dati anamnestici e clinici utili.

Risultati. 1) La % dei pz. allettati in geriatria è elevata: 70%, 130 pz. su 185 successivi ricoveri. 2) Nel restante 30% = 55 pz. mobilizzabili, la prevalenza di OH varia tra 45 e 67% in base ai criteri diagnostici utilizzati (ESH-ESC '07 o JNC 7 '03). 3) L'OH aumenta con l'età e non risulta associata né con FdR, né con altre patologie (malattie CV, diabete, pregressa sincope o qualsiasi altro precedente clinico o anamnestico). 4) Nel nostro studio lo SF è più sensibile dell'ABPM nella diagnosi di OH. I pz. con OH possono avere il calo pressorio in tempi diversi, infatti alcuni hanno OH "tardiva", dopo il 5° minuto, e spesso sono ipertesi in clinostatismo. Caratteristica dei pz. con OH all'ABPM è una elevata variabilità pressoria (± DS dalla media), statisticamente significativa, rispetto a tutti gli altri tipi di pz, anche in cfr. con un gruppo di pz ambulatoriali. Il calo PA dopo pranzo è identico in tutti i pz sia OH che non OH.

Conclusioni. 1) La % di pz. allettati in reparto di geriatria acuti è elevata: 70%. 2) Nel 30% dei nostri pz. ricoverati mobilizzabili vi è una prevalenza di OH dal 45% al 67%, che sale a seconda del cut-off usato. Entrambi i dati sono risultati in accordo con gli studi epidemiologici internazionali. 3) Nessun fattore anamnestico o clinico o di rischio CV che abbiamo esaminato è in grado di predire la presenza di OH. 4) Di conseguenza, mancando indicatori di screening, l'OH può essere diagnosticata solo con l'esecuzione delle prove clino-ortostatiche con SF, che sarebbero da protrarre fino al 5°-15° minuto, per la diagnosi dell'OH tardiva. 5) L'ABPM può essere considerato un esame che completa lo studio dell'OH, utile per le scelte terapeutiche e l'identificazione del profilo individuale pressorio e di rischio CV, ma che non può essere usato per la diagnosi perché meno sensibile ai rapidi cali pressori posturali rispetto alla tecnica SF, che rimane il gold standard (vedi Grafico). 6) Nei pz. OH, grazie all'uso dell'ABPM, è risultato che la variabilità pressoria in tutto l'arco delle 24 ore è caratteristicamente elevata in modo statisticamente significativo, mentre il calo post-prandiale non è diverso da quello degli altri pz. ricoverati senza OH.



Casi implantoprotesici in pazienti anziani degenti presso i reparti dell'istituto "Piero Redaelli" di Milano

U. Giarante, R. D'Angelo

Istituto "Piero Redaelli" di Milano, ASP "Golgi-Redaelli"

La riabilitazione odontoprotesica mediante impianti osteointegrati è una metodica largamente diffusa fra individui di età adulta. Negli ultimi anni l'inserimento di fixure si sta diffondendo anche nell'età geriatrica. La semplificazione e la standardizzazione delle tecniche chirurgiche implantologiche, l'abbondanza di tipologie di impianti e dei loro componenti offerti dal mercato, permettono di offrire un prodotto versatile ed adattabile alle esigenze funzionali, estetiche ed economiche del paziente tenendo conto dei costi dei materiali e del prezzo pagato dall'utente.

Una metodica poco invasiva, relativamente economica, usufruibile soprattutto da una popolazione anziana con basso potere d'acquisto, è la protesi totale in metacrilato con denti in resina su impianti osteointegrati che si utilizza soprattutto per l'arcata inferiore edentula. Tale metodica viene effettuata su pazienti di età compresa fra 60 e 80 anni con patologie sistemiche che non compromettono lo stile di vita e l'autonomia. In questa fascia di età si rileva frequentemente l'insorgenza di patologie che compromettono l'autosufficienza del paziente e talora determinano il ricovero ospedaliero con successivo trasferimento in strutture riabilitative, altre volte il definitivo inserimento in Residenze Sanitarie Protette. Presso l'Istituto P. Redaelli è storicamente presente un Ambulatorio Odontostomatologico a disposizione degli ospiti. L'affluenza a tale sevizio è rappresentata da circa 200 prestazioni l'anno. I pazienti possono pervenire in ambulatorio su richiesta dei loro medici di reparto (RSA, IDR, DH, CDI, nn. Alzheimer, n. Stati vegetativi, Hospice) per un totale di circa 608 possibili utenti. In un periodo di circa dodici mesi, dal giugno 2007 al giugno 2008, sono pervenuti dieci pazienti anziani con protesi totali inferiori in metacrilato e denti in resina predisposte con cilindri di ritenzione immersi nella resina protesica specifici per pilastri Oring avvitati agli impianti osteointegrati. Un solo paziente aveva presentato problemi relativi ad un impianto il quale, perdendo l'integrazione con l'osso, è risultato mobile ed ha richiesto la rimozione chirurgica. Tutti gli altri nove ospiti presentavano impianti ben inseriti e ben tollerati. Alcuni impianti presentavano evidenti segni di circostante retrazione ossea e gengivale. Quattro pazienti presentavano difficoltà all'inserimento delle protesi per distacco di alcuni componenti quali perdita di dei pilastri Oring, perdita degli attacchi, fratture, difetti di riempimento. Alcuni pazienti avevano perso i contatti con lo studio del quale erano stati clienti e tutti erano sprovvisti della documentazione necessaria per l'individuazione del tipo di impianto ovvero della Ditta produttrice. Un paziente della RSA, in condizioni cliniche estremamente critiche, non autosufficiente e non collaborante per gravi esiti post-ictali, presentava profondi decubiti alle labbra che impedivano l'imboccamento e provocavano dolore. Queste lesioni erano causate da pilastri Oring che offendevano ad ogni movimento le labbra provocando l'angoscia dei familiari e la loro richiesta di intervento a breve termine. Su precisa richiesta, lo studio di provenienza ha velocemente provveduto a reperire i componenti degli impianti che sono stati portati in Istituto dai parenti stessi. Dopo alcuni giorni dalla rimozione dei pilastri Oring, con avvitamento dei tappi di guarigione, i decubiti si sono risolti ed il paziente ha terminato il suo ciclo esistenziale in modo più dignitoso. In questo ultimo caso è stato possibile risolvere il problema grazie alla collaborazione tra odontostomatologo di Istituto, parenti e studio dentistico di provenienza che ha fornito i materiali necessari alla risoluzione di quel particolare problema. Tuttavia emerge la necessità di prestare attenzioni di tipo preventivo alle problematiche esistenti tra implantologia e insorgenza di malattie invalidanti tipiche del paziente anziano. Gli studi dentistici devono sensibilizzare gli utenti alla conservazione dei dati relativi al tipo di impianto inserito per individuare anche a distanza di tempo i componenti usati nella protesizzazione. A questo scopo sarebbe interessante istituire una banca che possa fornire dati e materiali anche a distanza di molti anni dopo l'inserimento delle fixure. La popolazione anziana che ha accettato costosi interventi invasivi e protesi complesse quando era autosufficiente e libera da patologie invalidanti, deve aver garantita la possibilità di poter rimediare ad ogni problema odontoiatrico qualora l'insorgenza di polipatologie o il trasferimento in altri luoghi di cura rendano necessario intervenire per ristabilire l'integrità funzionale, estetica ed igienica dell'apparato stomatognatico.

Valutazione dell'efficacia di un programma di attività fisica adattata (APA) in una popolazione di anziani istituzionalizzati affetti da ritardo mentale

G. Giardini[1], I. Ghezzi[1], M.D. Nuzzo[1], A. Ponti[1], L. Cimarelli[1], F. Pregliasco[1 2]

[1] Fondazione Istituto "Sacra Famiglia", Cesano Boscone (MI); [2] Dipartimento Sanità Pubblica, Università di Milano

Scopo. I livelli di attività fisica si riducono con l'avanzare dell'età e questo è ancor più vero per gli anziani affetti da ritardo mentale istituzionalizzati.

Scopo di questo studio è valutare l'efficacia di un programma di APA in gruppo di anziani disabili istituzionalizzati dell'hinterland milanese nel migliorare la performance fisica, la massa muscolare e la mobilità.

Materiali e metodi. Nel gennaio 2008 sono stati reclutati 23 anziani (M 6, F 17; età media 68,73 ± 8,75 aa, range 60-84 aa) residenti presso la RSA "San Vincenzo" della Fondazione "Istituto Sacra Famiglia" omogenei per abitudini di vita. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale costituita da anamnesi, esame obiettivo, valutazione dello stato nutrizionale, dell'autonomia funzionale, del rischio di caduta e dello stato cognitivo.

Per tutti gli anziani arruolati l'autonomia funzionale è stata valutata mediante l'Indice di Barthel modificato. Al fine di identificare i soggetti a rischio di caduta è stata somministrata la Scala di Tinetti. Lo stato cognitivo è stato valutato attraverso la somministrazione del Severe *Mini Mental State Examination* (SMMSE), mentre lo stato nutrizionale è stato valutato mediante il *Mini Nutritional Assessment* (MNA), il dosaggio dell'albumina, la misura di peso/altezza e il calcolo del Body Mass Index (BMI). Per ciascun soggetto sono stati calcolati inoltre l'Indice di Severità e l'Indice di Comorbilità della *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS).

Nel gennaio e nel maggio 2008 a ogni soggetto sono state misurate la circonferenza brachiale, addominale, del polpaccio e del quadricipite; inoltre tutti gli anziani sono stati sottoposti al Walking Test (WT6') e al *Timed Up and Go* (TUG).
Prima di ogni WT6' è stata misurata la pressione arteriosa (PA), la frequenza cardiaca (FC) e la saturazione di O_2 (SaO_2). Il WT6' è stato effettuato monitorando costantemente FC e SaO_2. Dopo un minuto dalla fine del WT6' sono state misurate nuovamente PA, FC e SaO_2.
Negli stessi mesi la mobilità del cingolo scapolo-omerale è stata misurata con il goniometro, portando l'omero fino al limite del movimento di flessione e con il bastone graduato misurando l'impugnatura tra gli arti nel movimento di flessione.
Da febbraio ad aprile 2008 i 23 soggetti arruolati, tre volte alla settimana (lunedì, martedì e giovedì), hanno svolto APA per novanta minuti in una palestra attrezzata sotto la supervisione di una specialista in scienze motorie.
All'inizio di ogni seduta di APA veniva effettuato un appello al fine di verificare la reale presenza degli ospiti in palestra.
Il geriatria della RSA e la dottoressa in scienze motorie hanno concordato per ciascun anziano un programma individualizzato di lavoro in palestra. Per ciascun soggetto è stata, pertanto, realizzata una scheda di lavoro personalizzata in cui sono descritti gli obiettivi da raggiungere, gli strumenti da usare, gli esercizi, il numero di serie, di ripetizioni e il carico di lavoro e, quando necessario, le indicazioni per l'operatore. Mensilmente il geriatra e la specialista in scienze motorie hanno verificato lo svolgimento del lavoro e apportato le eventuali modifiche.
Per l'analisi statistica è stato utilizzato il Test-T per dati appaiati.
Risultati. Non c'è stato alcun drop-out. La compliance all'APA è stata elevata e mai nessun soggetto è stato assente per 3 volte consecutive. Tra i soggetti reclutati non si sono verificati decessi, eventi cardio-cerebrovascolari, fratture ossee traumatiche o patologiche, danni muscolo-scheletrici e cadute condizionanti giorni di immobilizzazione. Nessun soggetto è stato ricoverato in ospedale per alcuna causa.
Dopo tre mesi non sono state misurate differenze significative della circonferenza del polpaccio e del quadricipite.
Si è invece osservato un incremento statisticamente significativo della circonferenza brachiale ($p = 0,002$) e una riduzione anch'essa significativa della circonferenza addominale ($p = 0,001$).
La mobilità del cingolo scapolo-omerale è migliorata significativamente ($p = 0,01$). La performance fisica misurata mediante il WT6' è migliorata in modo significativo ($p < 0,05$). È stato inoltre osservato al TUG un miglioramento statisticamente significativo sia del tempo di alzata dalla sedia ($p < 0,05$) che del numero di alzate in un minuto ($p< 0,05$).
Conclusione. Questo studio evidenzia che, in questo gruppo di soggetti, l'esercizio fisico continuativo è risultato essere un elemento fondamentale per garantire benessere psico-fisico all'anziano istituzionalizzato.
La performance fisica (WT6' e TUG), e la mobilità del cingolo scapolo-omerale sono migliorate in modo significativo.

Rara forma di linfoma intravascolare causa di febbre di origine imprecisata

F. Gioia, A. Matteazzi, E. Bonoldi[1], F. Matteazzi, E. Valerio, B. Famengo[1], G. Valerio

U.O. Geriatria ULSS 6, Vicenza; [1] U.O. Anatomia Patologica e Cito-istopatologia ULSS 6, Vicenza

Introduzione. Il linfoma intravascolare (IVL) è una rara forma di linfoma a grandi cellule B a localizzazione extranodale nel quale la proliferazione delle cellule linfomatose avviene esclusivamente nei piccoli vasi, in particolare nei capillari 1. Le conoscenze riguardanti IVL sono limitate a case-report o piccole casistiche. È una patologia aggressiva con tendenza alla disseminazione; generalmente fatale colpisce prevalentemente soggetti anziani con modalità di esordio e andamento clinico estremamente variabili. La sintomatologia è legata al coinvolgimento di organi specifici, ma spesso, per la mancanza di sintomi patognomici, la diagnosi è tardiva o post-mortem. L'International Extranodal Lynfoma Study Group in una recente revisione su 50 casi di IVL descritti nei paesi occidentali e 123 in quelli orientali ipotizza la presenza di due forme distinte con prevalenza diversa in relazione all'area geografica: la variante descritta nei paesi occidentali è caratterizzata da interessamento cutaneo e del SNC; la variante asiatica, raramente descritta nei paesi occidentali, si associa a sintomi sistemici, quali febbre, epatosplenomegalia e piastrinopenia 2. Morfologicamente IVL è caratterizzato dall'embolizzazione multiorgano da parte di cellule linfoidi B ad abito blastico, di ampia taglia con nucleo vescicoloso e nucleoli prominenti. Occasionalmente si possono osservare elementi anaplastici e microtrombi di fibrina. Caratteristica peculiare della forma asiatica è la presenza di emofagocitosi midollare.
Caso clinico. Presentiamo il caso di un uomo di 81 anni ricoverato nel nostro reparto per febbre. Veterinario in pensione, conduceva una vita attiva; riferiva pregressa tubercolosi polmonare, modesta ipertensione arteriosa e un recente viaggio in Medio Oriente. L'obiettività clinica all'ingresso dimostrava condizioni generali conservate e lieve epatosplenomegalia non dolente. Gli esami ematochimici evidenziavano modesta anemia (Hb 9,8 g/dL), piastrinopenia (90 x 10^9/L) e aumento della LDH (680 U/L). Venivano eseguite emocolture seriate, urocolture e sierologie per tifo, paratifo, brucella, bartonella, HBV, HCV, HAV, HIV1, HIV2, agenti Pneumotropi, EBV, CMV e Leishmania: risultavano tutte negative. Risultava negativo pure lo striscio di sangue periferico per malaria e la ricerca di micobatteri. La diagnostica immunologia d'infezione tubercolare (Quantiferon-TB) risultava invece positiva. La radiografia del torace, la TAC toraco-addominale, l'Ecocardiogramma, l'Ecografia trans-rettale, l'EGDS e la Colonscopia escludevano lesioni infiammatorie e neoplasie occulte. Risultavano normali i marcatori neoplastici mucinici. L'ago aspirato midollare eseguito già all'ingresso del paziente, nel sospetto clinico di una patologia ematologica, aveva dimostrato un quadro midollare reattivo; veniva successivamente eseguita biopsia osteomidollare che dimostrava lieve displasia emopoietica con occasionale emofagocitosi e minimo infiltrato linfocitario polifenotipico maturo. Gli esami sierologici e la biopsia dell'arteria temporale escludevano infine la presenza di patologie autoimmuni. Veniva eseguita FDG-PET che dimostrava molteplici sedi d'iper-concentrazione dell'indicatore metabolico in ambito addomino-pelvico, la maggiore delle quali in sede di emicolon destro; ciò giustificava la ripetizione della colonscopia estesa all'ileo terminale, che comunque non risultava diagnostica. S'iniziava terapia antitubercolare che risultava inefficace sul quadro febbrile e causava epatite acuta. Le condizioni cliniche del paziente peggioravano rapidamente per comparsa di CID e insufficienza multi-organo che portavano al decesso. Il riscontro diagnostico autoptico dimostrava linfoma intravascolare a cellule B con immunofenotipo CD45+ e CD20+ con coinvolgimento multi-organo, CID e edema polmonare terminale.
Conclusione. Il caso descritto presenta caratteristiche istologiche, morfologiche e immuno-fenotipiche coerenti con il linfoma intravascolare a cellule B secondo la classificazione WHO 2001. La presentazione clinica e i riscontri anatomopatologici rendono questo caso assimilabile alla variante asiatica della malattia, soprattutto in considerazione dell'emofagocitosi midollare, dell'assenza di coinvolgimento cutaneo e di sintomatologia neurologica. Nonostante lo sforzo diagnostico fatto e la clinica suggestiva per neoplasia ematologica, non è stato possibile fare diagnosi di certezza prima della morte del paziente. Anche la FDG-PET, a cui viene attribuita generalmente alta sensibilità e specificità nell'inquadramento eziologico di pazienti con febbre di origine imprecisata, non ha fornito in questo caso informazioni diagnostiche utili. In conclusione nell'iter diagnostico della febbre di origine imprecisata devono essere considerate anche patologie rare e di difficile diagnosi come il linfoma intravascolare.

Bibliografia

1 Ponzoni M, Ferreri J, Campo E, Facchetti F, Mazzucchelli L, Yoshino T. J Clin Oncol 2007;25:3168-73.
2 Ferreri A, Dognini G, Campo E, Willemze R, Seymour J, Bairey O, et al. Hematologica 2007;92:486-92.

Pazienti con polmonite acquisita in comunità, sede di ricovero e trattamento: letti di corsia o di terapia subintensiva?

A. Giordano, R. Rozzini, I. Sleiman, P. Barbisoni, A. Ricci, A. Morandi, C. Mattanza, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. Numerosi dati in letteratura descrivono differenti strategie terapeutiche per migliorare l'outcome clinico; pochi dati, invece lo valutano nei diversi setting di cura 1. Obiettivo del lavoro è di confrontare le caratteristiche cliniche nei pazienti anziani ricoverati per polmonite nei letti di corsia verso quelli ricoverati in Unità di Cura Sub Intensiva (UCSI) geriatrica.
Materiali e metodi. Lo studio è stato effettuato su 365 pazienti, ricoverati consecutivamente nel reparto di Geriatria dell'Ospedale Poliambulanza di Brescia; 191 ricoverati nei letti di corsia e 174 nell'Unità di Cura Sub-Intensiva (UCSI). Sono stati rilevati i seguenti parametri: età, sesso, diagnosi di ingresso, APACHE II-APS score, comorbilità (Charlson Index), numero di farmaci assunti, colesterolemia e albumina sierica, stato mentale (Mini Mental State Examination MMSE, Geriatric Depression Scale), stato funzionale (Barthel Index, IADL) e giornate di degenza. La diagnosi di polmonite è stata effettuata con i segni clinici e la radiografia del torace all'ingresso e la malattia è stata trattata secondo le Linee Guida della ATS 2.
Risultati. I pazienti ricoverati in UCSI rispetti a quelli nei letti di corsia erano affetti più frequentemente da BPCO: 76,1% *vs.* 61,1%, $p < 0,01$; insufficienza renale: 33,3 *vs.* 19,9%, $p = 0,003$ e demenza: 45,8 *vs.* 35,9%, $p = 0,025$. Nessuna differenza è stata evidenziata, tra i due gruppi per quanto riguarda la comorbilità. Quelli ricoverati in UCSI avevano un APACHE score ($17,0 \pm 6,0$ *vs.* $13,5 \pm 4,9$; $p = 0,001$) e APACHE II-APS subscore ($10,2 \pm 5,4$ *vs.* $4,2 \pm 4,0$; $p = 0,001$) rispetto ai pazienti ricoverati nei letti di corsia. Nessuna differenza, invece per quanto riguarda le giornate di degenza in ospedale ($7,7 \pm 4,1$ *vs.* $7,3 \pm 4,3$; $p = 0,373$). I pazienti ricoverati in UCSI avevano un più elevata percentuale di mortalità a 30 (23,6% *vs.* 6,8%, $p < 0,001$) e a 90 giorni (33,3% *vs.* 11,7%, $p < 0,001$) rispetto ai letti di corsia.
Conclusioni. I pazienti ricoverati in SICU presentano un elevata percentuale di mortalità a 30 e a 90 giorni, una maggiore gravità di malattia, un stato cognitivo e funzionale più compromesso e maggiore comorbilità rispetto a quelli ricoverati nei letti di corsia. È rilevante sottolineare che la durata della degenza è simile nei due setting, permettendo di ipotizzare che la maggior intensità clinica nella SICU si traduce in un ricovero più breve.

Bibliografia

1 Restrepo MI, Bienen T, Mortensen EM, et al.; On Behalf of the Chest Infections Network. *Evaluation of ICU admission criteria and diagnostic methods for patients with severe community-acquired Pneumonia*. Curr Pract Surv Chest 2008;133:828-9.

2 ATS. *Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and antimicrobial therapy, and prevention*. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:1730-54.

La NED nell'anziano fragile: nuovo modello organizzativo INRCA-Ancona

N. Giorgini[1], P. Orlandoni[1], N. Castorani[1 2], D. Fagnani[1 2], C. Venturini[1], L. Spazzafumo[1], F. Lattanzio[3]

[1] U.O.S. di Nutrizione Artificiale (Centro di Riferimento Regionale NAD); [2] INRCA-IRCCS, Agenzia Nazionale per le problematiche dell'Invecchiamento, Ancona; [3] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. Il progressivo invecchiamento della popolazione ed i mutamenti sociali nell'assetto familiare richiedono un adeguamento nei servizi assistenziali extraospedalieri al fine di garantire una reale efficacia delle terapie ed un ottimale rapporto costo/beneficio. Con la D.R. del 1997 il Centro di Nutrizione Clinica dell'INRCA di Ancona (Centro Regionale di Riferimento per la Nutrizione Artificiale Domiciliare – NAD) segue in Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) quasi esclusivamente pazienti anziani (età media 85 aa) spesso con pluripatologie e grado di autonomia limitato. Dopo 10 anni di attività è stata condotta un'analisi critica dell'operato del Servizio da cui sono emerse diverse problematiche: ridotta disponibilità/impossibilità dei familiari a recarsi c/o la Farmacia Ospedaliera per l'approvvigionamento dei presidi per la NED; ridotta disponibilità/impossibilità dei familiari ad organizzare il trasporto del paziente, spesso in condizioni cliniche critiche, c/o l'ambulatorio nutrizionale per periodica valutazione; difficoltà a comunicare con gli operatori sanitari per i pazienti in casa di cura; necessità di monitorare frequentemente la funzionalità cardiaca e respiratoria (i cui scompensi costituiscono la maggior causa di ricovero e decesso); far fronte ad un crescente aumento di richiesta di ricovero per complicanze quali disidratazione, squilibri idro-elettrolitci, polmoniti *ab ingestis* e per complicanze delle vie d'accesso. Scopo del lavoro è illustrare i risultati ottenuti con un nuovo modello organizzativo INRCA, che prevede il trasporto dedicato del materiale per la NED, la valutazione antropometrica e del grado di disfagia, il controllo della via di infusione e il monitoraggio cardiaco con telemedicina con cadenza mensile direttamente a domicilio.
Materiali e metodi. Nel maggio 2006 ha preso avvio un nuovo modello organizzativo assistenziale per pazienti anziani in NED in collaborazione con Vivisol Srl, azienda leader nel settore dell'assistenza domiciliare integrata. Con cadenza mensile, il personale specializzato (dietista e fisioterapista) operante presso il centro NAD dell'INRCA di Ancona effettua le seguenti rilevazioni: peso corporeo (tramite l'utilizzo di una bilancia a celle di carico), altezza (misurazione dell'altezza al braccio e confronto con tabelle MUST) e circonferenza del braccio, test della forza muscolare con dinamometria e consumo calorico (calorimetria indiretta tipo *armband*). La fornitura dei presidi per la NED viene recapitata mensilmente o secondo necessità su indicazione del medico nutrizionista.
Risultati. Fino al giugno 2008 sono stati seguiti n. 139 pazienti affetti da patologie neurologiche non tumorali con età media di 85 aa, di cui 69% femmine, posti in NED per disfagia (83,5%) o per anoressia (16,5%); il 71,3% dei pazienti presentavano una o più comorbilità. Le giornate totali di trattamento sono state 55.641 con un periodo medio di sopravvivenza superiore ad un anno (399 giorni), contro i circa 300 giorni di una casistica pubblicata di recente per pazienti di età > 75 anni [2]. La presenza di lesioni da decubito e di *ab ingestis* sono correlate alle mortalità ($p < 0,001$).
Sono state effettuate n. 987 visite domiciliari che hanno permesso la ripresa parziale dell'alimentazione per os (nel 12% dei casi), la rilevazione di gravi anomalie cardiache con richiesta di ricovero urgente nel 6% dei casi e l'individuazione di complicanze delle vie d'accesso nel 10% dei casi senza gravi conseguenze. Attualmente il 39,6% dei pazienti risulta ancora in carico mentre il 3,6% ha sospeso il servizio per una totale ripresa dell'alimentazione per os e un altro 3,6% per passaggio ad altro Centro di Nutrizione.
Conclusione. La totale presa in carico del paziente domiciliare e il periodico monitoraggio dello stato nutrizionale da parte di *personale specializzato operante nel Centro di Riferimento NAD ospedaliero* è indispensabile allo scopo di garantire l'efficacia della terapia e la riduzione dell'insorgenza di complicanze, con riduzione dei costi e miglioramento dell'efficacia della terapia nutrizionale anche in pazienti in condizioni di fragilità o disabilità grave. La sopravvivenza.
Infatti, l'intervento diretto sul territorio (Domicilio, Case di Riposo, RSA), dove non esiste un'adeguata organizzazione per la gestione della NED, ha l'obiettivo di ridurre il numero di ricoveri ospedalieri per disidratazione, squilibri idro-elettrolitci, marasma senile, cachessia e polmoniti *ab ingestis*.

Bibliografia

1 Silver HJ, et al. *Older adults receiving home enteral nutrition: enteral regimen, provider involvement, and health care outcomes*. JPEN 2004;28:92-8.

2 Paccagnella A, et al. *Home enteral nutrition in adults: A five-year (2001-2005) epidemiological analysis*. Clin Nutr 2008;27:378-385.

La farmacovigilanza in RSA: un'esperienza di formazione in provincia di Trento

R. Girardello, E. Debastiani[1], C. Betta[1], G. Dusi[2], M. Boni, S. Minervini

SSN, APSS Trento, U.O. Geriatria Ospedale di Rovereto; [1] Servizio Farmaceutico APSS; [2] Farmacia Ospedale di Rovereto

Introduzione. La Farmacovigilanza nel paziente anziano risulta da tempo al centro dell'interesse clinico dei geriatri, avendo raggiunto con lo studio e il database GIFA importanti e significativi risultati metodologici e scientifici, ancor oggi in grado di fornire indicazioni utili, attuali e stimolanti [1]. Recenti contributi della letteratura hanno evidenziato inoltre l'importanza strategica di un approccio multiprofessionale nel *setting* ospedaliero e residenziale, valorizzando da un lato la collaborazione tra il geriatra e il farmacista [2], dall'altro il ruolo chiave del personale infermieristico in questa importante attività sanitaria, in ambito nazionale [3] e internazionale [4]. Il Trentino risulta al terzo posto in Italia per tasso di segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci (ADR), dopo Toscana e Lombardia, ma una più capillare e attenta diffusione di una "strategia dell'attenzione" appare comunque un risultato da perseguire. Abbiamo quindi attuato nella nostra provincia una iniziativa formativa sulla Farmacovigilanza rivolta a medici e infermieri delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in collaborazione tra l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) e l'Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza (UPIPA).

Obiettivi del corso. Da un punto di vista generale diffondere nelle RSA della provincia di Trento la prassi della segnalazione di eventuali ADR nella popolazione anziana. In particolare sviluppare una maggiore sensibilizzazione tra i medici e gli infermieri nel prendere consapevolezza del proprio ruolo cruciale nella gestione delle segnalazioni delle reazioni ai farmaci. Nello specifico approfondire gli aspetti della farmacovigilanza nell'anziano, conoscere la normativa sulla farmacovigilanza, rafforzare le conoscenze dei medici e degli infermieri affinché l'attività di segnalazione di ADR diventi parte integrante della pratica medico-assistenziale, recuperare il ruolo e la responsabilità degli infermieri nell'attività di segnalazione e acquisire padronanza delle modalità di segnalazione.

Metodologia. La metodologia didattica consiste in lezioni interattive sugli aspetti teorici e conoscitivi del sapere di base, seguite da attivazioni individuali e lavori in piccoli gruppi, specificatamente preparati, alternati a momenti di confronto e dibattito, analisi dei casi pratici di segnalazione di effetti collaterali nell'uso dei farmaci negli anziani in RSA. Nello specifico gli argomenti svolti sono i seguenti: 1) la segnalazione di sospette reazioni avverse: uno strumento per migliorare la sicurezza nell'uso dei farmaci; 2) la prescrizione nel paziente anziano: perché gli anziani sono a rischio; 3) reazioni indesiderate da farmaci nell'anziano; 4) presentazione e compilazione della scheda di "segnalazione di sospette reazioni avverse"; 5) la rete nazionale ed europea di farmacovigilanza; 6) presentazione casi e lavoro in gruppo; 7) restituzione in plenaria dei casi elaborati dai gruppi e dibattito; 8) questionari di valutazione dell'apprendimento e di soddisfazione.

Risultati. È stata realizzata una prima edizione del corso nel novembre 2007, che ha incontrato un ottimo livello di interesse, di partecipazione e di gradimento, in particolare per l'argomento ancora poco conosciuto e per le modalità interattive di svolgimento. Nel primo semestre 2008 si sono svolte altre cinque edizioni (una è prevista per l'autunno p.v.), per un totale di 150 partecipanti, in prevalenza infermieri. Dato il breve tempo trascorso dall'avvio del progetto, il risultato in termini di incremento delle segnalazioni da parte delle RSA non è per il momento significativo e sarà monitorato nei prossimi mesi. L'UPIPA, a tale riguardo, inoltrerà ai partecipanti un questionario che analizza il fenomeno, allo scopo di incidere con sempre maggior efficacia sulla attività di segnalazione. Ci sembra importante sottolineare la validità di un approccio formativo multidisciplinare al complesso problema del trattamento farmacologico e delle reazioni avverse nel paziente anziano in struttura residenziale. Nella nostra Azienda Sanitaria sono in corso di realizzazione analoghe iniziative formative anche in ambito ospedaliero.

Bibliografia

1. Corsonello A, Pedone C, Corica F, Antonelli Incalzi R. *Polypharmacy in elderly patients at discharge from the acute care hospital*. Ther Clin Risk Man 2007;3:197-203.
2. Handler SM, Hanlon JT, Perera S, et al. *Consensus list of signals to detect potential adverse drug reactions in Nursing Homes*. J Amer Geriat Soc 2008;56:808-15.
3. Saiani L, Di Giulio P, Brolis R, et al. *I problemi legati a farmaci e presidi in RSA e Distretto*. Informazioni sui Farmaci 2007;31:116-21,136-41.
4. Backstrom M, Ekman E, Mjorndal T. *Adverse drug reaction reporting by nurses in Sweden*. Eur J Clin Pharmacol 2007;63:613-8.

Cooperativa Onlus OSA (Operatori Sanitari Associati): certificazione UNI EN ISO 9001:2000 dell'assistenza domiciliare integrata

F. Giuffrida, M. Dentamaro[1], G. Milanese, D. Palumbo

Cooperativa Sociale e di Lavoro Onlus OSA (Operatori Sanitari Associati); [1] Dirigente Medico Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone

Obiettivi. L'Area ADI ha come obiettivo della propria politica la soddisfazione delle aspettative del committente, dell'utente e di tutti coloro che operano all'interno della Cooperativa, offrendo ed adeguando tutti i processi alle particolari esigenze rilevate e monitorando sia i progressi, sia il raggiungimento degli obiettivi concordati. Per tale motivo si è convenuto di ottenere la Certificazione di tale Area.

Metodi. La pianificazione della Certificazione dell'Area ADI ha previsto una serie di azioni, tra le quali si ricordano: Delibera CdA su Certificazione ISO 9002:94; Ricerca società di consulenza; Elaborazione Manuale, procedure e istruzioni; Realizzazione modulistica; Implementazione del Sistema; Ricerca Ente di Certificazione; Certificazione Area Assistenza Domiciliare Integrata; Verifica Ispettiva Ente di Certificazione; Conseguimento Certificazione.

Risultati. Ottenimento Certificazione ISO 9002:94. Inoltre a fine anno 2007, l'analisi dei risultati delle indagini di *customer satisfaction*, insieme all'esame dei reclami e delle manifestazioni di elogio dei clienti, e allo studio degli esiti delle verifiche ispettive interne, sono stati valutati in occasione del Riesame della Direzione e hanno permesso di individuare gli obiettivi di miglioramento.

Conclusioni. Con la certificazione sono stati raggiunti numerosi obiettivi di miglioramento dei processi a breve termine con l'obiettivo a distanza rappresentato: dal raggiungimento della precisione nella individuazione dei destinatari del servizio, dalla creazione di un servizio adeguato al tipo di bisogno cui si rivolge, dall'ottenimento della sicurezza e qualità delle cure fornite ai cittadini, dalla regolamentazione dei criteri di ingresso e di uscita dal sistema (accesso ed esclusione) e dal garantire la continuità del servizio erogato.

Assistenza, sostegno e formazione per i caregivers dell'anziano fragile: l'esperienza del progetto ENEA

C. Giuli, R. Brunelli, G. Cruciani, M. Francavilla, R.L. Marzullo, F. Sorvillo, D. Postacchini, F. Lattanzio[1]

INRCA, Fermo; [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. Il sostanziale aumento dell'aspettativa di vita ha portato alla crescita del numero di "anziani fragili", con evidenti ricadute nell'area assistenziale [1]. Recenti studi stimano che in Italia, circa l'80% degli anziani disabili è assistito in casa nell'ambito familiare [2]. In particolare, sembra che siano soprattutto le donne ad essere maggiormente interessate al fenomeno, in quanto rappresentano circa il 70% dei *caregivers* [3 4]. A tal riguardo diviene importante attivare programmi di sostegno assistenziale e strategie di formazione atte a supportare e sostenere i *caregivers* che assistono anziani in condizioni di fragilità, favorendo così la prevenzione dei processi involutivi legati al decadimento [5]. Lo scopo del presente studio riguarda la presentazione della metodologia di base e l'analisi descrittiva derivata

dall'esperienza del progetto italiano ENEA, ideato e coordinato dall'INRCA di Fermo, il cui obiettivo principale era quello di fornire ai partecipanti strumenti utili atti a fornire un'assistenza mirata e consapevole all'anziano malato o disabile.

Materiali e metodi. Il corso di formazione del Progetto ENEA era rivolto ai *caregivers*, in particolare familiari e badanti. Nell'anno 2007 sono state svolte due sessioni di 40 ore ciascuna, effettuate presso la sede dell'INRCA di Fermo. Tra gli obiettivi c'era la riduzione dello stress del *caregiver* attraverso interventi di conoscenza e consapevolezza del proprio ruolo. Ciò era finalizzato a semplificare la complessità e il peso della gestione del paziente, colmare la carenza di corrette informazioni, eliminare le errate metodiche di assistenza, creare la possibilità di individuare programmi atti alla diminuzione dello stress, con il conseguente obiettivo di prevenire la disabilità dell'anziano o il suo aggravamento. A tal riguardo, particolare importanza è stata data alla formazione attraverso moduli teorico-pratici, finalizzata ad offrire nozioni ed informazioni semplici, pratiche e concrete, per apportare maggiore professionalità al servizio offerto. Per la rilevazione soggettiva e multidimensionale del peso dell'assistenza sperimentato dai *caregivers* e del grado di stress sono stati usati i seguenti strumenti: la scala Relative Stress Scale (RSS); la scala COPE-INDEX; la *Caregiver Burden Inventory* (CBI); il questionario *State Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y); la scala *Beck Depression Inventory* (BDI).

Risultati. Il campione dei *caregivers* partecipanti al corso era costituito da 60 soggetti di sesso femminile, con un'età media di 47,75 ± 9 anni. Mediamente, i soggetti prestavano assistenza da 7,5 ± 7,46 anni. Il 14,8% del campione era laureato, mentre un 46,3% aveva un titolo di studio pari al diploma di scuola superiore. I risultati evidenziavano che il 29,8% dei soggetti viveva con il malato e prestava assistenza per l'intera giornata nel 30,4% dei casi. I soggetti hanno dichiarato di essere, per il malato, l'unica figura assistenziale nel 39,1% dei casi, mentre il 60,9% dichiarava di poter contare sull'aiuto di altre figure, quali badanti (28,6%) o familiari dell'assistito (64,3%).

Conclusione. L'esperienza del Progetto ENEA ha indubbiamente contribuito al raggiungimento di importanti obiettivi nel campo della formazione e dell'assistenza. Il corso ha infatti permesso di istituire uno spazio di *counselling* presso la sede INRCA di Fermo, finalizzato all'ascolto e alla relazione con chi si trova in situazioni di disagio e l'attivazione di gruppi di auto-mutuo aiuto per l'assistenza ai *caregivers*. Peculiarità dell'intervento è stata inoltre la traslazione della metodologia a strutture quali gli Uffici di Collocamento e di Formazione della Provincia di Ascoli Piceno, in quanto è risultato essere un modello di attività ripetibile ed esportabile. Sulla base dei dati raccolti, si sottolinea l'importanza nel fornire ai *caregivers* la possibilità di usufruire di interventi finalizzati ad affrontare lo stress, attraverso il sostegno psicologico e la formazione. L'individuazione del livello, del tipo e delle cause del carico soggettivo e del disagio psicologico provato dal *caregiver*, ha senza dubbio lo scopo di proporre ipotesi di intervento per ottimizzare il supporto alle famiglie e alleviare le responsabilità dell'assistenza, al fine di migliorare il benessere psicologico di chi assiste e, di conseguenza, la sua relazione con il paziente.

Bibliografia

1. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. *Frailty: an emerging geriatric syndrome*. Am J Med 2007;120:748-53.
2. Vellone E, Piras G, Sansoni J. *Stress, anxiety, and depression among caregivers of patients with Alzheimer's disease*. Ann Ig 2002;14:223-32.
3. Williams SW, Williams CS, Zimmerman S, Munn J, Dobbs D, Sloane PD. *Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: the role of social support*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2008;63:171-83.
4. Robine J-M, Michel J-P, Herrmann FR. *Who will care for the oldest people in our ageing society?* BMJ 2007;334:570-571.
5. Salvioli G. *Gli anziani e le badanti*. Giornale di Gerontologia 2007;55:59-61.

Appropriatezza della valutazione del BNP e NTproBNP nell'anziano ospedalizzato per scompenso in un Centro di riferimento per acuti

A. Giuliani, E. Espinosa, A. Mattioli, F. Salvi, P. Arma, E. Giannini, S.A. Rappelli, P. Dessí-Fulgheri

Clinica di Medicina Interna, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Ancona

Scopo della ricerca. Recentemente è stata proposta una rivalutazione critica del significato dei dosaggi di *Brain Natriuretic Peptide* (BNP) e del suo *N-terminal proBNP* (NTproBNP) nella valutazione clinica del soggetto anziano ospedalizzato per scompenso. Scopo del nostro studio è stato pertanto quello di valutare in una popolazione anziana affetta da cardiopatia ischemica/dilatativa, afferente in un reparto di Medicina Interna per acuti, quanto il BNP ed il NTproBNP risentissero delle condizioni emodinamiche e dei comuni parametri metabolici quali stato nutrizionale, diabete ed insufficienza renale.

Materiali e metodi. Sono stati inclusi nello studio, prospetticamente, pazienti con età superiore ai 65 anni ricoverati consecutivamente presso la Clinica di Medicina Interna, nel periodo novembre 2007-aprile 2008, per scompenso cardiaco (CHF) e popolazione case control (prevalentemente patologie cardiovascolari) valutandone peso altezza, BMI, pressione arteriosa, parametri ecocardiografici, terapia domiciliare e parametri ematochimici di routine. Veniva eseguita una VMD comprensiva del Geriatric Index of Comorbidity (GIC), Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression (GDS), Barthel Index (BI). I valori riportati sono espressi come media ± d.s.; veniva applicato il T-test, il Mann Whitney test per il confronto fra classi e Spearman Test per correlazioni dove indicato.

Risultati. Sono stati inclusi nello studio 60 pazienti suddivisi nei due gruppi (CHF e control) con età media di 74,5 ± 6,5 per control, e 77,1 ± 5,7 per CHF, (p n.s.) inviati prevalentemente dal Pronto Soccorso. I pazienti dei due gruppi non presentavano differenze significative per la funzionalità renale (creatinina e clearance creatinina) albumina, glicemia, emoglobina glicata e PCR. Le due classi non si differenziavano invece per tempi degenza mentre significativamente per MMSE con prevalenza del deficit cognitivo lieve nei pazienti affetti da CHF, PASm (control 137,9 ± 13,1 mmHg; CHF 120,5 ± 22,1 mmHg, $p < 0,05$), Frazione d'Eiezione (control 69,9 ± 17,6%; CHF 43,0 ± 17,0%, $p < 0,001$). Il BNP (control 99,6 ± 67,4 pg/ml; CHF 469,6 ± 351,6 pg/ml, $p < 0,001$) ed il NTproBNP (control 361,0 ± 286,3 pg/ml; CHF 3503,6 ± 3065,0 pg/ml, $p < 0,001$) risultavano entrambi significativamente diversi fra i due gruppi; anche i rispettivi valori corretti per la massa ventricolare, BMI e per funzionalità renale risultavano significativamente superiori nei pazienti affetti da scompenso cardiaco, con un cut-off diagnostico proponibile per CHF, in base ai nostri dati, per il BNP superiore al 1,0 pg-ml/g-m2 e 10,0 pg-ml/g-m2.

Conclusioni. Nell'anziano scompensato indipendentemente dall'anamnesi positiva per insufficienza renale, diabete, il dosaggio del BNP e del NTproBNP risultano un valido e diagnostico test laboratoristico di primo livello.

Coenzima Q10 e malattia di Parkinson

A. Giunta, A. Di Prima, G. Belvedere, M. Ferlisi, A. Lo Bue, G. Bellavia, V. Brucato, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Il CoQ10 funziona come una vitamina (liposolubile); è presente in piccole quantità in vari alimenti ed è sintetizzato in tutti i tessuti. È presente nella membrana interna dei mitocondri e funziona come coenzima per almeno tre enzimi mitocondriali quali il complesso I, II, e III; la via della fosforilazione ossidativa è essenziale per la produzione di adenosiltrifosfato (ATP) da cui dipende l'attività cellulare. È in grado di prevenire la deplezione dei metaboliti necessari alla resintesi dell'ATP e la forma ridotta inibisce la perossidazione lipidica e lo stress ossidativo. Il CoQ10 fu isolato per la prima volta nel 1957 da Crane dai mitocondri delle cellule cardiache di bue; nello stesso anno Morton introdusse il nome ubichinone che significava "chinone ubiquitario"; Littarru, e Folkers dimostrarono un deficit di CoQ10 nelle malattie cardiache.

Dai primi anni '80 si poterono eseguire numerosi trials clinici grazie alla disponibilità di grandi quantità di CoQ10 e alla possibilità di dosarlo nel sangue e nei tessuti. Il deficit di CoQ10 si è osservato in numerose malattie, sia nell'animale che nell'uomo e può essere determinato da almeno tre meccanismi quali: un'insufficiente apporto di coenzima con l'alimentazione, un aumentato consumo ed un'alterata biosintesi. Negli ultimi due decenni gran parte dei trials clinici riguardavano l'utilizzo del CoQ10 nel trattamento delle patologie cardiache ed in particolare delle cardiomiopatie dilatative idiopatiche. Più recentemente il CoQ10 è stato utilizzato nelle malattie neurodegenerative tra cui la Malattia di Parkinson. L'osservazione che una neurotossina come 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetraidropiridina (MPTP) possa causare parkinsonismo attraverso l'inibizione del complesso I mitocondriale ha incentivato la ricerca sul coinvolgimento della funzione mitocondriale nella MdP. Studi postmortem hanno riscontrato una ridotta attività del complesso I nella sostanza nera di pazienti affetti da MdP ed, in vivo, Parker et al. hanno riportato un'altrettanta ridotta attività nelle piastrine. La possibilità che l'attività mitocondriale sia coinvolta nella patogenesi della MdP sembra essere confermata dall'osservazione che nei mitocondri di piastrine isolate da soggetti affetti da MdP nelle fasi iniziali di malattia e senza trattamento, l'attività del complesso I, II e III era ridotta e che il trattamento con levodopa e con selegilina non modificava l'attività mitocondriale. Il gruppo di Greenamyre ha dimostrato, nei ratti, che la somministrazione per via sistemica di rotenone, una sostanza in grado d'inibire l'attività del complesso I, sia in grado di indurre parkinsonismo attraverso la degenerazione dei neuroni dopaminergici nigrali. Uno studio condotto su ratti anziani e trattati con MPTP osserva una riduzione della perdita di dopamina quando viene somministrato il CoQ10; i dati sembrano confermare che il CoQ10, nell'animale, esercita un effetto neuroprotettivo riducendo la neurotossicità da MPTP. Appare inoltre improbabile che il CoQ10 possa esercitare un effetto clinico attraverso un aumento di dopamina a livello striatale. L'*Huntington Study Group* valuta in uno studio randomizzato e controllato il trattamento con CoQ10 e remacemide in soggetti affetti da HD in fase precoce; i pazienti che ricevevano CoQ10 presentavano un declino della capacità funzionale globale inferiore di circa il 13% rispetto a coloro che non assumevano il coenzima sebbene non vi era una differenza significativa. Nel 2002 è stato pubblicato il risultato di un trial in doppio cieco, multicentrico, randomizzato, in gruppi paralleli; lo studio ha coinvolto 80 soggetti affetti da MdP in fase iniziale, in assenza di trattamento con levodopa, e l'osservazione è durata 16 mesi I pazienti sono stati randomizzati in quattro gruppi: 16 sono stati trattati con placebo e 64 con CoQ10 in dosi differenti di 300, 600 e 1200 mg/die. Lo studio ha dimostrato che il CoQ10 è ben tollerato in tutti e tre i gruppi di trattamento e che nei soggetti che hanno assunto 1200 mg/die si osservava un rallentamento significativo dell'aggravamento della MdP valutata attraverso il punteggio UPDRS parte I, II, III. In particolare l'effetto era più significativo nella parte II della UPDRS (ADL). Infine il gruppo di soggetti trattati con 1200 mg/die tendeva a raggiungere più tardivamente il momento dell'introduzione della levodopa. Gli autori concludono osservando come anche ad alte dosi il CoQ10 siano sicure e ben tollerate e che riduce l'aggravamento della MdP, valutata attraverso il punteggio UPDRS; ribadiscono la necessità di ulteriori studi dose-risposta per valutare il dosaggio più appropriato. Questi dati supportano l'ipotesi di un ruolo neuroprotettivo del CoQ10 e della possibilità di modificare l'approccio al trattamento della MdP almeno nelle fasi iniziali di malattia.

Bibliografia

Olanow CW, Jankovic J. *Neuroprotective therapy in Parkinson's disease and motor complications: a search for a pathogenesis-targeted, disease-modifying strategy*. Mov Disord 2005;20(Suppl 11):S3-10.

Una malattia reumatica in un soggetto anziano

P. Golotta, D. Ferrari, S. Fiorillo, G. Battaglia

D.H. Geriatrico, P.O. Soriano Calabro, ASP di Vibo Valentia

S.G., maschio, aa 75, PA 150/70 FC 64'/azione cardiaca ritmica. BMI:21.

Anamnesi fisiologica. Padre morto in giovane età per causa belli. Madre morta a età imprecisata, per cause che non ricorda. Sei germani, di cui tre deceduti. Coniugato con tre figli.

Anamnesi familiare. Nato a termine, parto eutocico, sviluppo psico-fisico regolare, non beve alcolici, fuma > di 20 sigarette al dì. Alvo regolare. Diuresi fisiologica. Scolarità I media.

Anamnesi patologica remota. Pregresso intervento per discopatia e intervento chirurgico per ulcera duodenale perforata. Un ricovero in Dermatologia presso il Policlinico Gemelli di Roma per psoriasi.

Anamnesi patologica prossima. Giunge alla nostra osservazione lamentando turbe della deambulazione. Tosse con espettorato produttivo e dispnea, anche per sforzi lievi. Non esegue alcuna terapia.

Esame obiettivo. Nella norma all'infuori di una facies congesta e un MV indebolito al torace con iperfonesi a timbro timpanico alle basi. Gli esami ematochimici mettono in rilievo leucociti 10.000 mm3 con formula regolare, una Waaler Rose positiva, una PCR di 568, PSA 4,78, nella norma gli altri esami. ECG. Impegno striale dx e ipertrofia ventricolare sx. La valutazione psicometrica mette in rilievo MMSE: 21/30; IADL < 2 funzioni perse su 8, ADL 6/6

Rx torace. Rinforzo del disegno polmonare. A dx 2 noduli: uno basale, l'altro in campo medio, di media densità, subcentimetrico.

TC senza CE del torace. Granulomi infiammatori cronici. L'HRTL: conferma i risultati della TC spirale, più una formazione similare in sede subpleurica con aspetto unicoimb corticale.

Rx mani. Riduzione di ampiezza interfalangi e dello spazio metacarpo-falangeo del 3° raggio di dx e degli spazi trapezio-metarcapali. Qualche areola di osteo-rarefazione a carico del radio e ulna dx.

Diagnosi conclusiva. Malattia di Caplan (sarcoidosi associata ad artrite reumatoide).

Il trattamento dell'anziano nell'ospedale per acuti è sempre più costoso rispetto a quello del giovane adulto?

A. Greco, M. Errico, F. Ferrandino, L. Miscio[1], L. Pacilli[1], F. Siena[2], M. Mastroianno[2], T. Petruccelli[2], G. Vendemiale, D. Crupi[2]

UOC di Medicina Interna; [1] Direzione Sanitaria; [2] Direzione Generale IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)

Scopo. L'unità operativa di Medicina Interna (MI) rappresenta, nell'ospedale per acuti, l'ambito ideale in cui confrontare la gestione dell'anziano con quella del giovane adulto. La MI, infatti, pur non possedendo una specifica metodologia multidimensionale tipica della Geriatria tratta proporzioni pressoché equivalenti di giovani adulti ed anziani.

La maggior parte dei lavori condotti in questi ultimi anni relativi a dati di carattere gestionali pur migliorando progressivamente la tipologia degli strumenti amministrativi adottati (DRG, APR-DRG ecc.) si è occupata prevalentemente del sistema di finanziamento a prestazione vigente per gli ospedali italiani studiando i rimborsi previsti ma non entrando mai nel dettaglio dei costi sostenuti.

Le recenti metodologie in grado da un lato di esprimere l'impatto della severità sul consumo delle risorse dall'altro di fornire una stima accurata dei costi assistenziali sostenuti consente si superare questo limite.

Scopo del nostro lavoro è stato confrontare i costi sostenuti nell'U.O. di Medicina Interna per l'assistenza dell'anziano con quelli del giovane adulto.

Materiali e metodi. Sono state analizzate le schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative ai dimessi dal reparto di Medicina Interna nel periodo 01/01 -31/12/2007. Ciascuna SDO rappresenta il *minimum data set* relativo ad ogni dimesso in cui sono esplicitati i dati anagrafici, le diagnosi e le procedure attribuite a ciascun paziente per un dato episodio di ricovero. Le SDO sono state quindi processate mediante il *grouper All Patients Refined Diagnosis Related Groups* (APR-DRG) v. 20 per l'attribuzione dello specifico APR e della sottoclasse di severità (SI) (1- minore 2- moderata 3- severa 4- estrema). Un apposito software (CSO®, sviluppato dallo Studio "Pasdera" di Mirano, VE), ha elaborato tutte le informazioni raccolte e, utilizzando i driver che scaturiscono dall'analisi organizzativa, ha attribuito tutti i costi globali ai singoli episodi di ricovero.

I pazienti sono stati quindi divisi in due sottogruppi: giovani: età < 65 anni; anziani età = > 65 anni per ciascuno dei quali sono stati esaminati i costi assistenziali all'interno di ciascuna sottoclasse di severità APR-DRG.
Risultati. Sono stati studiati 3493 pazienti di cui 1.844 giovani (gruppo 1) (età media anni 49,8 ± 12,8) e 1.649 anziani (gruppo 2) (età media anni 75,1 ± 6,4). Il costo medio totale è stato pari a Euro 3.301 per il gruppo 1 Euro 4.308 per il 2. Il costo medio per i due sottogruppi in ciascuna classe di severità APR è stato: SI 1 (gruppo 1 € 2.501 *vs.* gruppo 2 € 3.509); SI 2 (gruppo 1 € 3.663 *vs.* gruppo 2 € 4.202); SI 3 (gruppo 1 € 6.043 *vs.* gruppo 2 € 5.178); SI 4 (gruppo 1 € 17.802 *vs.* gruppo 2 € 13.913 3).
Conclusione. Gli anziani ricoverati nell'ospedale per acuti hanno costi assistenziali più alti rispetto ai giovani adulti solo nelle classi di severità minori. Nelle classi a maggiore severità infatti la distribuzione dei costi si inverte essendo maggiore nel giovane adulto. Una possibile spiegazione a tale dato potrebbe essere che gli anziani più gravi siano esclusi dalle risorse diagnostico terapeutiche più avanzate e quindi maggiormente costose.

Effetti del trattamento sostitutivo ormonale (HRT) sulla funzione endoteliale in donne in post-menopausa

R. Grella, R. Marfella, G. Paolisso

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria, e Malattie del Metabolismo dell'Anziano, Seconda Università di Napoli

Scopo. Il trattamento ormonale sostitutivo (HRT) si associa ad un ripristino della normale funzionalità endoteliale e riduzione del rischio cardiovascolare. Tuttavia i meccanismi fisiopatologici dell'effetto cardioprotettivo esercitato dalla terapia sostitutiva ormonale (HRT) in donne in post-menopausa non sono del tutto noti. Pertanto, abbiamo ipotizzato che la HRT riducendo la concentrazione delle molecole di adesione vascolare (ICAM, VCAM), sia in grado di migliorare l'*arterial stiffness*, inteso come miglioramento dell'elasticità e della distensibilità arteriosa, in donne in post-menopausa.
Materiale e metodi. L'*arterial stiffness* è stato valutato con la *Pulse Wave Velocity* (PWV, mediante Sfigmochor), *Riflection Index* (RI) e *Stifness Index* (SI), l'attivazione endoteliale è stata valutata mediante la misurazione delle molecole di adesione VCAM e ICAM (ELISA). Le misurazioni sono state rilevate da un gruppo di 24 donne in post-menopausa prima dell'inizio del HRT e successivamente valutate a 3 mesi e a 6 mesi in trattamento.
Risultati. L'HRT determina una riduzione significativa dell'*arterial stiffness* ($P < 0.001$) come evidenziato dalla riduzione della PWV($P < 0.001$), SI ($P < 0,05$), RI ($P < 0.001$) in donne in post-menopausa. Tuttavia non erano presenti significative differenze riguardo all'espressione di VCAM-1 e ICAM-1.
Conclusioni. Questo studio dimostra che la HRT rallenta l'evoluzione della disfunzione endoteliale, mediante un miglioramento dell'elasticità e della distensibilità arteriosa, ma non influenza l'espressione di molecole di adesione vascolare (VCAM-1 e ICAM-1). Tale effetto potrebbe essere alla base della riduzione del rischio cardiovascolare.

Quando compilare il Geriatric Index of Comorbidity negli anziani ospedalizzati?

A. Grilli, F. Salvi, R. Giorgi, V. Morichi, L. Mancinelli, F.M. Trotta, E. Espinosa, E. Giannini, B. Lorenzetti, P. Dessì-Fulgheri

Clinica Medicina Interna, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Scopo. La valutazione della comorbilità è fondamentale nella valutazione multidimensionale (VMD) dell'anziano fragile, soprattutto in Ospedale, la principale porta di ingresso nella rete sanitaria. Il *Geriatric Index of Comorbidity* [1] è uno dei più recenti strumenti per la valutazione della comorbilità ed è efficace in diversi *setting* (Ospedale, Lungodegenza, Riabilitazione), essendo in grado di correlare sia con le caratteristiche cliniche dei pazienti che con *outcomes* a breve e lungo termine. Non è ben chiaro, però, se nel paziente ospedalizzato sia più utile tenere conto dello stato clinico nella fase di acuzie (ingresso) oppure alla più o meno completa risoluzione (dimissione). Scopo dello studio è stato valutare la performance del GIC compilato all'ingresso ed alla dimissione da un Reparto per Acuti in termini di correlazione con il quadro clinico, capacità di coglierne le modificazioni durante il ricovero, *outcomes* (mortalità, ospedalizzazione) a 18 mesi.
Materiali e metodi. Studio osservazionale prospettico di anziani (età ≥ 65 anni) ricoverati in un Reparto di Medicina Interna. Sono stati raccolti: età, sesso, motivo del ricovero, parametri clinici (Hb, creatinina, *clearance* creatinina, assetto glico-lipidico, albumina), durata della degenza, numero di farmaci all'ingresso ed alla dimissione. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a VMD mediante: *Mini Nutritional Assessment* Short Form e Norton plus; *Mini Mental State Examination* e *Geriatric Depression Scale* a 15 *items*; Barthel Index ed *Instrumental Activities of Daily Living*. Il GIC è stato compilato all'ingresso ed alla dimissione. I pazienti sono stati sottoposti a follow-up telefonico a 18 mesi per mortalità ed ospedalizzazione.
Risultati. Sono stati reclutati 408 pazienti (età media 76,8 ± 7 anni; 244 maschi). La distribuzione delle classi GIC all'ingresso (classe II 18%; classe III 38%, classe IV 44%) ed alla dimissione (classe II 47,5%; classe III 33%, classe IV 19,5%) era significativamente differente ($p < 0,0001$). Alla dimissione il 48,2% dei pazienti era migliorato, il 46,8% era rimasto stabile, mentre il 3,3% era peggiorato. Il GIC correlava con il quadro clinico e le variabili della VMD sia all'ingresso che alla dimissione, con minime differenze. Il GIC all'ingresso costituiva un buon predittore di declino funzionale durante il ricovero. Entrambi sono risultati fattori di rischio per ospedalizzazione a 18 mesi, ma il GIC alla dimissione lo era in maniera molto migliore (classe III, *odds ratio* 2,07, IC 95% 1,26-3,41, $p = 0,004$; classe IV, OR 3,81, IC 95% 2,02-7,17, $p < 0,0001$). Ed infatti, soltanto il GIC alla dimissione era in grado di stimare la mortalità a 18 mesi (classe IV, *hazard ratio* 2,57, IC 95% 1,30-5,11, $p = 0,007$). Il miglioramento o il peggioramento del GIC alla dimissione rispetto all'ingresso non costituivano, rispettivamente, fattore protettivo o di rischio per mortalità ed ospedalizzazione a 18 mesi, né di declino funzionale durante il ricovero.
Conclusione. Il GIC sembra ben applicarsi al *setting* ospedaliero, in cui riesce a cogliere le modificazioni del quadro clinico tra ingresso e dimissione, anche se rimane da chiarire l'utilità clinico-prognostica di tale caratteristica. Il GIC alla dimissione appare un migliore indice prognostico di mortalità ed ospedalizzazione a 18 mesi del GIC all'ingresso, probabilmente perché meglio riflette l'impatto della comorbilità cronica rispetto alla severità dell'evento acuto.

Bibliografia

[1] Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Barbisoni P, Sabatini T, Ranieri R, et al. *Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity*. Age Ageing 2002;31:277-85.

Sindrome metabolica, ischemie cerebrali silenti e rischio di stroke nell'anziano. Dati preliminari di uno studio osservazionale

A. Grippa, F. Caronzolo, R. Grasso, G. D'Arrigo[1], G. Lombardo, F. D'Amico

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Area Critica di Geriatria, Laboratorio Psicogeriatria, Laboratorio Ecografia Cardiovascolare, P.O. Patti, Coordinamento Dipartimentale delle Attività Geriatriche; [1] U.O.C. Medicina Interna, P.O. Taormina, Azienda USL n. 5 Messina

Scopo. Gli infarti cerebrali silenti, così come le lesioni lacunari e la leucoaraiosi, valutabili mediante tecniche neuroradiologiche, pur essendo spesso lesioni asintomatiche, costituiscono un fattore di rischio per Ictus Cerebrale. Recenti evidenze cliniche dimostrano una correlazione positiva tra Sindrome Metabolica, Ischemie cerebrali silenti e successive Ischemie cerebrali acute [1]. La sindrome metabolica è definita secondo i criteri NCEP ATP III: 1) obesità addominale (circonferenza vita > 88 cm per le donne e > 102 cm per gli uomini); 2) elevati livelli di trigliceridi (≥ 150 mg/dl); bassi livelli di colesterolo HDL (< 40 mg/dl negli uomini e 50 mg/dl nelle donne); 4) elevati livelli di pressione arteriosa (≥ 130/85 mmHg) o trattamento antipertensivo; 5) elevata glicemia a digiuno (110-126 mg/dl).
Nello studio è stata valutata la prevalenza di lesioni ischemiche cerebrali silenti (infarti silenti, leucoaraiosi, lacune) in anziani con sindrome metabolica rispetto ad anziani affetti soltanto da ipertensione arteriosa.

Disegno e metodi. È stato studiato un campione di 36 anziani, nel periodo giugno 2007-maggio 2008, con diagnosi di Sindrome Metabolica (SM). Tali anziani sono stati messi a confronto con un altro campione di anziani con anamnesi di Ipertensione Arteriosa (IA), corrispondenti a 41 soggetti. Il disegno dello studio prevedeva: 1) Esami ematochimici; 2) Valutazione Multidimensionale con Barthel Index, *Mini Mental State Examination* (MMSE), Indice di Severità di Comorbilità (CIRS); 3) TAC. Encefalo con applicazione della Scala pesata di malattia ischemica vascolare sottocorticale[2]; 4) Ecografia colordoppler vasi epiaortici.

Risultati.

	Gruppo Sindrome Metabolica	Gruppo Ipertensione Arteriosa
Numero Soggetti	36	41
Sesso	M 24 F 12	M 27 F 14
Età media	79 ± 8	77 ± 8
Infarti cerebrali silenti (% soggetti)	63%	47%
Lacune	69%	23%
Ipodensità sostanza bianca periventricolare	90%	79%
Placche carotidee > n. 3 (% soggetti)	63%	39%
Barthel Index (media)	41,37	47,2
CIRS (media)	3,57	2,94
MMSE (media)	19,4	22,1

In base all'entità ed alla quantità delle lesioni ischemiche evidenziate alla TAC Encefalo i soggetti del gruppo SM venivano suddivisi come segue: 13 soggetti presentavano diverse e significative lesioni ischemiche cerebrali (Classe vascolare 3), 19 soggetti mostravano un numero medio di lesioni ischemiche (Classe vascolare 2), 4 soggetti un numero limitato di lesioni (Classe vascolare 1). Tra gli anziani appartenenti al gruppo IA 9 presentavano alla TAC. Encefalo una Classe vascolare 3, 12 appartenevano alla Classe vascolare 2, 22 alla Classe vascolare 1 (soltanto leucoaraiosi).

Conclusioni. Dallo studio si evidenzia come la Sindrome Metabolica risulti maggiormente predittiva di danno vascolare cerebrale e carotideo rispetto all'Ipertensione Arteriosa. In particolare le lesioni ischemiche cerebrali silenti presentano una prevalenza significativa in anziani affetti da Sindrome Metabolica. Questa si associa inoltre a maggiore disabilità, comorbilità e declino cognitivo.

Il successivo monitoraggio dei soggetti studiati permetterà a medio termine di chiarire quanto la Sindrome Metabolica e gli infarti cerebrali silenti risulteranno predittivi di Ictus Cerebrale Acuto.

Bibliografia

1 Bokura MD, Yamaguchi S, Iijima K, Nagai A, Oguro A. *Metabolic Syndrome is associated with Silent Ischemic Brain Lesions*. Stroke 2008;39:30.

2 Guglielmi G, Schiavon F, Cammarata T. *Radiologia geriatrica*. Sprinter 2007.

Definizione dei profili di prestazione nella Geriatric Music-therapy Profile

G. Grumo, D. Pignatale[1], F. Mastroianni[2]

Psicologo, RSA "Madonna della Pace", Andria; [1] Pedagogista, musicoterapeuta, RSA "Madonna della Pace", Andria; [2] Geriatra, Coordinatore Sanitario RSA "Madonna della Pace", Andria

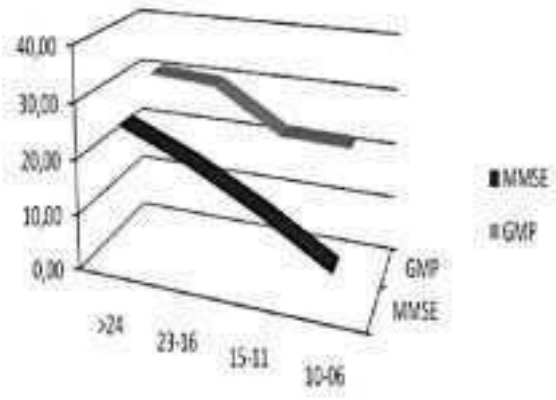
Introduzione. L'applicazione della *Geriatric Music Therapy Profile* (GMP) prevede l'uso di questo strumento nella valutazione delle competenze musicali del soggetto in età geriatrica. La GMP è una scala è articolata in 28 *items* con un *range* 0-41, migliore è la prestazione, maggiore è il punteggio ottenuto, con 4 subtest: percezione, relazione musicale, esecuzione ritmica, comportamento. Lo scopo dello studio è stato quello di definire dei profili di competenza elaborati dall'interpretazione dei dati derivanti dall'applicazione sul campo della scala.

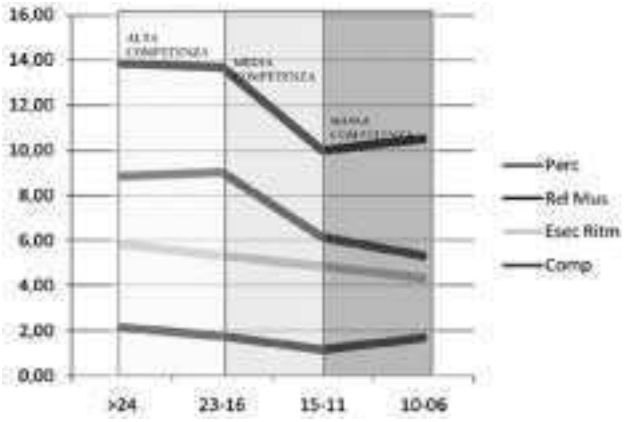
Materiali e metodi. Nello studio sono stati coinvolti 27 soggetti, 21 donne e 6 uomini, con un età media di anni 79,93 ed una scolarità media di anni 5,30.

Il campione è stato suddiviso in base al punteggio MMSE nelle seguenti fasce < di 24, 23-16, 15-11, 10-06, e vista la correlazione del punteggio della GMP al MMSE fino al *cut-off* di 15, così come si evince dal Grafico 1, si è proceduto all'analisi delle prestazioni dei singoli sub test per individuare l'andamento e le dinamiche dei punteggi e quindi determinare le caratteristiche necessarie a stilare i profili di prestazione.

Risultati. Dall'analisi è emerso che i soggetti con un punteggio MMSE uguale o maggiore di 24, hanno ottenuto un ottimi punteggi anche a tutti i sub test, nei soggetti con punteggio da 23 a 11 si può osservare un declino generalizzato della prestazione con particolare peggioramento nei sub test di percezione e relazione musicale. Nei soggetti con MMSE da 10 a 6 mostrano un peggioramento in 2 sub test (percezione ed esecuzione ritmica) ed un leggero miglioramento in altri 2 (relazione musicale e comportamento).

Sono emersi quindi 3 profili distinti (Fig. 1): Il primo, definito di ALTA COMPETENZA, si caratterizza per avere punteggi alti in tutti e quattro i sub test, in particolare a quelli di percezione e di relazione musicale.





Il secondo, definito di MEDIA COMPETENZA, si caratterizza per un globale abbassamento dei punteggi in tutti i sub test. Il terzo profilo, definito di BASSA COMPETENZA, si caratterizza per un peggioramento nella prestazione del sub test percezione, accompagnato da un miglioramento del punteggio al sub test di relazione musicale. I punteggi relativi ai profili sono stati individuati così come esposto nella Tabella I.

Tab. I.

	Alta competenza	Media competenza	Bassa competenza
Punteggio GMP	> 31	30-21	< 20

Discussione. La GMP usata in studi longitudinali offre la possibilità di valutare le competenze musicali del paziente geriatrico ma la definizione di questi tre profili, rende la GMP uno strumento ancora più chiaro e flessibile nella programmazione e nella verifica del piano riabilitativo musicoterapico individuale.

Misure di performance degli arti inferiori alla dimissione e rischio di riospedalizzazione a 12 mesi

G. Guerra[1 2], M. Ranzini[1], F. Sioulis[1], M. Cavalieri[1], C. Maraldi[1], G. Zuliani[1], J.M. Guralnik[3], S. Volpato[1], R. Fellin[1]

[1] Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università di Ferrara; [2] Unità Operativa di Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Sant'Anna", Ferrara; [3] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, NIH, Bethesda, MD, USA

Scopo. Il paziente geriatrico ricoverato in reparto per acuti è spesso caratterizzato da grave comorbilità, deterioramento funzionale, ed elevata instabilità clinica e disabilità [1]. Numerosi studi hanno dimostrato che dopo la dimissione il paziente anziano è ad elevato rischio di molteplici eventi avversi, quali declino funzionale, nuova ospedalizzazione, istituzionalizzazione e morte [2]. In questo studio abbiamo valutato il valore predittivo di una batteria di misure oggettive di performance fisica degli arti inferiori valutate al momento della dimissione (*Short Physical Performance Battery*) [3] sulla probabilità di nuovo ricovero in ospedale nei 12 mesi successivi alla dimissione da un reparto ospedaliero per acuti.

Materiali e metodi. Lo studio longitudinale comprende 86 pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati per patologie acute, in grado di camminare e senza grave deterioramento cognitivo (MMSE > 18). Ciascun paziente, oltre ad una accurata valutazione clinica, è stato sottoposto ad una valutazione multidimensionale comprendente stato funzionale, valutato con il grado di autonomia nelle attività di base (BADL) e strumentali (IADL) del vivere quotidiano, stato cognitivo (MMSE) e livello di comorbilità valutato utilizzando la *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS); ogni paziente è stato valutato mediante la *Short Physical Performance Battery* (SPPB: velocità di cammino su 4 metri, tempo impiegato per alzarsi 5 volte da una sedia, test dell'equilibrio; punteggio compreso tra 0 e 12). Tale valutazione è stata effettuata all'ingresso in reparto, alla dimissione e a 7 e 30 giorni dopo la dimissione con visita domiciliare. I pazienti sono stati intervistati telefonicamente a 3, 6, 9 e 12 mesi per ottenere informazioni sul livello di autonomia nelle ADL e su eventuali nuovi ricoveri in ospedale. L'analisi statistica è stata effettuata con regressione logistica (*discrete-time survival analysis*).

Risultati. L'età media del campione era 77,3 ± 6,3; il 51,2% era costituito da donne. Il punteggio SPPB al momento della dimissione era 7,1 ± 3,0; il 18,8% aveva un punteggio ≤ 4, il 29,4% aveva un punteggio tra 5-7 e il 51,8% aveva un punteggio ≥ 8. Nei 12 mesi dopo la dimissione 48 pazienti (55,8%) sono stati nuovamente ricoverati in ospedale, mentre 11 pazienti (12,8%) sono deceduti. Dopo aggiustamento per le caratteristiche demografiche i pazienti con punteggio SPPB alla dimissione ≥ 8 avevano un minor rischio di nuova ospedalizzazione rispetto ai pazienti con punteggio ≤ 4 (*odds ratio* 0,35; IC 95% 0,13-0,91), mentre i pazienti con punteggio tra 5 e 7 avevano un rischio intermedio (OR 0,74; IC 95% 0,3-1,83). Tale associazione era sostanzialmente invariata dopo ulteriore aggiustamento per indice di massa corporea, livello di comorbilità, disabilità nelle BADL e punteggio MMSE. Il significato prognostico del punteggio SPPB è risultato ancora più potente considerando il rischio aggregato di nuovo ricovero o morte durante i 12 mesi di follow-up (OR 0,19; IC 95% 0,06-0,62, per i pazienti con punteggio ≥ 8 confrontati con quelli con punteggio ≤ 4).

Conclusioni. Nei pazienti anziani ospedalizzati le misure oggettive di performance degli arti inferiori al momento della dimissione sono fortemente correlate al rischio di riammissione in ospedale e/o morte ad un anno, indipendentemente dai tradizionali indicatori clinici. La valutazione funzionale con SPPB sembra costituire un utile strumento per identificare i soggetti ospedalizzati ad alto rischio di instabilità clinica ed eventi avversi dopo la dimissione.

Bibliografia

1 Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. *Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability associated with Medical Illnesses and Hospitalization*. J Gen Intern Med 2007;22:668-74.

2 Boyd CM, Xue QL, Simpson CF, Guralnik JM, Fried LP. *Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women*. Am J Med 2005;118:1225-31.

3 Penninx BW, Ferrucci L, Leveille SG, Rantanen T, Pahor M, Guralnik JM. *Lower extremity performance in nondisabled older persons as a predictor of subsequent hospitalization*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55:M691-7.

Modificazioni della qualità della vita indotte dalla riabilitazione respiratoria in pazienti broncopneumopatici cronici: confronto fra gruppi di età

E.E. Guffanti, D. Bonardi, A. Fumagalli, C. Misuraca, D.A. Colombo, F. Lattanzio[1]

UO Pneumologia Riabilitativa INRCA IRCCS Casatenovo (LC); [1] Direzione Scientifica INRCA, Ancona

Scopo. L'invecchiamento della popolazione e l'incremento progressivo della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ha determinato la necessità di ideare percorsi di trattamento adeguati, allargando indicazioni terapeutiche che sino a pochi anni fa sembravano limitate solo ad alcune categorie di pazienti. In particolare la riabilitazione respiratoria (RR) identificata dalle Linee guida internazionali come pratica necessaria ed indispensabile al trattamento della BPCO sin dal II stadio di gravità [1 2] deve sempre più essere impiegata in pazienti di età superiore ai 70 anni senza che vi siano studi a loro specificamente dedicati. Scopo del nostro studio è stato perciò quello di confrontare l'efficacia della RR in pazienti di età differenti, affetti da BPCO con insufficienza respiratoria cronica stabilizzata, ponendo particolare attenzione all'aspetto della qualità della vita (QoL).

Materiali e metodi. Lo studio è stato effettuato suddividendo pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica secondaria a BPCO severa o molto severa in tre gruppi sulla base dell'età anagrafica: gruppo A pazienti di età < 65 anni; gruppo B pazienti di età compresa fra 65 e 74 anni; gruppo C pazienti di età superiore a 74 anni.

I tre gruppi erano così composti: gruppo A 25 pazienti, gruppo B 47 pazienti e gruppo C 38 pazienti.

Tutti i pazienti, trattati farmacologicamente in modo stabile da almeno 4 settimane prima del ricovero, hanno eseguito un protocollo comune di RR effettuato per 6 gg su 7, per tre settimane consecutive. Prima dell'inizio del ciclo di RR e successivamente all'ultima seduta dello stesso sono stati valutati: prove di funzionalità respiratoria, test del cammino 6-minuti, indici di dispnea (VAS/BORG), questionario di QoL utilizzando il questionario MRF-28 [3]. Tale questionario opportunamente validato per pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica consta di tre componenti valutative: attività quotidiane, aspetti cognitivi e senso di invalidità.

I dati ottenuti sono stati sottoposti ad analisi statistica per verificarne l'andamento all'interno dei gruppi e confrontare l'andamento fra i tre gruppi.

Risultati. Gli *outcome* riabilitativi classici: test del cammino ed indici di dispnea hanno mostrato miglioramenti in tutti e tre i gruppi valutati, in assenza di significative differenze statistiche fra di loro. Dopo RR si è osservata una significativa riduzione del punteggio totale dell'MRF-28 in tutti e tre i gruppi: A da 44 a 27; B da 44 a 27; C da 44 a 31. L'analisi separata delle tre componenti del questionario MRF-28 ha però permesso di osservare che nel gruppo C (> 74 a) solo la componente relativa alle attività quotidiane ha evidenziato una riduzione statisticamente significativa mentre le altre due componenti hanno fatto registrare un trend migliorativo non supportato da significatività statistica. Nei gruppi A e B la RR ha determinato un significativo decremento dei punteggi relativi al senso di invalidità ed alle attività quotidiane. Minori le variazioni registrate anche nei gruppi A e B per quanto riguarda gli aspetti cognitivi dove peraltro il punteggio iniziale era ovviamente nettamente inferiore rispetto a quello dei pazienti del gruppo C (19 *vs.* 27 *vs.* 36).

Conclusioni. I risultati ottenuti dall'analisi del campione oggetto di tale studio indica come anche pazienti di età uguale o superiore a 75 anni traggano beneficio dalla RR seppur eseguita per periodi non particolarmente prolungati e comunque inferiori alle attuali raccomandazioni in materia [4]. Tali risultati appaiono in piena sintonia con il dato che solo la non collaborazione da parte del paziente rappresenti la vera controindicazione alla RR. L'andamento dei punteggi relativi alle tre componenti del questionario MRF-28 indica però la necessità di analizzare sempre dettagliatamente le risposte raccolte da tali strumenti di indagine. L'influenza dell'esercizio fisico riabilitativo non incide in misura univoca su componenti differenti della qualità della vita e tali differenze sembrerebbero legate all'età dei pazienti, considerando la componente legata alla percezione soggettiva. Tali dati suggeriscono la necessità di approfondimento attraverso l'implementazione di uno studio multicentrico con casistiche più ampie.

Bibliografia

1 American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 173:1390-413.

2 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, MD; National Institutes of Health, 2001 (updated 2003); http://www.goldcopd.com/. Accessed December 19, 2006.

3 Carone M, Bertolotti G, Anchisi F, Zotti AM, Donner CF, Jones PW. *Analysis of factors that characterize health impairment in patients with chronic respiratory failure. Quality of Life in Chronic Respiratory Failure Group*. Eur Respir J 1999;13:1293-300.

4 Ries AL, et al. *Pulmonary Rehabilitation Executive Summary Joint American College of Chest Physicians/American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Evidence-Based Clinical Practice Guidelines*. Chest 2007;131:1S-3S.

Studio pilota per la validazione in lingua italiana di strumenti di screening della paura di cadere: FES-I ("Falls Efficacy Scale-International") e Short-FES-I

R. Gugliotta, T. Mariani, E. Cirinei, B. Gasperini, F. Patacchini, C. Ruggiero, U. Senin, A. Cherubini

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

Scopo. La "*Falls Efficacy Scale-International*" è uno strumento di *screening* della paura di cadere sviluppato da un gruppo di ricercatori europei (gruppo PROFANE – *Prevention of Falls Network Europe*) sulla base della precedente scala "*Falls Efficacy Scale*" (FES). La FES-I valuta la paura di cadere nelle attività basali e più complesse della vita quotidiana ed in attività sociali ed è stata validata in anziani viventi al proprio domicilio di Germania, Paesi Bassi e Gran Bretagna. È stata recentemente validata una versione breve la Short FES-I che include 7 dei 16 *item* della FES-I. La *Short* FES-I è particolarmente utile per l'individuazione della paura di cadere tra gli anziani che vivono al proprio domicilio. L'obiettivo del nostro studio è quello di validare in lingua italiana sia la FES-I che la *Short*-FES-I quali strumenti di *screening* della paura di cadere.

Materiali e metodi. si tratta di uno studio pilota condotto su 24 soggetti anziani afferenti all'ambulatorio geriatrico della nostra divisione dal Maggio 2008. Sono stati esclusi i soggetti affetti da malattia terminale e quelli affetti da demenza grave. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica. La paura di cadere è stata valutata mediante specifica domanda e somministrazione sia della FES-I (16 *item*) che della versione breve "*Short* Fes-I" (7 *item*). La FES-I e la *Short* FES-I sono state tradotte dalla lingua originale secondo il metodo di "*back-translation*". La validità interna di entrambe le scale è stata testata mediante procedura alpha di Cronbach e correlazione media tra gli *item*.

Risultati. Le caratteristiche del campione sono descritte in Tabella. Il 33,3% dei soggetti ha dichiarato di avere paura di cadere. La correlazione tra la domanda specifica sulla paura di cadere ed il punteggio ottenuto alla FES-I è stata pari a 0,64 e quella tra la domanda specifica ed il punteggio della *Short* FES-I è risultata sovrapponibile (r = 0,60). La FES-I ha mostrato una elevata validità interna (Cronbach alfa 0,97) ed una buona correlazione tra gli *item* pari a 0,68. Altrettanto elevata è risultata la validità interna della *Short* FES-I (Cronbach alfa 0,94) con una correlazione media tra *item* pari a 0,72.

Caratteristiche del campione (n = 24)	Media ± DS
Età, anni	79,2 ± 7,07
Sesso, % F	66,6
ADL, n	4,9 ± 1,3
IADL, n	4,8 ± 2,6
MMSE, punteggio	24,9 ± 4
GDS, punteggio	5,9 ± 3,2
Farmaci, n	5 ± 2,3
Malattie, n	6 ± 2,4
Pregressa caduta, %	33,3
Cadute nell'ultimo anno, n	0,75 ± 1,3
Domanda su Paura di cadere, %	33,3
FES-I, punteggio	28,9 ± 13,6
Short FES-I, punteggio	13,2 ± 6,4

Conclusioni. Nel nostro campione la FES-I e la Short FES-I presentano una elevata validità interna e risultano sovrapponibili per quanto riguarda la correlazione tra *item*. Sono tuttora in corso le valutazioni della riproducibilità interna delle scale e del loro valore predittivo nei confronti dell'evento caduta.

Terapia anticoagulante orale nel paziente anziano con fibrillazione atriale: rischio o beneficio?

V. Guidi, M. Bicchi, R. Cappelli

Policlinoco "Le Scotte", Università di Siena, Dipartimento di Medicina Interna e Cardiovascolare e Geriatrica

Scopo. Studi clinici randomizzati controllati dimostrano il beneficio consistente della terapia anticoagulante orale (TAO) nella prevenzione dello *stroke* e dei tromboembolismi sistemici nei pazienti affetti da fibrillazione atriale (FA) [1-4]. Le Linee Guida internazionali raccomandano l'utilizzo della TAO nei pazienti con FA ad alto rischio di *stroke*, comprendenti i soggetti di età > 75 anni [5]. Nonostante questo, la TAO rimane ancora oggi un trattamento "sotto-utilizzato", in particolare nei pazienti anziani, e ciò è dovuto in particolar modo al diffuso timore delle possibili complicanze emorragiche correlate al trattamento. Abbiamo analizzato l'efficacia e la sicurezza della TAO in una popolazione di soggetti anziani, con particolare riferimento a diverse fasce di età e agli eventi di sanguinamento incorsi nel corso dello studio.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato retrospettivamente 430 pazienti afferenti al Centro di Sorveglianza Anticoagulati, presso l'Ospedale Le Scotte, affetti da FA (il 78% anno) con età > 65 anni, intraprendenti terapia anticoagulante orale. Il follow-up medio (DS) è stato di 47 mesi (3,9 anni) (*range* 1-126 mesi). I dati sono stati registrati in un database elettronico (PARMA 5). Il periodo di arruolamento iniziava dalla prima somministrazione della TAO. Gli eventi analizzati sono stati: sanguinamenti maggiori (fatali e/o necessitanti l'ospedalizzazione o trasfusioni di sangue o procedure d'urgenza diagnostiche-terapeutiche), sanguinamenti minori (non causanti complicanze mediche rilevanti); eventi cerebrovascolari ischemici (Stroke, *Transient Ischemic Attack* [TIA]), eventi tromboembolici, emorragie intracraniche, comorbidità (media del numero di patologie associate) e farmacoterapia (numero medio di farmaci assunti) associate.

Risultati. Sul totale dei pazienti inclusi, 236 (54,9%) maschi e 194 (45,1%) femmine (rapporto M/F 1,2:1), di età media 77,5 anni, il 28,4% ha manifestato almeno un evento di sanguinamento (20 maggiori, 190 minori) nel corso dello studio. Sono stati registrati 4 *stroke* (0,9%), 3 TIA (0,7%) e 6 (1,4%) embolismi sistemici. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative della percentuale di complicanze emorragiche tra i pazienti con FA in relazione al sesso (p = 0,58), alla comorbidità (p = 0,50), al numero

di farmaci (p = 0,90) ed all'età (p = 0,80), perfino stratificando nelle fasce di età 75, ≥ 75 < 80 e ≥ 80 (p = 0,21). La percentuale annuale degli eventi di *stroke*/TIA, decessi, sanguinamenti maggiori e minori è stata rispettivamente dello 0,2%, 1,8%, 1,2% e 11,3%, ed è risultata analoga alla media riportata nei principali studi clinici randomizzati (differenza [intervallo di confidenza, IC 95%] -1,2% [-2,5%-0,1%] per gli *stroke*, -0,5% [-1,2%-0,2%] per i TIA, -1,8% [-3,9%-0,3%] per i decessi, -0,4% [-1,8%-1,0%] per i sanguinamenti maggiori, 2,1% [-1,9%-6,1%] per i sanguinamenti minori. Dall'altra parte, la popolazione in studio da noi analizzata è risultata significativamente più anziana della media rappresentata nei principali studi randomizzati (> 75 anni, 68,4% *vs.* 20,0%; differenza 48,4% [IC 95%, 43,3-54,1]).

Conclusioni. Il nostro studio conferma l'evidenza della letteratura dell'elevata efficacia della TAO nella prevenzione degli *stroke* e degli eventi tromboembolici sistemici nei pazienti affetti da FA, nel contempo di una valida ed accettabile sicurezza, in linea con quella riportata nei principali studi clinici randomizzati internazionali. Il punto fondamentale è che i nostri risultati concernono una popolazione di studio ampiamente più anziana, fino ad ora scarsamente studiata in letteratura. In particolare, non sono emerse associazioni significative tra età ed eventi emorragici nei soggetti > 75 anni, e perfino oltre gli 80 anni. Verosimilmente, questo trattamento preventivo è in grado di conferire un beneficio addizionale se venisse prescritto in conformità con le direttive internazionali. L'auspicabile diffusione di un appropriato utilizzo della TAO nella prevenzione primaria e secondaria dello *stroke* rimane, dunque, oggi un opportunità eccezionale di miglioramento della qualità di cura in campo geriatrico e sanitario pubblico.

Bibliografia

1. Petersen P, Boysen G, Godtfredsen J, Andersen ED, Andersen B. *Placebo-controlled randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation: the Copenhagen AFASAK study*. Lancet 1989;1:175-8.
2. Boston Area Anticoagulation Trial for Atrial Fibrillation Investigators. *The effect of low-dose warfarin on the risk of stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation*. N Engl J Med 1990;322:1505-11.
3. Connolly SJ, Laupacis A, Gent M, et al. *Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation (CAFA) Study*. J Am Coll Cardiol 1991;18:349-55.
4. *Adjusted-dose warfarin vs. low-intensity, fixed-dose warfarin plus aspirin for high-risk patients with atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III randomised clinical trial*. Lancet 1996;348:633-8.
5. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Go AS, Halperin JL, Manning WJ. *Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy*. Chest 2004;126:429-56.

Demenza associata a premutazione del gene X-fragile: caso clinico

M. Gullo, E. Mossello, D. Simoni, A. Pupi[1], I. Tassinari, M.C. Cavallini, N. Marchionni

Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze, A.O.U. Careggi, Firenze; [1] Unità Funzionale di Medicina Nucleare, Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze – A.O.U. Careggi, Firenze

Introduzione. La mutazione completa del gene FMR1 (*Fragile X Mental Retardation 1*) (> 300 ripetizioni di triplette CGG) è causa della Sindrome dell'X-fragile, una malattia ereditaria con trasmissione X-linked, che rappresenta la più frequente causa di ritardo mentale ereditario. Lo stato di premutazione (55-200 ripetizioni di triplette) ha una prevalenza compresa tra 1:250 e 1:800 nella popolazione e si associa, con penetranza variabile, alla *Fragile X Tremor Ataxia Syndrome* (FXTAS), una malattia neurodegenerativa con insorgenza dopo i 50 anni che colpisce prevalentemente il sesso maschile, caratterizzata da atassia della marcia, tremore, parkinsonismo. Negli uomini con premutazione è descritta l'associazione di deficit cognitivo (memoria e funzioni esecutive), con una prevalenza che aumenta all'aumentare dell'età. Recentemente sono stati riportati alcuni casi di FXTAS associata a demenza anche in soggetti di sesso femminile.

Caso clinico. Donna di 75 anni giunge all'osservazione dell'Unità Valutativa Alzheimer nel novembre 2007 per un deficit mnesico insorto da circa 4 anni; già da 8 anni vengono riferite apatia, con abbandono di buona parte delle attività strumentali di vita quotidiana e sintomatologia ansiosa. In anamnesi: asportazione nel 1988 di un meningioma della falce cerebrale, ipertensione arteriosa. La paziente è madre di due figli affetti da sindrome dell'X fragile e riferisce di essere portatrice della premutazione del gene FMR1.

La valutazione cognitiva mostra un lieve decadimento cognitivo di entità (MMSE 21/30) associato a sintomatologia ansioso-depressiva (*Geriatric Depression Scale* 9/15), apatia e lievi disturbi psicologici e comportamentali (lievi deliri di latrocinio, rare allucinazioni uditive). Era presente parziale disabilità nelle attività di base (perse 2/6 BADL necessita di aiuto per fare il bagno, saltuaria incontinenza urinaria) e strumentali della vita quotidiana (perse 5/8 IADL). All'esame neurologico è emersa lieve atassia della marcia, dismetria alla prove indice-naso maggiore a sinistra, sfumato deficit di forza a carico dell'arto inferiore sinistro.

Dopo aver intrapreso terapia antidepressiva con escitalopram 10 mg/die, con miglioramento di ansia ed apatia, e sospeso il fenobarbital (intrapreso in profilassi dopo l'operazione neurochirurgia del 1988) è stata eseguita una valutazione neuropsicologica estesa, che ha mostrato deficit della memoria verbale a breve termine, delle funzioni esecutive e della fluenza verbale su stimolo fonemico, con memoria episodica conservata. La RMN encefalo ha mostrato un esito glio-malacico frontale parafaciale destro con interessamento del giro del cingolo, un'atrofia del corpo calloso ed un ampliamento degli spazi liquorali in particolare a sede frontale sinistra. Gli esami ematochimici non hanno mostrato alterazioni rilevanti (compresi vitamina B12, folati, assetto tiroideo, VRDL). È stata eseguita PET cerebrale con 18 FDG, che ha mostrato un modesto ipometabolismo del parietale superiore bilateralmente e del cingolo postero-inferiore a sinistra. L'esame genetico ha confermato lo stato di portatrice di premutazione per il gene FMR1.

Una valutazione clinica e neuropsicologica eseguita a distanza di 6 mesi è risultata sostanzialmente sovrapponibile, eccetto che per un peggioramento della prassia costruttiva.

Conclusioni. È stata posta la diagnosi di demenza lieve in paziente con FXTAS. A nostra conoscenza si tratta del primo caso studiato con PET cerebrale. In considerazione della rilevante prevalenza della premutazione FMR1 nella popolazione generale, tale analisi genetica dovrebbe essere presa in considerazione nella diagnosi differenziale del decadimento cognitivo dell'anziano associato ad atassia.

L'impiego di personale immigrato per assistere anziani non autosufficienti in famiglia: riflessioni sul caso italiano

G. Lamura, M.G. Melchiorre, A. Principi, M. Lucchetti, F. Lattanzio[1]

INRCA, Dip. Ricerche Gerontologiche, Ancona; [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. L'obiettivo di questo contributo è di fornire alcuni elementi di riflessione sul fenomeno dell'assistenza ad anziani non autosufficienti erogata da personale straniero assunto dalle famiglie italiane, alla luce dei più recenti trend osservati dal punto di vista della domanda e dell'offerta (formale ed informale) di assistenza nel nostro Paese, rispetto a quanto riscontrato nel contesto europeo.

Materiali e metodi. Il contributo si basa sull'analisi di macro-indicatori resi disponibili da banche-dati comparate (EUROBAROMETRO, EUROSTAT, OCSE), nonché di due recenti studi condotti, il primo, nell'ambito del progetto europeo EUROFAMCARE sui famigliari *caregivers* di anziani non autosufficienti e, il secondo, nell'ambito del programma europeo EQUAL, Progetto DIPO sul personale immigrato che presta cura a pagamento ad anziani residenti a domicilio (Lamura et al., 2008).

Risultati. In termini comparati, la domanda di assistenza per far fronte alle cure di anziani non autosufficienti risulta in Italia tra le più alte non solo in Europa, ma a livello mondiale, soprattutto per motivi demografici (aumento del numero di anziani) e sociali (aumento della disgregazione sociale), mentre miglioramenti si registrano nelle condizioni di salute

della popolazione in età geriatrica. Le capacità assistenziali delle famiglie italiane appaiono in ulteriore riduzione rispetto al passato, soprattutto per la crescente difficoltà a conciliare attività di cura e di lavoro remunerato, ma permane un forte approccio "familista". Questo spinge un numero crescente di famiglie, a fronte della carente offerta di servizi domiciliari e residenziali, ad impiegare i trasferimenti monetari di cura (erogati da Stato ed enti locali) per assumere personale immigrato, affinché assicuri assistenza agli anziani in un contesto domestico. Questo fenomeno si è diffuso enormemente grazie ai suoi bassi costi per le famiglie – dovuti ai differenziali di reddito con i Paesi di origine degli immigrati, al largo impiego in forma irregolare, ed alla coabitazione – con un più o meno esplicito sostegno da parte delle autorità pubbliche, le quali hanno finito con l'istituzionalizzare questa soluzione come "la" forma di assistenza all'anziano fragile nel nostro Paese, attraverso una serie di misure volte a favorirne l'adozione. Ad essere particolarmente interessate dal fenomeno sono le famiglie con anziani gravemente disabili, di reddito non solo alto ma anche medio, ed in cui la donna *caregiver* lavora, ma rifiuta al contempo una soluzione di carattere residenziale. Degno di nota – e di preoccupazione – è il fatto che tale soluzione viene praticata anche per assicurare una migliore assistenza notturna agli anziani ricoverati in un numero crescente di ospedali. Il punto di vista degli immigrati, prevalentemente donne di mezza età dall'Est europeo, riflette una situazione di frequente sfruttamento, per orari di lavoro pesanti, frequenti problemi di comunicazione, mancanza di rispetto e riduzione delle libertà personali, con pesanti ripercussioni di lungo periodo anche sullo stato di salute, non sempre evidenti in Italia (per la loro condizione di illegalità), ma spesso riscontrate al loro ritorno in patria, dove cominciano ad essere evidenti anche effetti negativi in termini di *care drain*, attraverso la deprivazione socio-affettiva di figli e genitori anziani delle immigrate stesse. A questo va infine aggiunto, a livello macro, che i Paesi di origine di questi immigrati pagano un prezzo elevato, sia in termini di educazione e formazione, di cui finiscono con l'approfittare i Paesi in cui gli immigrati lavorano, sia perché finiscono essi stessi con il divenire destinazione di altri flussi migratori da altre nazioni, per coprire le carenze assistenziali lasciate dai propri cittadini all'estero.

Conclusioni. Il fenomeno dell'assistenza agli anziani fornita da personale immigrato rappresenta un fenomeno complesso, che deve tenere conto non solo delle convenienze per i destinatari italiani delle prestazioni di questo personale, ma anche degli effetti che delle condizioni di lavoro a cui questi sono sottoposti. Urge pertanto un maggiore coinvolgimento di organismi europei ed internazionali per gestire la materia, evitando fenomeni che, alla lunga, possano finire col rischiare di "rubare il futuro dei Paesi a basso reddito" (Anonimo, 2008).

Bibliografia

Lamura G, Melchiorre MG, Principi A, Polverini F, Lucchetti M. *Migrant workers in the elder care sector: lessons from the Italian case. Key-note lecture presentata alla International Conference "Transforming elderly care at local, national and transnational levels"*. Copenhagen, 26-28 giugno 2008.

Anonimo. *Finding solutions to the human resources for health crisis*. Lancet 2008;371:623.

Lucchetti M, Socci M, Gattaceca R, Mazzoni E. *Donne straniere nel lavoro di cura ed assistenza agli anziani.* Ancona: INRCA 2005.

Lucchetti M, Scocchera F, Gattaceca R. *Badanti di anziani: caratteristiche e problematiche in due diversi contesti occupazionali nelle Marche*. Economia Marche 2004;1:123-45.

Il protocollo ortogeriatrico intraospedaliero: valutazione della sua efficacia

G. Lancellotti, C. Facchini[1], R. Scotto, C. Mussi

Cattedra di Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia; [1] U.O. di Ortopedia, Nuovo Ospedale civile "S. Agostino-Estense", Azienda USL di Modena

Introduzione. L'ortogeriatria è variamente raccomandata nella gestione ospedaliera del paziente anziano con frattura del femore. A livello nazionale poche sono le esperienze confermate da studi clinici che confrontino il periodo precedente all'ortogeriatria con quello dopo l'attivazione del servizio.

Materiali e metodi. Sono stati studiati retrospettivamente 200 pazienti ricoverati in U.O. di Ortopedia per frattura del femore, di età media 83,5 ± 8,0, 75,5% femmine; 100 prima dell'implementazione delle procedure ortogeriatriche (gruppo 1), 100 dopo l'inizio dell'attività ortogeriatrica (gruppo 2).

Risultati. Non esistono differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda età, sesso, comorbilità, numero di farmaci assunti. La durata della degenza è più breve nel gruppo 2 (12,1 ± 3,6 *vs.* 14,1 ± 6,6, p = 0,008) e anche il numero di consulenze richieste ad altri specialisti è inferiore (1,8 ± 0,9 *vs.* 2,4 ± 1,1 p < 0,0001). L'anemia prima dell'intervento chirurgico è significativamente inferiore nei pazienti del gruppo 2 (ortogeriatria) (23,9% *vs.* 49,2%, p = 0,046). L'incidenza di delirium nel periodo post-operatorio si è mantenuta stabile nei due periodi (22,0% *vs.* 28,0%); tuttavia prima dell'ortogeriatria il delirium non era valutato in ben il 92% dei pazienti (il numero di pazienti con delirium è stato evinto dalla prescrizione estemporanea di antipsicotici); questa percentuale si è ridotta al 10,5% nel periodo dell'ortogeriatria (p < 0,0001), così come la prescrizione di antipsicotici triciclici (73% *vs.* 12% dei pazienti con delirium p < 0,0001). La presenza di dolore prima dell'intervento chirurgico non è mai stata valutata nel gruppo 1, mentre la percentuale sale all'80% nei pazienti del gruppo 2. A domicilio il 93% dei pazienti fratturati non assumeva trattamenti mirati a curare l'osteoporosi, che sono stati prescritti nel 73% dei casi alla dimissione nel periodo dell'ortogeriatria. L'analisi multivariata mostra una riduzione della mortalità a 30 giorni del 48% nel gruppo Ortogeriatria, indipendentemente da età e sesso; gli altri fattori correlati significativamente alla mortalità sono la comorbilità e il rischio pre-operatorio.

Conclusioni. La presenza del Geriatra in Ortopedia, oltre a risparmiare risorse (riduzione della degenza e del numero di consulenze richieste), ha consentito di trattare precocemente condizioni sfavorevoli come l'anemia pre-operatoria ed evitare complicanze post-chirurgiche. La rilevazione e il trattamento del delirium sono migliorati grazie all'intervento ortogeriatrico. L'integrazione tra Geriatra ed Ortopedico ha ridotto significativamente la mortalità a 30 giorni. Sono necessarie valutazioni su casistiche più ampie per identificare i fattori che influiscono non solo sulla mortalità, ma anche sull'autosufficienza e sulla qualità della vita nei pazienti anziani con frattura del femore.

Ruolo della fragilità sulla mortalità a lungo termine in soggetti anziani con broncopneumopatia cronica ostruttiva

A. Langellotto[1], R. Abbruzzese[1], M. Rossetti[1], D. Avolio[1], F. Picaro[1], M.F. Suozzi[1], P. Sapone[1], C. Mastrobuoni[1], I. Simione[1], S. Russo[1], C. Montuori[1], F. Cacciatore[2], F. Mazzella[1], G. Testa[1], P. Abete[1], F. Rengo[1 2]

[1] Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università "Federico II", di Napoli; [2] Fondazione "Salvatore Maugeri", Istituto di Campoli/Telese, Benevento

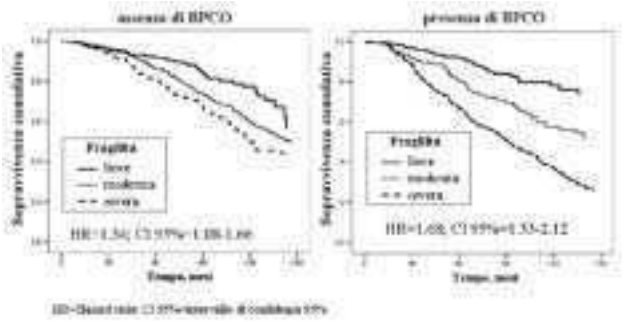
Scopo. La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia di frequente riscontro nella popolazione geriatrica il cui aumento di incidenza e prevalenza, nelle decadi di età più avanzate, è accompagnata da un'elevata mortalità. La fragilità, condizione clinica complessa e tipica dell'età geriatrica, rappresenta un potente fattore predittivo di mortalità nel soggetto anziano. Al momento non esistono dati in letteratura sulla relazione esistente tra fragilità e BPCO nel predire la mortalità a lungo termine nel soggetto anziano.

Risultati. L'analisi è stata condotta su 1332 soggetti ultra-65enni arruolati nello "Osservatorio Geriatrico Campano" nel 1992 con la raccolta della mortalità a 12 anni. La fragilità, stratificata in tre livelli di gravità, è stata valutata utilizzando il "*Frailty Staging System*" che considera la non-autosufficienza (perdita di almeno una attività di base della vita quotidiana), il deficit cognitivo (*Mini Mental State Examination* < 18/30), la presenza di incontinenza urinaria, il deficit visivo, il deficit uditivo e lo scarso supporto sociale. La prevalenza di BPCO nel nostro campione era 38% con una sopravvivenza a 12 inferiore nei soggetti con BPCO rispetto ai soggetti senza BPCO. La Tabella, inoltre, mostra come la fragilità determini una ulteriore riduzione di sopravvivenza nei soggetti anziani con BPCO rispetto a quelli senza BPCO.

Sopravvivenza (%)	BPCO		Fragilità					
	no	si	1	2	3	1	2	3
			assenza di BPCO			presenza di BPCO		
1 anno	96	92	98	91	85	97	89	82
6 anni	79	63	83	57	60	78	49	38
12 anni	48	36	55	24	8	50	23	3

La regressione secondo COX, corretta per età e sesso, evidenzia come la fragilità aumenti il rischio di mortalità a lungo termine in misura maggiore nei soggetti anziani con BPCO rispetto a quelli senza BPCO.

Conclusione. Tali dati indicano come la BPCO sia estremamente prevalente nel soggetto anziano e caratterizzata da un elevata mortalità a lungo termine. La fragilità partecipa in maniera significativa a questo fenomeno determinando un aumento del rischio di mortalità a lungo termine nel soggetto anziano con BPCO.



Utilizzo di routine della L-DOPA nel parkinsonismo vascolare

F. Lauretani, M. Maggio, A. Nardelli, M. Saccavini, G.P. Ceda

Geriatric Unit and Clinical Geriatric, Geriatric-Rehabilitation Department, University Hospital of Parma, Parma

Scopo. Valutare l'efficacia della terapia con L-DOPA e/o dopaminoagonisti nel parkinsonismo vascolare. L'entità nosologica del Parkinsonismo vascolare è attualmente definita. La malattia si caratterizza per la presenza di un *lower body parkinsonism*, con insorgenza graduale, con prevalente bradicinesia e rigidità rispetto al sintomo classico del tremore a riposo. La condizione è frequentemente ad insorgenza bilaterale ed è tuttora in fase di discussione il trattamento terapeutico del parkinsonismo vascolare con i farmaci normalmente utilizzati nella malattia di Parkinson idiopatica.

Materiali e metodi. Descrizione di un caso clinico ricoverato presso l'Unità di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Si ricovera un 80enne per ripetuti episodi di caduta a terra nelle ultime due settimane che si verificavano durante l'inversione della marcia ed al momento dell'inizio del cammino. Il paziente era affetto da ipertensione arteriosa sisto-diastolica, fibrillazione atriale cronica e ipertrofia prostatica benigna. La TAC cerebrale mostrava degli infarti diffusi della sostanza bianca.

Risultati. La terapia con L-DOPA veniva iniziata al dosaggio di 125 mg prima di colazione e prima del pranzo e mantenuta per due settimane fino al momento della dimissione dal reparto. Il paziente dopo due settimane presentava un miglioramento delle abilità motorie, come rilevato dall'incremento della velocità del cammino nei 4 metri ed alla scala delle performance motorie degli arti inferiori (SPPB) (Tab. I).

Tab. I. Caratteristiche del paziente all'arruolamento e dopo due settimane di terapia con L-DOPA.

	All'arruolamento	Dopo due settimane di terapia (250 mg/al giorno)
Età (anni)	80	-
Insorgenza graduale	SI	-
Tremore a riposo	No	No
Bradicinesia	SI	No
Asimmetria all'inizio malattia	No	-
Disturbo dell'andatura	Sì	Sì
Incontinenza urinaria	No	No
Instabilità posturale	Sì	No
Presenza di segni piramidali	Sì	Sì
"Freezing"	Sì	No
"Lower body parkinsonism"	Sì	Sì
H & Y Score*	4	2
SPPB**	0	5
Velocità cammino 4-m (m/sec)	0	0,6
MMSE***	18/30	20/30

* = Scala Hoen & Yahr; ** = SPPB: *Summary Performance Physical Battery*; *** = MMSE: *Mini Mental Score Examination* aaggiustato per età e scolarità

Conclusione. Il paziente alla dimissione mostrava un significativo miglioramento delle sue abilità motorie. Questi dati preliminari suggeriscono un uso routinario della terapia con L-DOPA e/o dopaminoagonisti nei soggetti anziani affetti da parkinsonismo vascolare con l'obiettivo di ridurre in loro *outcome* negativi come le cadute a terra e lo sviluppo di disabilità motoria.

Bibliografia

Lauretani F, et al. *Should be L-Dopa used routinally in vascular parkinsonism?* JAGS 2008 (in press).

L'alimentazione nei pazienti istituzionalizzati affetti da demenza tipo Alzheimer

A. Lo Bue, M. Ferlisi, G. Belvedere, A. Giunta, A. Di Prima, G. Antista, G. Taormina, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Introduzione. Nelle Case di Riposo è sempre più comune la prevalenza di malnutrizione che può arrivare anche all'85%. Esiste sicuramente una correlazione tra Demenza di Alzheimer (DA) e malnutrizione.

Scopo. Studiare le relazioni tra stato nutrizionale e demenza in una Casa di Riposo per non autosufficienti volta all'assistenza di persone con DA.

Materiali e metodi. Abbiamo osservato quotidianamente i pasti di 20 persone con DA e, ogni 2 mesi, abbiamo rivalutato i seguenti parametri:

Stato nutrizionale: albuminemia, peso, Indice di Massa Corporea (BMI), Dispendio Energetico Stimato (TEE), Introito Calorico, rischio di malnutrizione (*Mini Nutritional Assessment* – MNA).

Severità della demenza: stadio (*Clinical Dementia Rating* – CDR), carico assistenziale (*Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale* – BANSs), stato cognitivo (*Mini Mental State Examination* – MMSE), stato funzionale (Barthel Index – BI), disturbi comportamentali (*Neuro Psychiatric Inventory* – NPI).

Approccio al pasto: (*Eating Behaviour Scale* – EBS), disturbi alimentari (Blandford Scale – BS).

Comorbilità: Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).

Risultati. All'inizio della valutazione i due sessi presentavano uno stato nutrizionale buono, demenza medio-grave, si alimentavano per via naturale, ma erano a rischio di malnutrizione. Il MMSE è più basso nelle donne, il CIRS è più elevato negli uomini. Dopo 2 mesi, le donne perdono peso, aumentano in modo significativo BS e CIRS, mentre si riducono BANSs, BI, MNA, EBS. Gli uomini guadagnano peso, EBS e BS sono peggiorate. Nei due sessi l'apporto calorico è simile, costante nel tempo e supera il dispendio energetico e anche i disturbi comportamentali non variano significativamente.

Nessuna correlazione significativa tra stato nutrizionale e variabili studiate.

L'aumentata comorbilità nelle donne può spiegare la perdita di alcune funzioni fisiche e il dimagramento. Negli uomini, chi perde peso assume più calorie di chi aumenta di peso ma ha maggiori disturbi comportamentali.
Bias principali: brevità dell'osservazione, scarsa numerosità del campione e diversità delle patologie dei singoli.
Conclusioni. In atto non esistono metodi standardizzati per la valutazione della malnutrizione; sicuramente il peso corporeo rilevato al momento del ricovero, il controllo nel tempo e l'albuminemia possono essere considerati fattori predittivi di morbilità e mortalità.

Bibliografia

1 Frasiglioni L, Viitanen N, Backman L, Sandaman PO, Winbland B. *Occurence of dementia in advanced age: study KP*. Neuroepidemiology 1992.
2 Trabucchi M. *Demenze*. 2001.

Scompenso cardiaco, valutazione multidimensionale e analisi della ridotta aspettativa di vita nella popolazione anziana

G. Lombardo, F. Caronzolo, A. Grippa, T. Pipicella, P. Crescenti, G. Basile[1], F. D'Amico

Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Area Critica di Geriatria, Laboratorio Ecocardiografia, P.O. "Barone Ignazio Romeo" Patti, Coordinamento Dipartimentale delle Attività Geriatriche Aziendali, Azienda USL n. 5 Messina; [1] Cattedra di Geriatria, Università di Messina

Scopo. Lo scompenso cardiaco è una patologia in costante incremento nella popolazione e rappresenta una delle più frequenti cause di ricovero ospedaliero e mortalità nella popolazione anziana. I soggetti con scompenso cardiaco nelle età più avanzate differiscono sensibilmente dai soggetti di età più giovane in particolare per la comorbilità spesso caratterizzata da contestuale presenza di scompenso cardiaco, sindrome ipocinetica, non autosufficienza, deterioramento cognitivo, sindrome depressiva. La probabilità cumulativa per classi NYHA e generale per classi di età di sopravvivenza è stimata a 5 anni nel 35% circa dei soggetti. Nei soggetti di età più avanzate con classe NYHA III-IV, F.E. < 40% e severa comorbilità la probabilità di sopravvivenza è ulteriormente ridotta. Lo scopo dello studio è quello di standardizzare dei criteri che consentono di individuare pazienti che per le loro caratteristiche hanno una aspettativa di vita ridotta, pertanto di dedicare a questi soggetti un percorso di cure domiciliari di ordine sanitario e socio-assistenziale assimilabile ai soggetti terminali per migliorare, nell'ultima fase di malattia, la qualità di vita nello scompenso cardiaco.
Materiali e metodi. Sono stati valutati i soggetti ricoverati presso l'U.O.C. di Geriatria del P.O. "Barone Ignazio Romeo" di Patti dal 1 settembre 2007 al 31 gennaio 2008. Sono stati selezionati 34 soggetti con scompenso cardiaco suddivisi in 2 gruppi: gruppo A con F.E. < al 40% e gruppo B con F.E. > 40%. Il gruppo A era costituito da 16 soggetti di età 79,1 ± 9 anni. Il gruppo B era costituito da 18 soggetti di età 82,2 ± 9 anni. I soggetti venivano selezionati in base alle Linee Guida dell'*European Heart Association*, alle classi della *New York Heart Association* ed alla Frazione di Eiezione stimata all'ecocardiografia. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a esami ematochimici, Rx Torace, elettrocardiogramma, ecocardiografia, emogasanalisi, valutazione multidimensionale (MMSE, GDS, BADL, IADL). A 3 mesi dalla dimissione i soggetti venivano sottoposti a valutazione della mortalità.
Risultati. Tra i soggetti del gruppo A si sono rilevati 7 decessi (43,7%), F.E. media di 35%, età media di 81,8, prevalenza di classe NYHA III-IV, punteggio medio BADL 0,7 (nel 57,1% si rilevava totale dipendenza e nel 28,6 autonomia soltanto in 1 *item*), GDS 10,4, MMSE 11,8, anemia nel 57,1% dei soggetti. Tra gli anziani del gruppo B si sono rilevati 3 decessi (16,7%), F.E. media di 35,5%, età media di 77,1, prevalenza di classe NYHA II-III, punteggio medio BADL 2,9, GDS 8,9, MMSE 19,6, anemia nel 22,2% dei soggetti.
Conclusioni. L'analisi dei dati ha evidenziato come lo scompenso cardiaco con F.E. uguale o inferiore al 40% nella popolazione anziana, quando è associato a classe NYHA III-IV, dipendenza funzionale, deterioramento cognitivo, sindrome depressiva ed anemia comporta una ridotta aspettativa di vita. Pertanto individuare questa tipologia di pazienti all'atto della dimissione ed indirizzarla verso *setting* di cure quali ADI geriatrica o ADI cure palliative consente di ridurre le riospedalizzazioni e soprattutto migliorare la qualità di assistenza e di vita di questi pazienti nell'ultima fase della malattia.

La complessità e l'instabilità clinica dell'anziano in RSA

S. Lopez, A. Sibilano, M. Castelli, R. Colombo, E. Anselmi, A. Guaita[1]

Struttura Complessa Vigilanza e Controllo, ASL della Provincia di Milano 1, Legnano (MI); [1] Fondazione "Golgi Cenci", Istituto Geriatrico "C. Golgi", Abbiategrasso (MI)

Scopo. La Lombardia ha un ampio sistema di residenze per anziani, attualmente forte di quasi 55.000 posti in RSA rappresenta da sola quasi il 50% del sistema italiano delle residenze. In realtà, insieme a questi aspetti "quantitativi", assumono sempre più importanza gli aspetti "qualitativi" dei bisogni degli anziani ricoverati, per i quali la Lombardia può rappresentare un osservatorio privilegiato dei cambiamenti in atto. L'introduzione dei DRG in Italia ha comportato un aumento di pazienti non autosufficienti alla dimissione (dal 24,6% al 28,4% fra il 1993 e il 1996), insieme con la riduzione della durata della degenza media in ospedale. Questo si è tradotto in un maggior onere per il sistema socio sanitario di *long term care* con un aumento dei bisogni sanitari degli ospiti delle residenze per anziani. Tutto questo fa sì che le caratteristiche delle persone residenti in RSA siano essenzialmente rappresentate da età avanzata, prevalenza del sesso femminile, dipendenza funzionale, compromissione cognitiva ed una "fragilità" sanitaria. Nell'ambito della sua attività istituzionale, la U.O.C. Vigilanza e Controllo dell'ASL MI 1, ha ritenuto interessante effettuare una riflessione sull'instabilità clinica e la complessità nelle 44 RSA del territorio, per la necessità di comprenderne la portata reale e per meglio definire il contenuto di questi due termini che vanno assumendo importanza crescente.
Materiali e metodi. Gli indicatori di complessità e di instabilità sono stati rilevati attraverso un controllo diretto dei fascicoli sanitari dei residenti nelle RSA dell'ASL Milano 1, con visita "in loco" da parte dei medici ispettori e con la collaborazione dei colleghi medici delle strutture visitate. Si potevano così raccogliere sia i dati al momento della verifica effettuata, sia gli stessi all'ingresso in RSA. La scelta del campione di casi "complessi" è stata effettuata fra i residenti rendicontati in classi SOSIA (sistema di rendicontazione degli ospiti delle RSA lombarde), scegliendo quelli portatori di almeno tre patologie con punteggio ≥ 3 allo *staging* di gravità della scala CIRS. Si è inoltre rilevata la presenza/assenza di indicatori clinici di fragilità quali l'ossigenoterapia, la malnutrizione, la nutrizione artificiale, le cadute ed altri. L'instabilità clinica è stata misurata con gli indicatori proposti da Halm [1]; si è rilevato inoltre con quale frequenza venisse effettuato il monitoraggio medico-infermieristico degli ospiti clinicamente instabili. Per tale rilevazione si è utilizzata, in corso di ispezione, una Scala di Instabilità Clinica (SIC), derivata dal primo *item* della PULSES [2]. Sono stati poi rilevati degli indicatori "oggettivi" di instabilità, classificabili come "eventi clinici avversi" (ACEs) mediante analisi del fascicolo sanitario e verifica con il medico della RSA per i 12 mesi precedenti.
Risultati. Il campione è costituito da 450 ospiti di 44 RSA del territorio della ASL, di cui 362 di sesso femminile e 88 di sesso maschile. La classe di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra gli 85 e i 90 anni (23,55%), il 70,66% degli ospiti è totalmente dipendente al Barthel Index e il 48,88% ha un elevato grado di compromissione cognitiva al MMSE.
Risultati 1: 434 ospiti risultano clinicamente complessi *vs.* 450 (96,44%). Le patologie causa della complessità clinica sono nel 97,92% di tipo psichiatrico-comportamentale (73,96% demenze). Il 9,44% è portatore di nutrizione artificiale, l'8,52% di ossigenoterapia ed è caduto il 37,55% degli ospiti.
Risultati 2: gli ospiti con problemi di instabilità clinica sono 234 *vs.* 450, pari al 52%. Gli indicatori maggiormente presenti sono l'incapacità ad alimentarsi in modo autonomo (ingresso 76% – controllo 83%) e il rialzo termico (ingresso 25% – controllo 23,4%). Le patologie causa dell'instabilità clinica sono nella maggior parte di tipo psichiatrico-comportamentale (48,71%) rappresentate soprattutto dalle demenze (80,76%). Si è verificato

inoltre se i 234 ospiti clinicamente instabili ai criteri di Halm, risultino essere egualmente instabili in base alla frequenza del monitoraggio medico-infermieristico documentato dai medici delle RSA. Il 4,2% degli ospiti all'ingresso in RSA ed il 9% al controllo ASL, pur essendo clinicamente instabile ai criteri di Halm, è considerato dai sanitari moderatamente stabile (classe 2 SIC) e quindi monitorato con una frequenza compresa tra i 30 ed i 60 giorni; lo 0,6% all'ingresso ed il 2% al controllo è considerato stabile (classe 1 SIC) e pertanto monitorato con una frequenza superiore ai 60 giorni. Relativamente agli eventi clinici avversi, in 12 mesi si sono verificati 932 ACEs gestiti in RSA pari ad una percentuale del 83,33% degli ospiti clinicamente instabili ai criteri di Halm. Nel corso dell'ultimo anno il 13,24% ha avuto un accesso in Pronto Soccorso ed il 23,93% è stato ricoverato in ospedale.

Conclusione. La dipendenza, anche grave, resta il contesto principale da cui parte la domanda di assistenza, ma il numero e la gravità dei problemi sanitari, contemporaneamente presenti nella stessa persona, vanno aumentando.

I dati qui esposti dimostrano che ad un esame campionario i residenti delle strutture di ricovero sono in alta percentuale complessi e clinicamente instabili.

Bibliografia

1 Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN, Singer DE, Marrie TJ, Siu AL. *Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia*. Arch Intern Med 2002;162:1278-84.

2 *Granger* CV, Albrecht GL, Hamilton BB. *Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index*. Arch Phys Med Rehabil 1979;60:145-54.

L'educatore professionale ed il primo approccio con il paziente Alzheimer inserito in RSA: il modello applicativo nelle RSA del consorzio "San Raffaele"

M. Lopopolo, L.M. Addante, N. Barbato, A.R. Doronzo, A. Agresti

Consorzio "San Raffaele", Modugno (BA)

Scopo. Lo scopo dello studio è quello di evidenziare l'efficacia della figura dell'educatore professionale che opera all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali del Consorzio "San Raffaele" e l'approccio che lo stesso applica, sin dal primo momento in cui entra in contatto con il paziente affetto da malattia di Alzheimer. L'educatore professionale rappresenta il collante tra la componente sanitaria (assistenziale e riabilitativa) e la componente sociale (ricreativa e occupazionale). È il professionista di riferimento per il paziente, i familiari, e tutta l'équipe socio-sanitaria delle RSA. Con la presa in carico del paziente, cura tutti gli aspetti della sua quotidianità, integrando le aspettative ed i bisogni dell'ospite con la pratica assistenziale, per la realizzazione di un progetto assistenziale globale e personalizzato.

Materiali e metodi. L'educatore professionale che lavora a stretto contatto con soggetti affetti da demenza di tipo Alzheimer, realizza interventi di "riabilitazione cognitiva" in collaborazione con l'équipe multidisciplinare [1], svolge attività di "terapia occupazionale", ludico ricreative, mirate a favorire la socializzazione tra i pazienti, aiuta a "mantenere viva la mente", permettendole di continuare a vivere grazie alla stimolazione continua. La terapia occupazionale, è una vera e propria "ginnastica mentale" che stimola al mantenimento della cura di sé, a restituire un senso di utilità, nonché al miglioramento della propria qualità di vita e quella dei *caregivers* (formali e informali). È assolutamente importante che l'educatore conquisti la fiducia del paziente realizzando quando possibile anche con lui, un piano di lavoro che discenda dall'analisi delle capacità residue, aiuti il paziente a scegliere ed ad attuare le varie attività, studiando con lui le modalità con le quali superare le difficoltà incontrate. L'approccio che l'Educatore Professionale deve avere con una persona affetta dalla malattia di Alzheimer [2], è basato sul rapporto di fiducia che si instaura seguendo cinque elementi chiave:

- la competenza, che si acquisisce via via che aumentano le conoscenze sulla malattia di Alzheimer nonché vivendo la sua quotidianità;
- l'empatia che consiste nella capacità di essere sensibili al vissuto dell'altro e nel dimostrare a quest'ultimo della sollecitudine. Corrisponde alla capacità di "mettersi nei suoi panni";
- la coerenza ossia l'assenza di contraddizione tra le nostre parole ed i nostri gesti, è fondamentale per assistere una persona il cui cervello si sfalda e si disorganizza;
- la costanza dell'ambiente umano e fisico, apporta la stabilità di cui la persona ha bisogno per superare la difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti. La costanza si assicura con la permanenza di persone, che si prendono cura della persona affetta da malattia di Alzheimer, attraverso lo stabilirsi di "routine" nello svolgimento delle giornate, e la stabilità dell'ambiente fisico;
- il clima nel quale si evolve l'individuo deve essere calmo e rilassante, allo scopo di procurare un'atmosfera conveniente alla sua vulnerabilità, cercando di rendere ogni contatto il più piacevole possibile. Sdrammatizzando gli incidenti, gli errori e le manchevolezze e utilizzando l'umorismo, si può creare un clima sereno e rassicurante.

Risultati. Il successo finale dipende da una corretta valutazione del soggetto, bisogna infatti tener conto di quelle che sono le capacità del paziente e quindi, lo stile di vita in cui il soggetto ha vissuto, il lavoro che ha svolto, i suoi interessi, i suoi hobby; tutto ciò che ha caratterizzato la sua vita, bisogna quindi porsi obiettivi realistici.

Conclusione. L'educatore professionale, con la sua presenza quotidiana aiuta il paziente nell'organizzazione di tutte le varie fasi che la compongono, cercando di rifare le medesime cose agli stessi orari, sfruttando l'effetto "abitudine", invitando lo stesso quindi a vivere con positività le difficoltà incontrate nelle attività di vita quotidiana.

Bibliografia

1 Giaquinto S. *Riattivazione cognitiva: 2000 anni di pazienza*. Geriatria 2007.

2 Greenberg DA, Aminoff MJ, Simon RP. *Trattamento malattia di Alzheimer*. Quinta Edizione Neurologia Clinica 2004.

Identificazione di uno strumento di screening alternativo al MMSE utilizzabile dai medici di base

M. Loria, E. Bonavera, A. Santoro, R. Cavano, G. Patteri, P. Piana, F. Sardi, G. Cuzzoni, G. Ricevuti

Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Pavia, Divisione di Geriatria, IDR "S. Margherita", ASP Pavia, Pavia, Italy

Scopo. Recenti studi epidemiologici relativi alle patologie dementigene evidenziano una schisi tra i dati forniti dalla letteratura nazionale ed internazionale e talune realtà locali, dimostrando la necessità di implementare l'acquisizione, presso gli ambulatori dei medici di Base, della metodologia essenziale per lo *screening* delle demenze, mirato alla diagnosi precoce del disturbo cognitivo. Tuttavia, le modalità operative negli ambulatori di Medicina Generale comportano la disponibilità di tempi limitati, spesso inconciliabili con la somministrazione della testistica neuropsicologica classica.

Si è pertanto ritenuto utile andare alla ricerca di un test di *screening* alternativo al MMSE (Folstein et al., 1975) che, pur conservando un significato ed un'affidabilità sostanzialmente sovrapponibili al MMSE, comporti un tempo di somministrazione significativamente inferiore.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati dalla letteratura scientifica tre test che in potenza presentano tali caratteristiche: il CODEX (Belmin et al., 2007), lo Short Portable MMSE (Pfeiffer, 1975), il MINI-Cog (Borson et al., 2000).
Si è, quindi, proceduto alla somministrazione di tali test in una coorte di pazienti con un MMSE di base compreso fra 18 e 30 punti (punteggio corretto), calcolando anche i tempi medi di somministrazione di ognuno di essi.
Considerando il MMSE come test di riferimento, è stato, infine, confrontato il risultato di ogni singolo test di *screening* con quello ottenuto al MMSE, al fine di valutarne l'affidabilità in termini di sensibilità e di specificità.
Risultati. Le prime indicazioni di questo *work in progress* evidenziano tempi di somministrazione contenuti mediamente entro i 5 minuti per tutti i test considerati, che risultano marcatamente inferiori al tempo medio di somministrazione del MMSE (circa 13 minuti), ottemperando così alla prima delle due condizioni previste.
Benché la consistenza della casistica fin qui ottenuta non consenta a tutt'oggi di trarre conclusioni supportate da un'ampia significatività statistica, sono emersi elementi fortemente suggestivi di rilevanti differenze nell'affidabilità complessiva fra i test studiati.
Conclusioni. I risultati preliminari del presente studio sembrano indicare la presenza di significative differenze fra i test di screening alternativi al MMSE e, per alcuni di essi, caratteristiche di rapidità nella somministrazione e di buona affidabilità; se tali risultati saranno confermati dall'implementazione della casistica, sarà possibile indicare il test da proporre quale strumento di screening delle patologie cognitive nella Medicina di Base.

Bibliografia

Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, Lefebvre des Noettes V, et al. *Codex, un test fiable en 3 minutes pour la détection de la démence chez le sujet âgés (étude de validation sur 323 sujects).* Presse Med 2007;36:1183-90.

Pfeiffer E. *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.* J Am Geriatr Soc 1975;23:433-41.

Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. *The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly.* Int J Geriatr Psychiatry 2000;15:1021-7.

Il polimorfismo I405V del gene della proteina di trasferimento degli esteri del colesterolo (CETP) nei giovani e nei grandi vecchi

T. Lucchi, B. Arosio, C. Vergani

Dipartimento di Medicina Interna, U.O. Geriatria, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Scopo. La dislipidemia figura tra i principali fattori di rischio dell'aterosclerosi. Il ruolo patogeno del colesterolo dipende non solo dai suoi livelli ma anche dalla sua distribuzione nelle lipoproteine. È stato stimato che un aumento di 1 mg/dl di colesterolo HDL (cHDL) riduce il rischio cardiovascolare del 2-3%. Alti livelli di cHDL sono stati associati ad una maggiore durata della vita. Un ruolo chiave nel metabolismo delle HDL viene svolto dalla cholesteryl ester transfer protein (CETP) che media il trasferimento degli esteri del colesterolo dalle HDL alle lipoproteine contenenti Apo B (VLDL e LDL). Il gene della CETP, localizzato sul cromosoma 16, è altamente polimorfico e alcune sue varianti influenzano i livelli e la composizione delle lipoproteine. Noi abbiamo studiato il polimorfismo I405V del gene dovuto ad una transizione A⊥ G in posizione +20206 dell'esone 14 che comporta una missense mutation con sostituzione di isoleucina con valina in posizione 405 della proteina. Il polimorfismo I405V nella forma omozigote per l'allele più raro (genotipo V/V) si associa ad una diminuita attività della CETP, ad una modificazione dei livelli del cHDL e della composizione delle HDL e LDL. Il genotipo V/V è stato associato inoltre ad una maggiore longevità in soggetti di origine Aschenazi.
Scopo del lavoro è quello di analizzare in due popolazioni, una di giovani e l'altra di grandi vecchi, la prevalenza delle varianti del polimorfismo I405V del gene della CETP, la concentrazione in circolo della CETP, il quadro lipoproteico e la presenza di *end points* clinici [1].
Materiali e metodi. Sono stati presi in considerazione 100 soggetti giovani sani e senza rilevanti fattori di rischio cardiovascolare (42 uomini e 58 donne), con età mediana di 31 anni (range 21-55) e 100 soggetti anziani ambulatoriali (37 uomini e 63 donne) con età mediana di 89 (range 85-100).
I soggetti giovani sono stati reclutati tenendo conto per i criteri di esclusione delle indicazioni dell'ATP III. Per quanto riguarda i soggetti anziani l'unico criterio di esclusione era l'assunzione di farmaci ipolipemizzanti. Nei soggetti anziani è stato eseguito un ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici per valutare la presenza di aterosclerosi subclinica.
Il DNA genomico è stato ottenuto da sangue venoso mediante la metodica del *salting out* e sequenziato tramite *polymerase chain reaction* (PCR).
I livelli sierici del colesterolo totale (CT), dei trigliceridi (TG), del cHDL e del colesterolo LDL (cLDL) sono stati determinati con procedure standard (Roche Diagnostics SpA, Italia). I livelli sierici delle apolipoproteine A-I (Apo A-I) e B (Apo B) sono stati determinati con metodo turbidimetrico (Immucor Gamma SpA, Italia). Il dosaggio della CETP è stato effettuato con test immunoenzimatico (Wako Pure Chemical Industries, Ltd, Japan).
Risultati. La distribuzione dei genotipi è differente nei due gruppi di soggetti considerati ($p = 0,02$). Nei grandi vecchi il genotipo V/V è significativamente più frequente rispetto ai giovani: 17% *vs.* 7% ($p < 0,05$) mentre è meno frequente il genotipo I/V: 44% *vs.* 61% ($p = 0,02$).
I livelli sierici della CETP sono più bassi nei soggetti con genotipo V/V rispetto ai soggetti con genotipi I/V e I/I; tale differenza risulta significativa nei giovani. ($p < 0,05$) Quando si considera globalmente la popolazione esaminata la concentrazione della CETP varia significativamente a seconda dei genotipi ($p = 0,007$) ed in particolare risulta più bassa nei soggetti V/V rispetto ai soggetti con gli altri genotipi ($p < 0,05$).
Il genotipo V/V, rispetto ai genotipi I/V e I/I, nei soggetti giovani si associa a livelli più bassi di CT, di cLDL, di Apo B e ad una riduzione del rapporto Apo B/Apo A-I, nei grandi vecchi si associa ad una diminuzione delle Apo B.
Rispetto ai giovani i grandi vecchi hanno livelli più alti di CT, di cLDL, di TG, di Apo B con un rapporto cLDL/ApoB più elevato. L'aumento di tale rapporto è particolarmente evidente nelle donne con genotipo V/V. I livelli di cHDL, di Apo A-I e il rapporto cHDL/Apo A-I non variano in rapporto al genotipo e sono pressoché sovrapponibili nei due gruppi di soggetti. Nei grandi vecchi con genotipo V/V si osserva una minor prevalenza di coronaropatia, di eventi cerebrovascolari e di stenosi carotidea significativa (> 50%).
Conclusione. Il genotipo V/V si associa ad una ridotta concentrazione sierica della CETP. Nei grandi vecchi la frequenza del genotipo V/V è più del doppio rispetto a quella osservata nei giovani. I giovani con genotipo V/V presentano un quadro lipoproteico meno aterogeno rispetto a quelli con genotipo I/V e I/I. I grandi vecchi hanno in circolo LDL più grandi rispetto ai giovani: ciò è particolarmente evidente nei soggetti V/V. Nei grandi vecchi V/V è notevolmente ridotta la prevalenza di end points clinici suggestivi di danno vascolare aterosclerotico.

Bibliografia

[1] Vergani C, Lucchi T, Caloni M, Ceconi I, Calabresi C, Scurati S, et al. *I405V polymorphism of the cholesteryl ester transfer protein (CETP) gene in young and very old people.* Arch Gerontol Geriatr 2006;43:213-21.

La valutazione del rischio caduta nell'anziano: proposta di una scheda di autovalutazione/valutazione in Medicina Generale

A.M. Maestroni, R. Moretti[5], B. Ghiazza[1], R. Ferrario[1], L. Della Morte[1], M. Micheli[2], P. Baccomo[2], S. Julita[2], V. Valsecchi[3], F. Odinolfi[4]

Dip. P.A.C. ASL di Lecco; [1] Medici di Medicina Generale presidio di Casatenovo; [2] Medici di Medicina Generale presidio di Lecco; [3] Dip. Cure Primarie, ASL di Lecco; [4] ASL di Lecco, Dir. Sanitario ASL di Lecco; [5] Med. Prev. ASL di Bergamo

Scopo. Le cadute degli anziani rappresentano una priorità per la sanità pubblica a causa della loro frequenza e gravità 1. Tra i fattori di rischio noti delle cadute cinque su otto sono di competenza medica 2. Il 60% degli eventi caduta non giunge all'osservazione del medico di medicina generale, non consentendo in tal modo di incidere nella rimozione dei fattori di rischio

ed esponendo così un'alta percentuale di anziani a successivi eventi caduta per la gran parte ad esito negativo(decesso, fratture, istituzionalizzazione). Il ruolo del medico di medicina generale è strategico nel rendere efficace un progetto di promozione della salute negli anziani; tuttavia, nessuna azione preventiva risulta efficace senza la partecipazione attiva dei destinatari 3. Scopo della presente ricerca è quello di valutare l'impatto di uno strumento di valutazione di primo livello nella gestione dell'anziano a rischio di caduta nella pratica clinica quotidiana del medico di medicina generale e la sua efficacia come metodologia di approccio finalizzata alla promozione della salute negli anziani.

Materiali e metodi. Gli strumenti utilizzati nell'indagine, elaborati in collaborazione con due gruppi di medici di medicina generale, consistono in una scheda di autovalutazione del rischio da compilarsi a cura dell'assistito, in una scheda di valutazione, articolata su più domini di indagine, compilata dal medico e in una scheda di follow-up. Il questionario di autovalutazione prevede: 1) la compilazione dell'Indice di Conley 4 e la conseguente rilevazione del grado di rischio; 2) l'identificazione delle possibili cause (valutazione soggettiva) attraverso la scelta fra fattori di rischio multipli (es. vecchiaia, malattia, scarsa attività fisica, isolamento, ecc.); 3) la segnalazione della paura di cadere; 4) la scelta o meno di una valutazione più approfondita da parte del proprio medico e la disponibilità a collaborare nel follow-up. La scheda del medico prevede la compilazione dell'Indice di Conley per la conferma o meno del rischio, l'anamnesi delle patologie correlate, l'anamnesi farmacologica con particolare riguardo ai farmaci maggiormente implicati nelle cadute, l'esecuzione del Time Up and Go 5, l'indicazione del tipo di prescrizione effettuata (es. counselling, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi specifici, attività fisica, ecc.). Nel follow-up a sei mesi è prevista la ricompilazione da parte del medico della stessa scheda con alcune note aggiuntive specifiche. L'approccio scelto si articola in due momenti distinti: il primo prevede un ruolo attivo dell'assistito che può liberamente scegliere di compilare il questionario di autovalutazione del rischio, lasciato a disposizione degli assistiti nell'ambulatorio del medico unitamente agli opuscoli informativi su come prevenire le cadute. Nel secondo momento il medico valuta le schede pervenute e procede alla valutazione degli assistiti che ne hanno fatto richiesta, inserendoli nel follow-up; il medico effettua comunque la valutazione di coloro che a suo giudizio sono già ritenuti potenzialmente a rischio. Per la fase di prima valutazione sono previsti sei mesi e nei successivi sei la fase di follow-up. Ai fini dell'analisi sono stati individuati indicatori di autovalutazione, di processo, di esito, e di qualità percepita sia per l'assistito che per il medico.

Conclusione. L'esito della sperimentazione costituirà il punto di partenza per la produzione di un protocollo di assessment dell'anziano a rischio di caduta nella pratica clinica quotidiana del medico di medicina generale e per la stesura di un percorso (PDT) ospedale-territorio che veda coinvolto il personale del Pronto Soccorso dell'AO "A. Manzoni" di Lecco in attività di screening di primo livello delle persone anziane che vi accedono in seguito ad evento caduta mediante l'utilizzo degli strumenti di valutazione elaborati unitamente ad un'attività complementare di counselling svolta da Volontari Ospedalieri formati indirizzata prevalentemente alle problematiche di tipo ambientale e sociale con la possibilità di fornire materiale informativo dedicato.

Bibliografia

1 American Geriatrics Society. *Guideline for the prevention of falls in older person*. J Am Geriatr Soc 2001;49:664-72.

2 PNLG. *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. Istituto Superiore di Sanità, maggio 2007.

3 The National Service Framework for Older People. *Developing an evidence-based approach to falls-risk assessment.* 2007.

4 Conley D, Schultz A, Selvin R. *The challenge of predicting patients at risk of falling: development of the Conley scale*. MEDSURG Nursing 1999;8:348-54.

5 Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. *Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test*. Phys Ther 2001;81:1060-1.

Effetti del fumo di sigaretta sulla traiettoria longitudinale dei livelli di testosterone nei soggetti di sesso maschile

M. Maggio, E.J. Metter[1], S. Basaria[2], L. Ferrucci[1]

Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche, Sezione di Geriatria, Università di Parma, Italia; [1] Clinical Research Branch, National Institute on Aging Intramural Research Program (NIA-IRP) Baltimore, MD, USA; [2] Division of Endocrinology, School of Medicine, Bayview Medical Center, Johns Hopkins University, Baltimore, USA of Health, Baltimore, USA

Premessa. I livelli di Testosterone (T) nei soggetti di sesso maschile diminuiscono in corso di invecchiamento. Alcuni dei fattori metabolici ed ambientali che influenzano i livelli di testosterone come il BMI, sono abbastanza noti.

Gli effetti invece del fumo di sigaretta sono stati valutati in alcuni studi con risultati inconsistenti [1]. Ancor meno chiara è la relazione tra l'effetto della discontinuazione del fumo di sigaretta ed i livelli ematici di testosterone.

Scopo dello studio. Usando dati del *Baltimore Longitudinal Study of Aging* (BLSA), abbiamo testato: 1) l'effetto del fumo di sigaretta e della 2) modificazione dello status di fumatore sui livelli di T totale nei partecipanti di sesso maschile.

Materiali e metodi. Sono stati valutati i livelli di T e *Sex hormone binding globulin* (SHBG) in 88 partecipanti arruolati nel BLSA che erano fumatori al *baseline*. Inoltre utilizzando dati prospettici, sono state studiate le modificazioni dei livelli di T in partecipanti che hanno interrotto il consumo di sigaretta durante la valutazione longitudinale. Lo status di fumatore è stato determinato attraverso una metodica *self report*. I livelli di testosterone sono stati determinati con metodica RIA, con concentrazione minima rilevabile (MDC) di 0,42 nmol/L. SHBG è stata dosata con metodica RIA con concentrazione minima rilevabile di 10 nmol/L.

Un modello lineare *mixed effect* è stato utilizzato per valutare l'impatto del fumo di sigaretta sui livelli di testosterone età aggiustati con tempo 0 pari alla data di valutazione in cui il soggetto ha riportato di aver smesso di fumare. Le covariate utilizzate insieme all'età sono state l'SHBG ed il BMI.

Risultati. I partecipanti allo studio (età media al *baseline*: 46,3 ± 12,2 anni) sono stati seguiti per una durata media di 18,3 ± 6,2 anni. La durata del consumo di sigaretta ed il follow-up successivo alla data in cui hanno smesso di fumare sono stati di 10,2 ± 5,8 anni e 8,2 ± 6,2 anni, rispettivamente. I livelli di T aggiustati per età sono stati rispettivamente di 461,3 ± 103,5 ng/dl prima di smettere di fumare, e 436 ± 82 ng/dl dopo aver smesso di fumare ($p = 0,009$). A dispetto della differente età, dopo aggiustamento per BMI, i livelli di T prima e dopo aver smesso di fumare non sono risultati statisticamente differenti. Il declino età correlato di T è risultato attenuato in modo significativo nei soggetti che hanno smesso di fumare ($p < 0.001$) e questo dato è rimasto statisticamente differente anche dopo ulteriore aggiustamento per BMI ed SHBG.

Conclusioni. In soggetti di sesso maschile, la sospensione del fumo di sigaretta rallenta il declino età associato di T. Questo effetto è indipendente da età, SHBG e BMI.

Bibliografia

1 Svartberg, et al. *Endogenous testosterone levels and smoking in men. The fifth Troms study*. Int J Androl 2007;30:137-43.

L'evoluzione temporale della longevità in Italia dal 2002 al 2007

S.U. Magnolfi, I. Noferi, E. Petruzzi[1]

U.O. Geriatria, USL 4 Area Pratese; [1] Sez. di Gerontologia e Geriatria, Dip. di Area Critica Medico-Chirurgica, Università di Firenze

Introduzione. L'Italia è uno dei paesi del mondo con il maggiore invecchiamento della popolazione. L'aumento della popolazione anziana riguarda tutte le regioni italiane, ed è più rapido nelle fasce di età più avanzata. Tuttavia, esistono notevoli differenze territoriali sia nella percentuale degli anziani, sia nella velocità con cui la popolazione invecchia. Tali differenze

sono più evidenti soprattutto nei centenari, con valori percentuali che possono variare più di quattro volte da una provincia all'altra. Per analizzare la distribuzione territoriale della longevità e valutarne l'evoluzione temporale, abbiamo confrontato in tutte le province e regioni italiane i dati ISTAT del 2007 con quelli del 2002.

Soggetti e metodi. Sono stati utilizzati i dati forniti per il 2002 e il 2007 dall'ISTAT sulla popolazione italiana. Per ogni provincia, regione e macroregione, sono stati raccolti i seguenti dati: popolazione totale, percentuale di ultrasessantacinquenni, centenari/10.000 abitanti, indice di longevità (il rapporto tra gli ultranovantenni e gli ultrasessantacinquenni x 100), indice di centenarietà (il rapporto tra i centenari e gli ultranovantenni x 100), rapporto tra centenari di sesso femminile e maschile (*sex ratio*).

Risultati. In cinque anni la percentuale dei cittadini italiani ultrasessantacinquenni è passata dal 18,69% al 19,94%. Gli aumenti maggiori sono stati nell'Italia nord occidentale (+ 1,46%), in quella insulare (+ 1,38%) e meridionale (+ 1,34%), mentre l'Italia centrale e nord orientale hanno avuto aumenti di minore entità (rispettivamente + 1,07% e + 0,87%). Sia nel 2002 che nel 2007, la regione più anziana è rimasta la Liguria, dove gli ultrasessantacinquenni sono passati dal 25,63% al 26,70%, mentre quella più giovane è rimasta la Campania (dal 14,28% al 15,52%). Dal 2002 al 2007 in Italia i centenari/10.000 abitanti sono pressoché raddoppiati (da 0,99 a 1,94), con incrementi più sensibili nell'Italia centrale (da 0,99 a 2,33) e meridionale (da 0,70 a 1,59) rispetto al nord e alle isole. Tra le regioni con il maggior numero di centenari/10.000 abitanti abbiamo la Liguria (seconda nel 2002 con 1,80 e prima nel 2007 con 3,41) e il Friuli (prima nel 2002 con 1,82 e seconda nel 2007 con 2,78), mentre nel 2002 e 2007 la Campania e la Basilicata sono risultate rispettivamente ultima (0,55) e penultima (1,44) e penultima (0,64%) e ultima (1,10). Il maggior incremento è stato registrato nel Lazio (da 0,76% nel 2002 a 2,54 nel 2007). Le province con il maggior numero di centenari/10.000 abitanti erano nel 2002 Trieste (2,94), La Spezia (2,46) e Ravenna (2,36), nel 2007 sempre Trieste (4,31), La Spezia (3,54) e Genova (3,52), mentre quelle con meno centenari erano nel 2002 Catania (0,38), Caserta (0,39) e Napoli (0,43), nel 2007 Matera (0,93) e Caserta (0,93). L'indice di longevità italiano è passato da 3,76 nel 2002 a 4,25 nel 2007, e ha mantenuto sostanzialmente le differenze territoriali, con i valori più alti nell'Italia nord orientale (4,36 nel 2002, 4,86 nel 2007) e più bassi in quella meridionale (rispettivamente 3,17 e 3,79). Le regioni con il più alto indice di longevità erano nel 2002 il Friuli e la Liguria, nel 2007 l'Emilia Romagna e il Friuli, quelle con i valori più bassi nel 2002 la Campania e la Sicilia, nel 2007 la Campania e la Puglia. L'indice di centenarietà italiano, passato da 1,41 nel 2002 a 2,29 nel 2007, ha invece mostrato nel tempo variazioni territoriali importanti: ha infatti avuto un aumento più cospicuo nell'Italia centro meridionale che nel nord. La regione con il maggior aumento dell'indice di centenarietà è stata il Lazio: da 1,33 nel 2002 (un valore inferiore alla media italiana) a 3,49 nel 2007 (abbondantemente al di sopra dei valori delle altre regioni), mentre la Sardegna, che aveva l'indice più alto nel 2002 (1,86), ha avuto nel tempo un incremento inferiore alla media nazionale (2,38 nel 2007). In Italia la *sex ratio* è diminuita dal 2002 (5,41) al 2007 (4,68). La distribuzione territoriale della *sex ratio* nelle macroregioni italiana non ha subito importanti variazioni nel tempo, mantenendo valori superiori a 7 nell'Italia del Nord e inferiori a 4 nell'Italia meridionale e insulare. Le regioni con la *sex ratio* più alta erano nel 2002 il Friuli (11,65) e il Trentino Alto Adige (9,00), nel 2007 il Trentino Alto Adige (14,33) e il Veneto (9,12), mentre quelle con la *sex ratio* minore erano nel 2002 la Calabria (2,21) e la Sardegna (2,66), nel 2007 la Basilicata (1,95) e la Sardegna (2,69).

Conclusioni. Il confronto tra i dati di popolazione del 2002 e del 2007 mostra un rapido aumento della longevità su tutto il territorio italiano. Negli ultimi decenni, la longevità delle regioni del centro nord è stata sempre superiore a quella delle regioni meridionali. Tale divario è stato probabilmente dovuto alle migliori condizioni economiche e sanitarie del nord, che hanno permesso ad una buona parte della popolazione il raggiungimento di un'età avanzata. Questa supremazia del centro nord nella longevità (soprattutto femminile) viene confermata anche dai nostri dati. Tuttavia, rispetto al 2002 nel 2007 la crescita percentuale dei centenari è stata superiore al centro sud che al nord, e quindi il divario tra le diverse regioni italiane mostra, almeno per quanto riguarda le età più avanzate, una tendenza all'attenuazione. Tra le province del nord, quelle situate sul mare, come Trieste, La Spezia e Genova, continuano ad avere il primato della maggiore presenza di centenari, e tale prerogativa può dipendere, oltre che da fattori economici a culturali, anche da un clima particolarmente favorevole.

Ruolo dell'omocisteina e della PCR nel Mild Cognitive Impairment

F. Maioli, M. Coveri, C. Marchetti, V. Nativio, A. Gardellini, R. Ciarrocchi, P. Pagni, C. D'Anastasio, V. Pedone

Dipartimento Medico AUSL di Bologna: Centro Esperto per i disturbi Cognitivi e della Memoria, Unità Operativa di Geriatria, Ospedale Maggiore

Scopo. Diversi studi hanno riscontrato un incremento dei livelli circolanti di omocisteina e della PCR in pazienti anziani affetti da demenza rispetto a coetanei sani. Non è chiaro, invece, se un analogo incremento delle proteine infiammatorie si osservi anche nei soggetti anziani con *Mild Cognitive Impairment* (MCI). Scopo del presento studio è stato misurare i livelli di omocisteina e PCR in un gruppo di soggetti anziani affetti da MCI e confrontarle con un gruppo di controllo sano.

Materiali e metodi. Dal febbraio 2006 a maggio 2008 sono stati arruolati nello studio 207 soggetti con età media 71 ± 7,4 anni. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a *screening* cognitivo mediante *Mini Mental State Examination* (MMSE) e batteria testistica neuropsicologica di secondo livello. La diagnosi di MCI è stata posta secondo i criteri diagnostici internazionali di Petersen et al.; sulla base del profilo neuropsicologico, i casi sono stati classificati come: MCI ad interessamento selettivo della memoria (aMCI), a multipli domini (md MCI) non mnesico (na MCI). È stato inoltre costituito un gruppo di controllo formato da soggetti normali (n = 19). In tutti i pazienti è stato effettuato un prelievo ematico per il dosaggio di PCR, omocisteina, folati, vitamina B12,

Risultati.

MCI		Controllo	
N° totale	207	19	p
Età	71,9 ± 7,4	71,8 ± 7	0,265
Scolarità (anni)	7,4 ± 3,5	8,6 ± 4	0,147
Omocisteina µmol/l	14 ± 8,9	14,2 ± 4	0,788
Folati ng/ml	6,5 ± 4	5,2 ± 2,2	0,250
Vit B12 pg/ml	394 ± 269	286 ± 114	0,157
PCR mg/dl	0,6 ± 0,8	0,7 ± 1,1	0,779
MMSE	27 ± 1,7	29 ± 1,2	0,000
Sesso femmminile	122 (58,9)	12 (63,1)	0,720
Ipertensione arteriosa	107 (52,2)	8 (42,1)	0,400
Ateromasia carotidea	52 (25,3)	5 (26,3)	0,928
Diabete Mellito tipo II	19 (9,26)	3 (15,6)	0,361
Patologia cardiovascolare	12 (5,8)	1 (5,2)	0,916
Fibrillazione atriale	15 (7,3)	1 (5,2)	0,739
Patologia cerebrovascolare	28 (13,6)	0 (0,0)	0,085

La Tabella mostra come non siano state rilevate differenze significative fra i due gruppi per quanto riguarda le variabili d'interesse. Tutte le variabili sopracitate sono state valutate anche per ogni sottotipo di MCI e non si sono riscontrate differenze statisticamente significative. In particolare i livelli di omocisteina erano: nell'aMCI 11,7 ± 6,1, nell'na MCI 17 ± 10 e nell'md MCI 15,5 ± 9,5. I livelli di PCR erano rispettivamente 0,9 ± 1,01, 0,99 ± 1,02 e 0,5 ± 0,7. i livelli di folati 6,4 ± 2,7, 5,6 ± 3,1, 6,9 ± 4,9. La Vit B12 405 ± 175, 299 ± 132, 428 ± 346.

Conclusione. Lo studio non ha dimostrato differenze significative tra livelli di PCR, Omocisteina, folati e Vit B12 fra soggetti anziani sani e soggetti anziani con diversi sottotipi di MCI. I risultati sono analoghi a quelli di altri studi sullo stesso argomento.

CRI.MY.NE.

E. Maiorana, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

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

Scopo. La *Critical Illness Myopathy and Neuropathy* (CRI.MY.NE.) è una miopatia e polineuropatia assonale sensitivo-motoria che complica il 70% dei casi di sepsi e disfunzione multiorgano (MODS), e può presentarsi in un continuum clinico da una situazione asintomatica e rilevabile solo con studi elettrofisiologici a situazioni di debolezza muscolare che possono arrivare alla paralisi completa.

Caso clinico. Viene descritto il caso di una donna di 66 anni, fumatrice, affetta da disturbo bipolare in terapia con risperidone, carbolithium, triazolam a cui era stata posta diagnosi di CRY.MI.NE. nella nostra Unità di Rianimazione.

La storia clinica della paziente iniziava con un ricovero per eseguire intervento chirurgico di posizionamento di protesi d'anca in elezione; il decorso post-operatorio veniva complicato da peritonite stercoracea in perforazione di diverticolo del colon sigma per la quale si è reso necessario intervento chirurgico in urgenza di resezione terminale e colostomia sec. Hartmann. Successivamente il quadro si complicava con insufficienza respiratoria in addensamenti flogistici multipli per cui si richiedeva intubazione orotracheale. Nel corso della degenza presso il reparto di rianimazione è stata sottoposta ad antibioticoterapia protratta e, se pur in concomitanza di un progressivo miglioramento delle condizioni cliniche generali che consentivano di svezzare la paziente dalla ventilazione assistita senza complicanze, si assisteva alla comparsa di progressivo deficit di forza ai quattro arti. A condizioni cliniche stabilizzate la paziente veniva trasferita presso il reparto di riabilitazione per eseguire trattamento fisioterapico. All'ingresso in reparto la paziente si presentava in condizioni cliniche generali discrete, vigile, parzialmente orientata nel tempo e nello spazio, discretamente collaborante, apiretica; all'esame obiettivo si evidenziava marcata ipostenia ai quattro arti con gravi limitazioni delle attività del vivere quotidiano: i passaggi posturali venivano eseguiti solamente con assistenza di una persona, la stazione seduta era mantenuta con adattamenti e incompleto controllo del tronco, mentre la stazione eretta e la deambulazione non erano valutabili per l'ipostenia degli arti inferiori. Nel corso del primo mese di degenza non si erano osservati significativi miglioramenti per cui si decideva di approfondire il quadro con l'esecuzione di esame elettromiografico che documentava: "… segni di lesione miopatia al muscolo retto del femore; nella norma la neurografia sensitiva del nervo radiale destro: i dati neurofisiologici sono indicativi di lesione miopatica e compatibile con la diagnosi di *Critical Illness Myopathy*. Nei successivi due mesi i risultati erano diventati evidenti, con progressivo recupero quasi totale dell'autonomia nelle ADL; alla dimissione i passaggi posturali e trasferimenti erano eseguiti in autonomia, la deambulazione era autonoma sotto supervisione per circa 50 m con buon controllo del tronco; persisteva tuttavia ipostenia diffusa.

Conclusione. La "neuropatia e miopatia da malattia critica" (dall'acronimo inglese CRI.MY.NE.) è una condizione clinica ancora poco conosciuta anche se non così rara. Rappresenta una problematica relativamente comune in ambito rianimatorio e intensivo che ha anche interesse riabilitativo: in ambito geriatrico può venir misconosciuta dopo un evento acuto ed erroneamente interpretata come sindrome da allettamento. Nonostante nella letteratura geriatrica non esistano studi riguardanti la patologia in questione, in un buon numero delle sindromi da allettamento o ipocinetiche dell'anziano (insorte dopo una patologia infettiva) nelle quali il trattamento riabilitativo ordinario tardi inspiegabilmente a raggiungere l'obiettivo atteso, si dovrebbe porre il sospetto di una sottostante neuropatia assonale e richiedere una ENG al fine di porre una corretta diagnosi e di instaurare un approccio riabilitativo intensivo, unica terapia efficace attuabile finora a disposizione. In particolar modo risulterebbe importante ricercare quelle condizioni predisponesti che possono favorire il presentarsi della CRI.MY.NE. quali lo sviluppo della sindrome da distress respiratorio acuto, la polmonite e la somministrazione di aminoglicosidi, come nel caso in questione, ma anche l'insufficienza epatica, l'acidosi, l'asma severo trattato con steroidi ad alte dosi.

Bibliografia

1 Delalio E, Ghisa MK, Spassini G, Leopardi R, Grassi V. *Critical illness myopathy e neuropathy (CRI.MY.NE.) in the elderly: a case report*. Giornale di Gerontologia 2005;53:175-9.

2 Gutmann L. *Gutmann critical illness neuropathy and myopathy*. Arch Neurol 1999;56:527-8.

3 Latronico N, Peli E, Botteri M. *Critical illness myopathy e neuropathy*. Curr Opin Crit Care 2005;11:126-32.

Implicazione di fenomeni associati all'immunosenescenza nella ridotta espressione di metallotionine in età molto avanzata

M. Malavolta, C. Cipriano, L. Costarelli, R. Giacconi, S. Tesei, E. Muti, F. Piacenza, S. Pierpaoli, A. Larbi[2], G. Pawelec[2], G. Dedoussis[3], G. Herbein[4], D. Monti[5], J. Jajte[6], L. Rink[7], E. Mocchegiani, F. Lattanzio[1]

Laboratorio di Nutrigenomica e Immunosenescenza, INRCA, Ancona, Italy; [1] Direzione Scientifica INRCA, Ancona, Italy; [2] Center for Medical Research, ZMF, Univ. of Tubingen, Germany; [3] Dept. of Nutrition Science and Dietetics, Harokopio University of Athens, Greece; [4] Dept. of Virology, Franche-Comte University, Besancon, France; [5] Dipartimento di Patologia e Oncologia Sperimentali, Università di Firenze, Firenze, Italy; [6] Dept. of Toxicology, Medical University, Lodz, Poland; [7] Institute of Immunology, RWTH-Aachen University Hospital, Aachen, Germany

Scopo. Le metallotionine (MT) sono proteine zinco-dipendenti che rivestono un ruolo importante nell'omeostasi dei metalli (soprattutto zinco), nella risposta allo stress e nella modulazione della funzione mitocondriale [1]. È stato osservato in diverse cellule e anche in diversi organi e tessuti che l'espressione di queste proteine aumenta con l'invecchiamento, probabilmente in risposta all'aumentato stress prodotto dai radicali liberi [2]. Ciò nonostante un fenomeno di "down-regolazione" appare nei nonagenari-centenari [2]. L'unica spiegazione fornita finora a questo fenomeno riguarda una ridotta risposta ai segnali pro-infiammatori nell'individuo molto anziano che contribuirebbe a spiegare la longevità di questi individui [2]. Tuttavia altri fenomeni correlati alla loro espressione, tra cui l'apporto nutrizionale di zinco e cambiamenti nella proliferazione cellulare, potrebbero essere coinvolti. Lo scopo di questo lavoro è quello di studiare l'espressione proteica delle metallotionine (MT) in soggetti anziani e molto anziani (nonagenari centenari) in relazione all'apporto nutrizionale di zinco e al fenomeno di immunosenescenza. Per quest'ultimo scopo, i profili età-dipendenti ottenuti *ex vivo* sono stati confrontati con quelli ottenuti da colture clonali di cellule T (CD4+) invecchiate *in vitro*.

Materiali e metodi. L'espressione proteica di MT, lo zinco labile intracellulare e il rilascio di zinco dalle MT indotto da ossido nitrico sono stati studiati mediante citofluorimetria [3] in 460 soggetti sani (valutati attraverso il SENIEUR protocol) di età compresa tra 61-102 anni. I soggetti sono stati suddivisi in quattro fasce di età (61-70 anni, 71-80 anni, 81-90 anni e > 90 anni) per valutare le differenze nell'espressione delle MT con l'avanzare dell'età. Un questionario specificamente formulato per valutare l'apporto nutrizionale di zinco nell'anziano (Zn score) è stato utilizzato per studiare eventuali associazioni con la dieta [4]. Le colture clonali di cellule T CD4+ sono state ottenute, come già riportato, da 8 anziani sani e 5 nonagenari/centenari. Le differenze significative sono state calcolate mediante analisi univariata utilizzando lo Zn score come covariata mentre sesso e gruppi di età sono stati utilizzati come fattori fissi. Le differenze significative nell'espressione di MT in colture clonali prese in fasi diverse del processo di invecchiamento *in vitro* sono state misurate mediante ANOVA.

Risultati. In questo lavoro viene evidenziato come l'espressione di tali proteine diminuisce in età molto avanzata (nonagenari, centenari), fenomeno che non sembra dipendere da una semplice diminuzione dell'apporto alimentare di zinco. I cambiamenti associati all'età che si osservano nella produzione di MT e nell'omeostasi zincale (zinco labile intracellulare e rilascio di zinco dalle MT indotto da ossido nitrico) in linfociti di sangue periferico ottenuti *ex vivo* sono molto simili a quelli che avvengono in colture clonali di linfociti *in vitro*, dove è possibile osservare direttamente le conseguenze del fenomeno di senescenza cellulare.

Conclusione. Questi risultati suggeriscono che la "down-regolazione" delle MT osservata in persone molto anziane potrebbe essere attribuita a fenomeni di senescenza cellulare.

Bibliografia

1 Maret, W, Krezel A. Mol Med 2007;13:371-5.
2 Mocchegiani E, Muzzioli M, Giacconi R. Trends Pharmacol Sci 2000;21:205-8.
3 Malavolta M, Costarelli L, Giacconi R, Muti E, Bernardini G, Tesei S, et al. Cytometry A 2006;69:1043-53.
4 Mocchegiani E, Giacconi R, Costarelli L, Muti E, Cipriano C, Tesei S, et al. Exp Gerontol 2008;43:433-44.

Riconoscimento delle emozioni nei volti in persone con demenza moderato severa

M. Malnati, R. Vaccaro, R. Pezzati[2], J. Marcionetti[2], S. Vitali, M. Colombo, A. Guaita

Fondazione "Cenci Gallingani", Istituto "Golgi", Abbiategrasso (MI); [1] Ospedale "Beata Vergine", Mendrisio (CH)

Scopo. L'obiettivo di questo studio è mettere in evidenza la comprensione delle emozioni nei malati di Alzheimer, in fasi avanzate della malattia. La letteratura sull'argomento infatti si è occupata di valutare questa capacità per lo più nelle fasi iniziali, MCI compreso [1]. L'abilità nell'interpretare le emozioni degli altri ha un ruolo importante nella qualità delle relazioni sociali, sia nei normali che nei dementi, e l'emozione espressa dal volto, nella specie umana, è un buon veicolo di informazioni sia attive che passive del proprio e altrui stato d'animo, predisponendo ad una azione conseguente al contesto sociale e situazionale [2]. Nella demenza di Alzheimer la capacità comunicativa verbale viene prima o poi compromessa, e nella possibilità di comunicare acquistano sempre più importanza veicoli non verbali come le espressioni corporee e quelle del volto in particolare. Infatti i circuiti cerebrali che sottendono al riconoscimento di un volto sono diversi da quelli che consentono di comprenderne l'espressione emotiva, legati all'amigdala, alla zona prefrontale e al giro cingolato, più compromessi nella demenza frontotemporale e in quella vascolare che nella demenza di Alzheimer. Le emozioni del volto potrebbero quindi essere un veicolo informativo nella fase moderato severa e grave della malattia, anche quando sia persa la comprensione verbale e il riconoscimento di identità.
Materiali e metodi. Abbiamo valutato la capacità di comprendere le espressioni emotive dei volti in 79 persone con diagnosi di demenza di Alzheimer probabile e possibile, degenti presso i reparti dei nostri due servizi residenziali. Per questo abbiamo selezionato, dopo un pre-test su 160 foto, 14 fotografie, esprimenti 7 emozioni con volto maschile e femminile, rappresentanti le emozioni di base: gioia, tristezza, paura, disgusto, noia, rabbia, sorpresa. A ogni persona veniva chiesto di osservare il volto e la risposta classificata come: capacità di nominare e riconoscere, capacità di riconoscere pur senza denominare, riconoscimento con aiuto, riconoscimento della valenza positiva o negativa della emozione. Le valutazioni sono state sempre verificate previa visione del filmato. Il metodo ha mostrato una buona *inter rate reliability* media ("K": 0,736). Oltre ai dati demografici sono stati considerati la comorbilità (*Cumulative Illness Rating Scale* – CIRS), i disturbi psicocomportamentali (*Neuro Psychiatric Inventory* – NPI), l'autonomia (Indice di Barthel – BI), la performance nel controllo dell'equilibrio e del cammino (scala di Tinetti "Gait e Balance"), il livello di consapevolezza di malattia (*Clinical Insight Rating* – CIR) [3], la sfera cognitiva (*Mini Mental State Examination* – MMSE) e lo stadio clinico (*Clinical Dementia Rating* – CDR).
Risultati. I soggetti, 62% donne, hanno una età media di 80,69 (ds ± 8,4); scolarità di 5,97 anni. Inoltre: MMSE medio: 13,96 (ds ± 5,33); CDR 2,14 (ds ± 0,95); indice di Barthel 35,9 (ds ± 24,06); CIR ha un valore di 4,06 (8 = punteggio peggiore possibile). Il 53% delle persone riconosce fino a 5 espressioni emozionali su 14, con riconoscimento massimo pari a 11 raggiunto da 2 soli soggetti; l'emozione più riconosciuta è la gioia. Analizzando il rapporto di regressione del MMSE con la capacità di riconoscere le emozioni si definisce una "beta" di 0,75 a partire dal punteggio 9,9 di MMSE (cioè ogni punto del MMSE produce 0,75 riconoscimenti in più; $p < 0,0001$). Il numero di 8 riconoscimenti, desunto dalla prestazione media dei "sani", individua il 25° percentile migliore dei soggetti con demenza: con CDR 1 sono il 40%, con CDR 2 il 19%, con CDR 3 il 17,9%, con CDR 4 lo 0%. Correlati risultano lo NPI, la "Tinetti Gait", ma non la CIRS né il BI, mentre CIR è ai limiti della significatività.
Conclusione. I dati confermano come le emozioni espresse dal volto umano sono riconosciute anche in fasi moderate severe e gravi della demenza da una buona percentuale di soggetti. Le emozioni positive sono meglio riconosciute di quelle negative, confermando i dati della letteratura [4]. I parametri cognitivi e comportamentali influenzano la capacità di riconoscere le emozioni espresse, ma anche nelle fasi più gravi può persistere la capacità di riconoscere la valenza positiva o negativa della espressione del volto. Questo ha una grande importanza per i *caregiver* e per lo staff di cura che deve comunicare con questi malati.

Bibliografia

1 Spoletini I, Marra C, Di Iulio F, Gianni W, Sancesario G, Giubilei F, et al. *Facial emotion recognition deficit in amnestic mild cognitive impairment and Alzheimer disease*. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16:389-98.
2 Aziz-Zadeh L, Koski L, Zaidel E, Mazziotta J, Iacoboni M. *Lateralization of the human mirror neuron system*. J Neurosci 2006;26:2964-70.
3 Malnati M, Guaita A, Rossi S, Vitali S. *La consapevolezza di malattia in persone con demenza in fase avanzata*. Giornale di Gerontologia 2003;51:210.
4 MacPherson Se, Phillips LH, Della Sala S. *Age related differences in the ability to perceive sad facial expressions*. Aging Clin Exp Res 2006;18:418-24.

La rapidità della formulazione della diagnosi è spesso inversamente proporzionale all'accuratezza della stessa

E. Manca, A. Solinas, M. Malgarise, L. Pani, P.F. Putzu

Centro per lo studio dei disturbi della memoria, Divisione Geriatria P.O. "SS. Trinità", ASL 8, Cagliari

Scopo. Presentiamo il caso di un paziente giunto al Centro UVA a soli 55 anni per una sindrome di difficile interpretazione in cui solo diversi anni di osservazione e approfondimenti diagnostici mirati hanno portato a una buona probabilità di esattezza della diagnosi e, cosa più importante, al miglioramento della qualità di vita del paziente.
Nel 2003 il signor R.S., cameriere, ipercolesterolemico, sovrappeso, medio fumatore, accusò ipostenia e ipoestesia all'arto inferiore sinistro e perdita di coscienza di qualche minuto. Ricoverato alla Clinica Neurologica Universitaria, con diagnosi di TIA carotideo dopo effettuazione di esami ematici, ECG, EEG, Rx torace, TC e RMN encefalo, tutti nella norma. All'EcodopplerTSA minimo ispessimento intimale in assenza di alterazioni di flusso. Dimesso, presentò altre perdite di coscienza, circa una alla settimana, rallentamento psico-motorio, deficit della memoria esecutiva, per cui fu inviato al Centro UVA nel 2004 al fine di prescrizione terapia per demenza tipo Alzheimer. Data l'età e la storia di R.S., occorreva approfondire l'aspetto neurologico della semeiologia e l'anamnesi. R.S. riferì un trauma cranico circa 30 anni prima, con periodo di coma di tre mesi con risveglio spontaneo; gozzo tiroideo non tossico; alla RMN midollo cervicale spondilodiscopatia C5÷C7. MMSE = 23,7 (6/10/04). All'esame neurologico era ansioso, parzialmente orientato, ortostatismo possibile solo su base allargata con tendenza a caduta in Romberg, marcia aprassoatassica; bradiadiadococinesia a destra alle prove di coordinazione, segno della pronazione e riduzione della forza prensile a destra; ROT iperevocabili agli arti superiori con estensione prossimale della risposta e segno di Hoffmann a destra, ridotti agli inferiori; ipertono plastico ad arti superiori e tronco, disfonia, disartria, aprassia dell'estrusione della lingua, ammiccamento frequente, aprassia dell'apertura delle palpebre, disfagia per i liquidi, non deficit della MOE o nistagmo. Non disturbi sfinterici né autonomici a eccezione delle perdite di coscienza. Il quadro ricade nell'ambito di un parkinsonismo atipico (degenerazione multisistemica) in cui accanto ai deficit motori, giustificabili in parte dalla cervicopatia, compaiono segni cerebellari. In questi casi a nostro parere per di più di fronte a un paziente giovane e ansioso, è corretto attendere ulteriori elementi prima

di apporre un'"etichetta" con una prognosi così infausta. Al controllo, ADL = 5 (nicturia, incontinenza da urgenza). Tests psicometrici di II livello ai limiti. R.S. lamentava eruttazioni, digestione lenta, meteorismo, sudorazione postprandiale. Comparve deficit importante della deambulazione: retropulsione immediata, tremori e sudorazione all'assunzione della posizione eretta. Il servizio di neurofisiopatologia dell'Università attribuì i deficit alla spondilopatia pur ammettendo un possibile coinvolgimento centrale del SNA. La RMN encefalo (2005) non evidenziò dati patologici focali o diffusi (compresa atrofia cerebrale). Al controllo del 2006 prescrivemmo SPECT (deficit di perfusione sulla corteccia cerebrale del lobo temporale sinistro) per l'aumento degli episodi sincopali con cadute a terra, tremore parossistico, disturbi del sonno con nicturia e frammentazione, disartria, disfagia; peggiorata l'incontinenza, si aggiunsero impotenza sessuale e assenza di stimoli sfinterici. Esame neurologico: scialorrea e deglutizione frequente, difficoltà di accomodazione, fotofobia, termotatto freddo alle estremità, iperidrosi, ipotensione ortostatica, insufficiente il riflesso posturale di raddrizzamento del tronco. ADL = 3/6, IADL = 1/8, MMSE = 18,9/30. Ecocardio 2D (lieve ectasia della radice aortica con rigurgito valvolare, lieve ingrandimento atrio sinistro), *Head up tilt* test (al 22° min. di ortostatismo passivo vertigini soggettive, perdita del tono posturale con dolore e rigidità all'arto inferiore destro e agitazione); Tests di II livello patologici per attenzione, fluenza, normali memoria episodica e prassia; esami endocrinologici (PRL, ACTH, Cortisolo, Testosterone nella norma, FSH e LH appena sopra).

Decidemmo, posto il sospetto di Sindrome di Shy-Drager, di trattare, come è indicato, i sintomi per migliorare la qualità di vita del paziente: uso di calze elastiche e di vasocostrittori al bisogno (per l'ipotensione ortostatica), riduzione degli antipertensivi nei periodi caldi e – previo controllo della P.A. – anche nel resto dell'anno; FKT per training deambulatorio in ambiente protetto; basse dosi di anticolinergici per scialorrea e sudorazione (amitriptilina 5 gtt); dieta ipocalorica; terapia di supporto per l'insonnia (lormetazepam 8 gtt) e adiuvante per le vertigini (betaistina 8 mg); terapia specifica per riferite clonie all'arto inferiore sinistro (oxcarbazepina 300 mg).

Nel 2008 si presenta sereno, deambulazione autonoma, eloquio pronto e comprensibile. Il paziente non è caduto da 5 mesi e lamenta solo ipoestesia all'arto inferiore sinistro, sporadica sonnolenza postprandiale, meteorismo da aerofagia. Funzioni sfinteriche migliorate, R.S. attua un *coping* adatto alla "vescica neurogena" (si reca a intervalli regolari a mingere pur avendo difficoltà a percepire uno stimolo adeguato) e non ha avuto bisogno di presidi assorbenti per evitare "incidenti". I valori pressori arteriosi sono accettabili. Ha ripreso con maggior fiducia anche l'attività sessuale.

Conclusione. La clinica attualmente corrobora la nostra ipotesi in quanto il paziente è migliorato cognitivamente (MMSE 24/30), al contrario di quanto ci si attende nelle demenze degenerative, e nelle ADL/IADL. Non ci aspettiamo che le condizioni attuali permangano ma siamo per il momento soddisfatti del risultato raggiunto in termini di qualità di vita del paziente che con una affrettata diagnosi di "malattia di Alzheimer" non sarebbe stato perseguito adeguatamente.

Confronto tra indici di comorbilità in anziani ospedalizzati: follow-up a 18 mesi per mortalità ed ospedalizzazione

L. Mancinelli, F. Salvi, A. Grilli, R. Giorgi, F.M. Trotta, V. Morichi, E. Espinosa, P. Dessì-Fulgheri

Clinica Medicina Interna, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Scopo. La valutazione della comorbilità è fondamentale nella valutazione multidimensionale (VMD) dell'anziano fragile, soprattutto in Ospedale, la principale porta di ingresso nella rete sanitaria. In letteratura è stata chiaramente dimostrata, in *setting* assistenziali differenti, la validità di alcuni indici di comorbilità. Tra questi, il *Geriatric Index of Comorbidity* (GIC) [1], la *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) [2] ed il Charlson Index (ChI) [3] sono stati applicati e validati in anziani ospedalizzati, correlando sia con le caratteristiche cliniche dei pazienti che con *outcomes* a breve e lungo termine. Scopo dello studio è stato confrontare questi tre strumenti in un campione di anziani ospedalizzati in termini di mortalità ed ospedalizzazione a 18 mesi.

Materiali e metodi. Studio retrospettivo di anziani (età ≥ 65 anni) ricoverati in un Reparto di Medicina Interna. Sono stati raccolti: età, sesso, motivo del ricovero, parametri clinici (Hb, creatinina, *clearance* creatinina, assetto glico-lipidico, albumina), durata della degenza, numero di farmaci all'ingresso ed alla dimissione. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a VMD mediante: *Mini Nutritional Assessment Short Form* e Norton plus; *Mini Mental State Examination* e *Geriatric Depression Scale* a 15 *items*; Barthel Index ed *Instrumental Activities of Daily Living*. Per il confronto, sulla base di un'analisi preliminare, sono stati utilizzati il GIC, l'indice di comorbidità (CM) della CIRS ed il ChI valutati alla dimissione. I pazienti sono stati sottoposti a follow-up telefonico a 18 mesi per mortalità ed ospedalizzazione.

Risultati. Sono stati reclutati 408 pazienti (età media 76,8 ± 7 anni; 244 maschi), di cui 337 con dati completi per i tre indici di comorbilità e follow-up. Per quanto riguarda la mortalità, il miglior indice prognostico era il CM della CIRS (*hazard ratio* 3,16, IC 95% 1,34-7,42, p = 0,008) seguito dal ChI (HR 3,92, IC 95% 1,52-10,13, p = 0,005), mentre il GIC non raggiungeva la significatività statistica. Al contrario, per quanto riguarda l'ospedalizzazione a 18 mesi, era il GIC il miglior predittore (classe III: OR 1,82, IC 95% 1,08-3,08, p = 0,025; classe IV: 3,49, IC 95% 1,80-6,76, p < 0,0001), seguito dal ChI (3-5 punti: OR 2,89, IC 95% 1,67-5,03, p < 0,0001; punti ≥ 6: OR 4,90, IC 95% 2,31-10,41, p < 0,0001), mentre il CM della CIRS raggiungeva la significatività statistica solo per il terzile con elevata comorbidità (OR 2,30, IC 95% 1,21-4,37, p = 0,011).

Conclusione. Il GIC, la CIRS (in particolare il CM) ed il ChI possono essere utilizzati nell'anziano ospedalizzato ai fini di stimarne la prognosi ed il rischio di re-ospedalizzazione a 18 mesi. Se la CIRS appare il miglior indice prognostico ed il GIC un buon predittore di re-ospedalizzazione, il ChI rappresenta un buon compromesso per entrambi gli *outcomes*. La scelta di uno o dell'altro strumento può dunque essere mirata allo scopo preposto ed al *setting* in cui si opera.

Bibliografia

1 Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Barbisoni P, Sabatini T, Ranieri R, et al. *Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity*. Age Ageing 2002;31:277-85.

2 Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, et al. *A manual of guidelines to score the Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) and its validation in acute hospitalized elderly patients*. J Am Geriatr Soc 2008 (in press).

3 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.

Il cateterismo vescicale nella pratica clinica geriatria

I. Manfredini, R. Scotto, M. Luca, C. Mussi

Cattedra di Geriatria Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione. Il posizionamento del catetere vescicale (CV) è frequentemente posizionato al momento dell'ingresso nelle Unità Operative di Geriatria e lasciato in sede fino alla dimissione. Batteriemia e infezione delle vie urinarie sono conseguenze indesiderate di tale pratica. L'infezione delle vie urinarie è la più comune infezione nosocomiale legata alla cateterizzazione; il rischio di infezione delle vie urinarie dipende dal metodo, dalla durata della cateterizzazione, dalla qualità del nursing e dalla suscettibilità del paziente. L'incontinenza urinaria (IU) non è solitamente indicata nelle diagnosi di ingresso o di dimissione nei reparti ospedalieri; anche nella cartella clinica non ha adeguato rilievo; benché il CV si associ ad aumento della morbilità, della mortalità, della durata della degenza e dei costi, la sua applicazione avviene spesso senza le attenzioni dovute.

Lo scopo dello studio è la valutazione delle motivazioni che portano all'applicazione del CV durante la degenza del paziente anziano, dell'appropriatezza e delle complicanze più frequenti di questa pratica.

Materiali e metodi. Lo studio osservazionale retrospettivo è stato effettuato mediante la consultazione delle cartelle cliniche e delle relative schede di dimissione ospedaliera (SDO) di 395 pazienti consecutivamente ricoverati presso l'Unità Operativa di Geriatria del Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino-

Estense" di Modena. Il criterio di selezione è la presenza di CV. Il 64% (n = 253) dei casi esaminati (n = 395) è portatore di CV durante la degenza.
Risultati. I soggetti con CV hanno età media 84,5 ± 8,5 anni, presentano maggior disabilità alle ADL (1,9 ± 2,2 *vs.* 3,7 ± 2,6, p < 0,01), il 60,5% è di sesso femminile, il 24% è deceduto durante il ricovero; nei soggetti senza CV la mortalità è stata del 4%. L'IU è segnalata sulla cartella clinica nel 74% (n = 185) dei soggetti portatori di CV durante la degenza, ma non sembra il motivo principale della cateterizzazione in reparto. Nel 64% dei casi il CV è posizionato durante la degenza; i motivi sono: precisa misurazione della diuresi (79%), ritenzione acuta di urina (19%), e accertata incontinenza (2%). Tra i portatori di CV a permanenza già a domicilio (34% di tutti i soggetti studiati) l'89% è incontinente, l'11% ha episodi recidivanti di ritenzione urinaria.
Nel 2% dei casi (6 soggetti) il CV è stato posizionato al pronto soccorso, ma solo in 4 casi il referto di ricovero ne riporta la motivazione.
Le complicanze osservate durante la degenza nei pazienti con CV sono state la febbre (40,3%), delirium (8,7%), lesioni delle vie urinarie (0,5%). Nel 74% dei portatori di CV si è proceduto ad urinocoltura per comparsa di febbre (61%), di leucocitosi neutrofila (30%), di alterazioni chimico-fisiche delle urine con sedimento urinario positivo (7%); le urinocolture sono state in media 1,8 ± 0,9/ricovero e sono risultate positive nel 54% dei casi. Il CV è stato mantenuto per 14 ± 10 giorni, nel 33% dei casi è stato rimosso prima della dimissione, ma l'autonomia minzionale si è ripristinata solo nel 14% di tutti i casi considerati e, in particolare, nel 38% dei soggetti che al momento dell'ingresso non presentano IU.
La presenza di IU ha comportato la consulenza urologica solo nell'1,2%; la diagnosi di IU è riportata nel 4% nella cartella clinica e nel 2% nella SDO; la diagnosi di infezione delle vie urinarie è invece presente nel 33,5% delle SDO dei pazienti con CV.
Conclusioni. Il CV, presente nel 64% dei pazienti ricoverati, è posizionato prevalentemente durante la degenza. La sua prescrizione è legata soprattutto a motivazioni diagnostiche e non sembra seguire Linee Guida precise, risultando inappropriata in una elevata percentuale dei casi. La cartella clinica e la SDO sono povere di indicazioni anamnestico-diagnostiche riguardanti sia il CV che l'IU. Il numero di urinocolture negli anziani con CV è molto elevato così come le complicanze infettive. Complessivamente il cateterismo vescicale e l'IU richiedono maggiori attenzioni medico-infermieristiche, non solo a livello ospedaliero, ma in tutti i luoghi di cura.

Forza muscolare e rischio di declino funzionale nelle BADL e riospedalizzazione dopo ricovero in ospedale: lo studio Pegaso

C. Maraldi, L. Rossi, M. Ranzini, F. Sioulis, M. Cavalieri, G. Guerra, J.M. Guralnik[1], R. Fellin, S. Volpato

Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università di Ferrara; [2] Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, NIH, Bethesda, MD, USA

Scopo. La forza muscolare ha dimostrato essere un potente predittore di mortalità e disabilità nel soggetto anziano e la ridotta forza muscolare rappresenta uno dei criteri per l'identificazione dell'anziano fragile 1. Nel soggetto anziano la patologia acuta e l'ospedalizzazione rappresentano un importante fattore di rischio per declino funzionale e disabilità 2. Studi epidemiologici hanno dimostrato che la presenza di malattia si associa a riduzione della forza muscolare, suggerendo che questo possa essere uno dei meccanismi alla base della perdita di autonomia associata alla malattia ed alla ospedalizzazione. Tuttavia, sono disponibili pochi dati sul valore predittivo della forza muscolare in pazienti anziani in fase acuta. Scopo di questo studio è stato valutare l'associazione tra forza muscolare della mano e rischio di declino funzionale nelle attività di base del vivere quotidiano (ADL) e riospedalizzazione nei 12 mesi dopo la dimissione da un reparto ospedaliero per acuti.
Materiali e metodi. Lo studio longitudinale comprende 84 pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati per patologie acute, in grado di camminare e senza grave deterioramento cognitivo (MMSE > 18). Ciascun paziente, oltre ad una accurata valutazione clinica, è stato sottoposto ad una valutazione multidimensionale comprendente stato funzionale, valutato con il grado di autonomia nelle attività di base (BADL) e strumentali (IADL) del vivere quotidiano, stato cognitivo (MMSE) e livello di comorbilità valutato utilizzando la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Le misure oggettive di funzione fisica includevano: la forza prensile della mano, misurata mediante dinamometro e la funzione degli arti inferiori, valutata mediante la Short Physical Performance Battery (SPPB: velocità di cammino su 4 metri, tempo impiegato per alzarsi 5 volte da una sedia, test dell'equilibrio). Tali valutazioni sono è state effettuate all'ingresso in reparto, alla dimissione, 7 e 30 giorni dopo la dimissione con visita domiciliare. I pazienti sono stati intervistati telefonicamente a 3, 6, 9 e 12 mesi per ottenere informazioni sul livello di autonomia nelle ADL, sul decesso e su nuove ospedalizzazioni. Ad ogni intervista è stato calcolato un punteggio complessivo di disabilità nelle ADL 3. L'analisi statistica è stata effettuata con regressione per misure ripetute e regressione logistica (random-effects regression model e discrete-time survival analysis); la forza muscolare è stata analizzata come variabile categorica utilizzando i terzili (I: < 18,8 kg; II: 18,8-28,5 kg; III: > 28,5 kg).
Risultati. L'età media del campione era 77,1 ± 6,4; il 51,2% era costituito da donne. La forza prensile della mano valutata all'ingresso in ospedale era 24,9 ± 9,4 kg e non si modificava significativamente durante il ricovero (valori alla dimissione: 24,6 ± 9,9). La forza muscolare valutata al momento della dimissione non era correlata con lo stato funzionale nelle ADL nel corso dei 12 mesi di follow-up, mentre era associata al rischio di riospedalizzazione o morte. Dopo aggiustamento per età, sesso, altezza e peso, rispetto ai soggetti appartenenti al terzile più basso di forza, i soggetti appartenenti al secondo e terzo terzile avevano un rischio ridotto di riospedalizzazione o morte (odds ratio [OR]: 0,43; intervallo di confidenza 95% [IC]: 0,18-0,98, OR: 0,36; CI: 0,13-1,00, rispettivamente; p for trend: 0,046). Tale relazione rimaneva significativa dopo ulteriore inclusione nel modello di scolarità, livello di comorbilità e stato funzionale nelle BADL (II OR: 0,43; CI: 0,18-0,98, III OR: 0,36; CI: 0,13-1,00, p for trend: 0,049). Tuttavia, dopo inclusione nel modello del punteggio SPPB l'associazione perdeva di significatività.
Conclusione. Nei pazienti anziani ospedalizzati la misura della forza muscolare della mano al momento della dimissione si associa al rischio di nuovo ricovero in ospedale o morte ad un anno. Questa associazione sembra essere indipendente da altri indicatori clinici, ma non dalla performance agli arti inferiori.

Bibliografia

1 Rantanen T, Guralnik JM, Foley D, Masaki K, Leveille S, Curb JD, et al. *Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability.* JAMA 1999;281:558-60.
2 Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. *Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability associated with Medical Illnesses and Hospitalization.* J Gen Intern Med 2007;22:668-74.
3 Ostir GV, Volpato S, Kasper JD, Ferrucci L, Guralnik JM. *Summarizing amount of difficulty in ADLs: a refined characterization of disability. Results from the women's health and aging study.* Aging Clin Exp Res 2001;13:465-72.

Diabete mellito di tipo 2 e demenza. L'insulinoresistenza: possibile elemento patogenetico comune?

A. Marchegiani, P. Odetti

U.O. Geriatria-Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova

Scopo. Il Diabete mellito di tipo 2 (DM di tipo 2) e la demenza hanno un'elevata prevalenza nell'età geriatrica e spesso coesistono. Numerosi studi epidemiologici 1 2 hanno riscontrato un'associazione statisticamente significativa tra DM di tipo 2 e demenza sia di tipo vascolare che di Alzheimer. L'insulina ed il suo recettore sembrano svolgere un'importante funzione nell'apprendimento e nella memoria 3. Inoltre, l'insulina sembra in grado di: a) modulare la concentrazione intraneuronale di Beta-amiloide 4; b) inibire la fosforilazione della proteina tau 5; c) svolgere a basse dosi un effetto antinfiammatorio 3. In presenza di insulinoresistenza ed iperinsuli-

nemia queste funzioni verrebbero a mancare portando ad accumulo intraneuronale di Beta-amiloide, alla formazione dei gomitoli neurofibrillari ed all'incremento della risposta infiammatoria.
Lo scopo dello studio è stato di valutare e confrontare le funzioni cognitive di un gruppo di soggetti anziani affetti da DM di tipo 2, non dementi con quelle di un gruppo controllo costituito da anziani non diabetici né dementi. Inoltre abbiamo valutato l'eventuale presenza di correlazione tra insulinoresistenza e la performance ottenuta ai tests neuropsicologici dai soggetti studiati.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 30 soggetti anziani (14 maschi e 16 femmine) di età compresa tra 65 e 91 anni. Tra questi 17, con età media pari a 69,8 ± 1,25 (SEM) anni, erano affetti da diabete mellito di tipo 2 e non presentavano demenza (Mini Menal State Examination – MMSE) > 24/30); 13, con età media pari a 72,8 ± 1,6 anni, non erano diabetici né dementi. Di ogni soggetto sono stati raccolti: a) indice cumulativo di comorbilità (CIRS); b) glicemia basale, profilo lipidico, emoglobina glicata ed insulino-resistenza tramite prelievo venoso ematico effettuato al mattino a digiuno. L'insulinoresistenza è stata calcolata attraverso metodi di misurazione indiretti quali l'HOmeostasis Model Assesment (HOMA1 ed HOMA2), il Quantitative Insulin-sensitivity ChecK Index (QUICKI) e l'indice di McAuley. A tutti i soggetti in studio è stata poi somministrata una batteria di tests neuropsicologici in grado di indagare più aree cognitive: MMSE, Beck depression inventory, Clox Test, Trail Making test A e B, Test di fluenza verbale per categorie fonemiche e semantiche, Stroop test, Test di memoria di prosa di Babcock. Per quanto riguarda l'analisi statistica sono stati utilizzati il test U di Mann-Whitney e l'analisi della regressione lineare.
Risultati. La media delle glicemie non è risultata significativamente differente tra i due gruppi, mentre l'insulinemia media è risultata significativamente più elevata nei pazienti rispetto ai controlli (21,4 ± 3,56 *vs.* 8,33 ± 0,63, $p < 0,001$) così come gli indici di insulino-resistenza HOMA1-IR ed HOMA2-IR (4,95 ± 0,74 *vs.* 1,77 ± 0,17, $p < 0,001$; 2,65 ± 0,38 *vs.* 1,0 ± 0,07, $p < 0,001$). Al contrario, l'HOMA2-%S medio, che da una stima percentuale della sensibilità all'insulina, è risultato significativamente inferiore nei diabetici (47,14 ± 7,1% *vs.* 100,4 ± 7,75, $p < 0,001$). La performance dei soggetti diabetici ai tests neuropsicologici è risultata inferiore rispetto ai controlli al Trail Making test A (1,62 ± 0,36 *vs.* 3,5 ± 0,19, $p < 0,001$) ed allo Stroop congruente (2,06 ± 0,28 *vs.* 3,0 ± 0,24, $p < 0,05$). L'analisi della regressione lineare ha rilevato una correlazione significativa tra HOMA1-IR e: MMSE ($r = -0,522$, $p < 0,05$), Stroop test congruente ($r = -0,598$, $p < 0,03$), test di fluenza verbale fonemica ($r = -0,587$, $p < 0,03$). Anche tra HOMA2-%S e tempo impiegato a risolvere il Trail Making A, calcolato in secondi, si è riscontrata una correlazione di segno negativo ($r = -0,630$, $p < 0,05$) ad indicare che più l'insulino-sensibilità aumenta, più diminuisce il tempo impiegato a risolvere la prova.
Conclusione. I risultati ottenuti hanno permesso di rilevare nei pazienti una performance significativamente inferiore, rispetto ai controlli, al Trail Making A ed allo Stroop congruente. I soggetti affetti da diabete di tipo 2, in accordo con la letteratura 2, sembrano, quindi, presentare un deficit cognitivo prevalentemente disesecutivo che peggiorerebbe progressivamente quanto più i pazienti presentano indici di insulino-resistenza elevati.

Bibliografia

1 Ott A, Stolk RP, Hofman A, Van Harskamp F, Grobbee DE, Breteler MM. *Association of diabetes mellitus and dementia: the Rotterdam Study*. Diabetologia 1996;39:1392-7.
2 Van den Berg E, De Craen AJM, Biessels GJ, Gussekloo J, Westendorp RG. *The impact of diabetes mellitus on cognitive decline in the oldest of the old: a prospective population-based study*. Diabetologia 2006;49:2015-23.
3 Craft S, Watson GS. *Insulin and neurodegenerative disease: shared and specific machanism*. Lancet Neurol 2004;3:169-78.
4 Gasparini L, Gouras GK, Wang R, Gross RS, Beal MF, Greengard P, et al. *Stimulation of Beta-amyloid precursor protein trafficking by insulin reduces intraneuronal Beta-amyloid and requires mitegen-activated protein kinase signalling*. J Neurosci 2001;1:2561-70.
5 Hong M, Lee V. *Insulin and insulin-like growth factor-1 regulate tau phosphorylation in cultured human neurons.* J Biol Chem 1997;272:19547-53.

Il ruolo del polimorfismo al codone 311 del gene PON2 nelle sindromi coronariche acute

F. Marchegiani[1], R. Antonicelli[2], L. Spazzafumo[3], R. Galeazzi[1], C. Franceschi[4 5], E. Mocchegiani[6], F. Lattanzio[7]

[1] Centro di Biologia e Genetica Molecolare, INRCA, Ancona, Italia; [2] Unità di Cardiologia, INRCA, Ancona, Italia; [3] Centro di Statistica, INRCA, Ancona, Italia; [4] CIG, Centro Interdipartimentale "L. Galvani", Universita di Bologna, Bologna, Italia; [5] Dipartimento di Patologia Sperimentale, Universita di Bologna, Bologna, Italia; [6] Centro di Immunologia e Nutrigenomica, INRCA, Ancona, Italia; [7] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona, Italia

Scopo della ricerca. È ben noto come lo stress ossidativo giochi un ruolo chiave nell'aterosclerosi e nelle malattie età-correlate. La famiglia genica delle Paraoxonasi nell'uomo (PON1, 2, 3) è stata ampiamente studiata per le sue proprietà antiossidanti e per il suo possibile coinvolgimento nelle patologie cardiovascolari. In questo studio caso-controllo è stata valutata la relazione esistente tra il polimorfismo S311C del gene PON2 ed il rischio di sindrome coronarica acuta (SCA).
Materiali e metodi. È stato analizzato il polimorfismo PON2 S311C in un gruppo di 459 pazienti anziani affetti da sindrome coronarica acuta: 107 pazienti erano affetti da angina instabile, 215 pazienti affetti da infarto acuto del miocardio di tipo STEMI (ST-Elevation) e 137 pazienti affetti da infarto acuto del miocardio di tipo NSTEMI (No ST-Elevation). Per tutti questi pazienti è stato effettuato un follow-up di 12 mesi per valutare i seguenti *outcomes*: nuovi eventi cardiovascolari, ri-ospedalizzazioni e mortalità. Inoltre, sono stati reclutati 459 soggetti di controllo di pari età e sesso rispetto ai pazienti. I genotipi ottenuti sono stati raggruppati ed analizzati come *carriers* C- (genotipo SS) e C+ (genotipi CS + CC).
Risultati. Abbiamo trovato che i pazienti portatori dei genotipi CS + CC (C+ *carriers*) mostravano livelli più alti di TroponinaI (TnI) rispetto ai pazienti portatori del genotipo SS, anche quando venivano considerati separatamente sulla base della diagnosi di angina instabile, infarto STEMI ed infarto NSTEMI. I *carriers* C+ erano significativamente più rappresentati tra I pazienti con una storia di diabete mellito di tipo 2 e pazienti con bassi livelli di colesterolo HDL (< 30 mg/dl). Le distribuzioni di frequenza dei *carriers* C+ e C- del gene PON2 non sono statisticamente differenti tra pazienti e gruppo di controllo. Inoltre, questi *carriers* non sembrano essere coinvolti nella sopravvivenza a 12 mesi dall'evento.
Conclusioni. Il nostro studio suggerisce che, sebbene non importante per la sopravvivenza e per l'insorgenza delle sindromi coronariche acute, il polimorfismo S311C del gene PON2 potrebbe essere importante nella patogenesi del danno ischemico cardiaco. Infatti, i pazienti C+ mostrano livelli più alti di TnI, un importante marcatore di estensione del danno ischemico del miocardio e sono più rappresentati tra i pazienti con una storia clinica di diabete mellito di tipo 2 e con bassi livelli di colesterolo HDL, due classici fattori di rischio per le patologie cardiovascolari.

Necessità del ricovero in RSA in alcuni pazienti con demenza di Alzheimer. Caso clinico

G. Marchese, G. Zagone, A. Pineo, A. Di Prima, V. Picciolo, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Ambulatorio UVA n° 6, Policlinico di Palermo

Il data 27/06/07 giunge al nostro Ambulatorio UVA n° 6 del Policlinico di Palermo la sig.ra R.M. di aa 67, inviataci da una collega epatologa, per turbe della memoria. Al momento della visita la Paziente si presentava in discrete condizioni generali. All'anamnesi nessuna familiarità per demenza e/o depressione; positiva per psicosi, (zia paterna). Discreto l'orientamento familiare e personale, menopausa fisiologica a 39 anni. Ex impiegata in un supermercato, regolare l'alimentazione, non consumo di alcoolici, modesta fumatrice; occasionale incontinenza urinaria. Da alcuni anni steatosi epatica (diagnosi ecografia), funzionalità epatica normale. Terapia praticata al domicilio: metoclopramide e citicolina, carnitina, Vit B12.
Sono stati eseguiti test psicometrici di I e II livello.

Al MMSE si notava un'alterazione parziale dell'orientamento temporale, della capacità di attenzione e di calcolo, della memoria a breve termine e della funzione prassica. Indenne l'orientamento temporale, la funzione fasica, gnosica, la capacità esecutiva per i compiti semplici. Corretto per età e scolarità: 19/30. Alterata risultava essere la memoria di prosa, il Clock test, la capacità di critica, la fluidità verbale per lettera e categoria. Al GDS non si evidenziava alterazione del tono dell'umore, 2/15, compromesse risultavano le ADL 4/6 e le IADL 3/8.
La paziente non era più in grado di prendere autonomamente i farmaci, di uscire fuori casa da sola, di fare la spesa e cucinare.
Al NPI non si evidenziavano alterazioni comportamentali. Il Tinetti risultava essere nella norma. Si consigliava di eseguire esami ematochimici di routine, dosaggio di Vit B12, acido folico, omocisteina, ormoni tiroidei ed esami strumentali: Doppler TSA ed ECG. Alla TC encefalo (agenesia parziale del corpo calloso); la RM che metteva in evidenza ampliamento degli spazi periventricolare di Virchow della regione frontale peritrigonale di entrambi i lati.
Esibiva documentazione del consultorio aziendale per i disturbi cognitivi di Piacenza ove era già seguita dal 2006 ed aveva iniziato terapia con donepezil 5 mg (MMSE 19,9/30, GDS 7/15, ADL 6/6, IADL 8/8). Tale terapia suddetta è stata sospesa per comparsa di effetti collaterali (allucinazioni visive ed uditive). Rivisitata nel luglio 2007 la paziente presentava un peggioramento della funzione ideativa. per cui iniziava terapia con rivastigmina 1,5 mg x 2. Nel novembre dello stesso anno ritornava per ulteriore controllo. Il marito riferiva un miglioramento delle funzioni cognitive globali e un miglioramento nello svolgimento attività casalinghe. Si aumentava la terapia: rivastigmina 3 mg la mattina ed 1,5 mg la sera, MMSE 23,4/30, GDS 2/5, ADL 5/6, IADL 6/8.
All'incremento della terapia si evidenziava la comparsa di effetti collaterali come allucinazioni e *wondering*. Si modificava la posologia riducendo la rivastigmina ad 1,5 mg x 2.
Al controllo successivo nel dicembre 2007 presentava un peggioramento delle funzioni cognitive globali, dell'orientamento spaziale e temporale, della capacità di attenzione e di calcolo, MMSE 14,4/30, GDS 10/15, iniziava terapia con memantina 10 mg x 2.
Nel periodo dicembre-aprile 2008 ulteriore peggioramento delle funzioni cognitive con comparsa di afasia agnosia e perdita totale delle funzioni della vita di base e strumentali, ADL 0/6, IADL 0/8, MMSE non somministrabile.
Si consigliava l'esecuzione di RM encefalo che evidenziava un'atrofia corticale compatibile con Demenza di Alzheimer (DA). La paziente peggiorava giornalmente con comparsa di disfagia e sindrome da immobilizzazione.
Insorgevano anche episodi di polmonite *ab ingestis* e piaghe con peggioramento delle condizioni cliniche generali.
Si consigliava un ricovero presso RSA per riabilitazione motoria e cognitiva. Quasi impossibile trovarne una; l'unica idonea all'esigenza della paziente aveva tempi di attesa troppi lunghi ed era troppo distante dalla località in cui viveva. La paziente decedeva nel giugno del 2008 per le complicanze legate alla sindrome da immobilizzazione e per recidive di processi broncopneumonici.
Conclusioni. Quale sarebbe stato il destino della paziente se si fosse ricoverata in una RSA? Quanto tempo deve trascorrere per poter avere una terapia innovativa che migliori la qualità di vita di questi soggetti?

Bibliografia

Bianchetti A, Zanetti O. *La valutazione funzionale dell'anziano.* In: *Quale salute per l'anziano del terzo millennio?* Ed. Gruppo di Ricerca Geriatrica 1994, p. 47-59.

Applicabilità ed efficacia di un percorso diagnostico terapeutico (PDT) specifico per l'ictus ischemico nel paziente ricoverato in Geriatria

R. Margapoti, L. Denti, R. Valcavi, L. Carassale, M. Saccavini[1], C. Caminiti[2], G.P. Ceda

Clinica Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [1] Medicina Riabilitativa, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [2] Direzione Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Scopo. L'ictus cerebrale rappresenta una delle cause più importanti di mortalità e di invalidità grave ed incide pesantemente sulla spesa sanitaria di ogni paese. È stato dimostrato che modelli di assistenza dedicata possano migliorare l'esito dell'ictus acuto, con ricadute importanti in termini di rapporto costo-beneficio. Per quanto riguarda il paziente anziano, scarsi sono i dati relativi al confronto tra modelli gestionali di tipo dedicato e modalità standard di trattamento.
L'obiettivo di questo studio è stato quello di verificare l'applicabilità e l'efficacia di un percorso diagnostico terapeutico (PDT) specifico per l'ictus ischemico, applicato al paziente in età geriatrica ricoverato nell'Ospedale per Acuti.
Materiali e metodi. Sono stati considerati per lo studio 202 pazienti inseriti nel PDT dell'ictus cerebrale ischemico (ICI), dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, inviati consecutivamente dal Pronto Soccorso alla Clinica Geriatrica nel periodo giugno 2000-dicembre 2004. Ciascun paziente è stato inserito in un pre-definito PDT, che prevede per ogni fase, una serie di attività diagnostiche e terapeutiche e l'impiego di specifici strumenti al fine della classificazione clinica e dell'inquadramento neurologico e funzionale. Obiettivo primario dello studio è stato quello di valutare l'applicabilità del PDT, utilizzando diversi indicatori di processo, quali la percentuale di esecuzione della TAC cerebrale entro 24 ore dall'ingresso in PS, l'impiego di acido acetilsalicilico (ASA) o altri antiaggreganti entro 48 ore dall'esordio ed alla dimissione. Obiettivo secondario è stato quello di valutare alcuni indicatori di outcome, in particolare morte e disabilità (quest'ultima definita in presenza di un indice di Barthel (BI) < 60/100, ad 1 mese). Come controlli sono stati considerati 105 pazienti ricoverati consecutivamente nei reparti di Geriatria per Acuti per ictus ischemico prima dell'attivazione del PDT.
Risultati. L'introduzione del PDT ha comportato un aumento consistente della frequenza di impiego della TAC entro le prime 24 ore (80% *vs.* 46%), della frequenza di impiego di antiaggreganti in fase acuta (91% *vs.* 52%) ed alla dimissione (82% *vs.* 54%). Il 70% circa dei pazienti (122) ha presentato un poor outcome, inteso come mortalità (15%) o disabilità (54%) ad 1 mese dall'evento. Il confronto con il gruppo controllo in termini di mortalità ha permesso di stimare una significativa riduzione della mortalità ad 1 mese (dal 20,4% al 15%), corrispondente ad un HR pari a 0,27 (95% CI 0,12-0,64; p 0,003 all'analisi di regressione di Cox, con correzione per grado di disabilità precedente l'evento e gravità del deficit neurologico all'esordio).
Conclusione. In conclusione, lo studio ha dimostrato che il PDT dell'ictus ischemico è stato implementato con successo all'interno della Clinica Geriatrica, in adesione a criteri di riferimento di qualità assistenziale. I dati relativi alla mortalità suggeriscono che l'applicazione del PDT possa migliorare l'outcome dei pazienti, anche se l'alta percentuale di disabilità residua nei sopravvissuti va ulteriormente indagata, al fine di identificare eventuali predittori specifici per questo end point ed applicare, se possibile, specifici correttivi.

Effetti dell'esercizio fisico su fattori di rischio cardiovascolare e rigidità vascolare in donne anziane sane

F. Marino, A. Rossi, M.P. Gozzoli, M. Cazzadori, A. Zivelonghi, V. Di Francesco, K. Giuliano, S. Morgante[1], L. De Noni[1], M. Valsecchi[1], F. Fantin

Sezione di Geriatria, Università di Verona, Verona, Italia; [1] Dipartimento di Prevenzione ULSS 20, Verona, Italia

Scopo. Valutare l'impatto di un programma di attività fisica moderata sui principali fattori di rischio cardiovascolare e sui parametri di rigidità vascolare in una popolazione di donne anziane non istituzionalizzate in buone condizioni di salute.
Materiali e metodi. Sono state incluse nello studio 21 donne con età di 68,3 ± 5,8 anni e con valori di BMI di 28,2 ± 4,3 kg/m2 Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad intervento della durata di 18 settimane con gruppi di cammino organizzati 2 volte la settimana della durata di 60 minuti sotto la supervisione di un istruttore diplomato in Scienze Motorie.
Sono stati valutati all'inizio dello studio e dopo 6 mesi pressione arteriosa sistolica (PAS), pressione arteriosa diastolica (PAD), pressione arteriosa

differenziale (PP), Colesterolo totale, LDL e HDL Colesterolo, Trigliceridi, Glicemia ed Hb glicata.
Prima e dopo il periodo di intervento ciascun soggetto è stato inoltre sottoposto a tonometria ad appianamento per valutazione della velocità dell'onda di polso carotido-femorale (PWV c-f) e carotido-radiale (PWV c-r). La PWV c-f e PWV c-r sono state misurate utilizzando il Complior® system (Colson Medicals, Paris).
Risultati. A conclusione delle 18 settimane di intervento si è osservato decremento significativo di PWV c-f (12,2 ± 2,5 m/s *vs.* 11,5 ± 2,1 m/s; p = 0,05), ma non di PWV c-r. La PA sia sistolica che diastolica si sono ridotte (rispettivamente 148,4 ± 26,4 mmHg *vs.* 141,1 ± 18,3 mmHg e 82,8 ± 10,1 *vs.* 80,9 ± 7,5 mmHg), seppur in modo non significativo.
Dopo 18 settimane di intervento si è assistito a riduzione significativa di trigliceridemia (143,5 ± 65,1 mg/dl ***vs.*** 121,0 ± 60,9 mg/dl; p < 0,01) e riduzione dell'Hb glicata (5,98 ± 0,56 ***vs.*** 5,87 ± 0,42; p = 0,05). Colesterolo totale, LDL col e HDL col non si sono modificati in modo significativo.
Anche dopo aggiustamento per ΣPAS, ΣTrigliceridemia e ΣHbGlicata il decremento della PWVc-f si è mantenuto statisticamente significativo (p = 0,036).
Conclusione. I dati del nostro studio sembrano indicare che una attività fisica moderata è in grado di migliorare significativamente la trigliceridemia e il compenso glico-metabolico nel soggetto anziano sano non istituzionalizzato e inoltre di migliorare la rigidità vascolare, indipendentemente dalle variazioni della pressione arteriosa, della trigliceridemia e del compenso glico-metabolico.

Correlazione indipendente della polipatologia e dello stato cognitivo nei confronti delle attività della vita quotidiana

A. Martocchia, I. Indiano, P. Frugoni, L. Tafaro, E. De Marinis, M. Stefanelli, P. Falaschi

U.O. Geriatria, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma "La Sapienza"

Scopo della ricerca. È crescente l'interesse sia dal punto di vista clinico che di ricerca per una migliore definizione della fragilità. Molteplici fattori associati con la sindrome da fragilità possono essere significativamente coinvolti nella comparsa di disabilità, inclusa la presenza di polipatologia o di deficit cognitivi.
Lo scopo del presente studio è quello di valutare il ruolo della polipatologia e dei deficit cognitivi sull'entità della disabilità nei soggetti anziani.
Materiali e metodi. N. 62 soggetti (20 uomini e 42 donne), di età compresa tra 66 e 98 anni, sono stati esaminati per mezzo di una valutazione multidimensionale geriatrica (VMD). Nella suddetta VMD è stata inclusa la compilazione della scala CIRS (Cumulative illness rating scale, con i punteggi di SI = Severity index e CI = Comorbidity index) 1, del MMSE (Mini mental state examination, corretto per età e scolarità) 2 e della attività delle vita quotidiana (ADL e IADL, rispettivamente Activity of daily living e Instrumental activity of daily living) 3 4.
La presenza, il segno e l'intensità della correlazione tra la disabilità (scala ADL e IADL) e le scale CIRS e MMSE è stata misurata tramite un'analisi di correlazione lineare; è stata altresì valutata la correlazione esistente tra la scala CIRS e MMSE tramite la stessa procedura di analisi.
Risultati. Le scale CIRS e MMSE non sono risultate significativamente correlate e quindi possono essere considerate variabili indipendenti l'una dall'altra; è stato peraltro evidenziato un trend di associazione positiva tra le due variabili (al diminuire di una diminuisce anche l'altra variabile).
I punteggi alla scala ADL sono risultati significativamente correlati con quelli della CIRS (SI p < 0,01 e CI p < 0,025) e con quelli del MMSE (p < 0,05). I punteggi alla scala IADL sono risultati significativamente associati con quelli del MMSE (p < 0,001).
In base alle equazioni desunte dall'analisi di correlazione, un punteggio pari a 0 nella scala ADL e IADL corrisponde ad un valore francamente patologico del MMSE (in entrambi i casi pari a circa 20) o ad una presenza di circa 6-5 patologie associate (con un SI di circa 2,3-2,2).
Conclusioni. La presenza del deficit nell'autosufficienza è significativamente correlata alla presenza della polipatologia e dei disturbi cognitivi, in maniera indipendente. Nei confronti della disabilità il peso del disturbo cognitivo da solo è equivalente ad una pluripatologia di media entità.

Bibliografia

1 Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population*. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-7.
2 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
3 Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. J Am Med Assoc 1963;185:914-9.
4 Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist 1969;9:179-86.

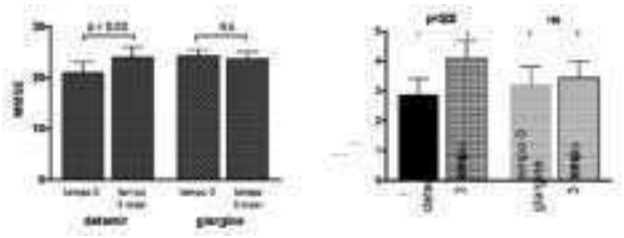
Effetto dell'insulinizzazione basale sul profilo cognitivo di pazienti diabetici anziani: valutazioni preliminari

N. Marzulli[1 2], G. D'Amico, A.D. Romano[1], M. Damato[1 2], A. Greco[2], G. Servidio[1], G. Vendemiale[1 2]

[1] Centro per lo Studio delle Malattie Radicaliche e dell'Invecchiamento, Cattedra di Geriatria, Università di Foggia; [2] Medicina Generale, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia

Scopo. È stato dimostrato che il Diabete incrementa il rischio di comparsa di declino cognitivo e demenza [1]. Diversi studi effettuati sull'uomo e in modelli animali riportano che la somministrazione insulinica è in grado di migliorare la performance cognitiva in soggetti sani, anziani ed alzheimeriani [2]. Gli analoghi insulinici basali detemir e glargine, prodotti con la tecnologia del DNA ricombinante, si caratterizzano per il rallentato assorbimento sistemico e l'assenza di picchi insulinemici. L'insulina detemir, in particolare, presenta una catena di acido grasso (acido miristico) che le conferisce lipofilicità tramite il legame con l'albumina consentendo il superamento della barriera ematoencefalica ed una migliore localizzazione cerebrale rispetto all'insulina umana [3]. Recenti studi hanno dimostrato nei topi trattati con detemir *vs.* insulina umana una notevole amplificazione del segnale insulinico a livello ipotalamico [4]. Scopo del presente studio è verificare se la somministrazione randomizzata di insulina detemir e glargine migliori la performance cognitiva di pazienti anziani con diabete mellito.
Materiali e metodi. Saranno studiati 100 pazienti volontari di età > 65 anni con diabete mellito, afferenti all'ambulatorio diabetologico dell'U. O. di Medicina Interna dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di S. Giovanni Rotondo, nei quali debba essere introdotta ex novo la terapia insulinica. I pazienti inclusi nello studio verranno seguiti per un periodo di 2 anni, in follow-up successivi ogni 6 mesi, nel corso dei quali verranno sottoposti ad una serie di indagini cliniche, per escludere cause internistiche di deficit cognitivo, e neuropsicologiche per valutare l'eventuale evoluzione del disturbo cognitivo. La valutazione psicometrica verrà effettuata mediante: MMSE, in base al quale verrà valutato il profilo cognitivo dei pazienti (normale, MCI, demenza); test delle 15 parole di REY, tramite cui verrà esplorata la memoria episodica; serie progressiva delle matrici di Raven, per la valutazione delle capacità di *problem solving*. La terapia insulinica verrà regolata in maniera tale che i livelli di emoglobina glicata non siano superiori al 9%. L'analisi statistica per la valutazione dell'efficacia del trattamento verrà effettuata mediante t-test per campioni appaiati; la valutazione dell'interazione tra i trattamenti verrà effettuata mediante analisi ANOVA a due vie con post-test di Bonferroni. Una p < 0,05 sarà considerata come il minimo livello di significatività per l'accettazione dell'ipotesi nulla.
Risultati. I dati preliminari in nostro possesso si riferiscono al primo follow-up effettuato tre mesi dopo l'arruolamento. I soggetti arruolati finora sono 10 per ciascun gruppo di trattamento. L'analisi statistica ha rilevato a

tre mesi di trattamento un significativo miglioramento del MMSE e del test di Rey per i pz insulinizzati tramite detemir (rispettivamente: $t = 5,196$, $p < 0,02$; $t = 5,50$, $p < 0,01$); l'impiego di insulina glargine non si associa a differenza nel MMSE e nel test di Rey prima e dopo il trattamento.



Conclusione. I dati preliminari a tre mesi di trattamento mostrano l'esistenza di un miglioramento nel profilo cognitivo dei pazienti trattati con l'analogo basale detemir. Tali osservazioni sono in accordo con gli studi che hanno dimostrato un miglioramento della memoria tramite la somministrazione intranasale di insulina [5] e consentono di speculare sul ruolo analogo svolto dall'insulina detemir; ciò è probabilmente dipendente dalla lipofilicità della molecola che consente una migliore distribuzione encefalica. Sono tuttavia necessarie ulteriori osservazioni per confermare il presente dato.

Bibliografia

1. Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E, Brayne C, Scheltens P. *Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review*. Lancet Neurol 2006;5:64-74.
2. Messier C, Gagnon M, Knott V. *Effect of glucose and peripheral glucose regulation on memory in the elderly*. Neurobiol Aging 1997;18:297-304.
3. Rossetti P, Porcellati F, Ricci NB, Candeloro P, Cioli P, Bolli GB, Fanelli CG. *Different brain responses to hypoglycemia induced by equipotent doses of the long-acting insulin analog detemir and human regular insulin in humans*. Diabetes 2008;57:746-56.
4. Hennige AM, Sartorius T, Tschritter O, Preissl H, Fritsche A, Ruth P, Haring HU. *Tissue selectivity of insulin detemir action in vivo*. Diabetologia 2006;49:1274-82.
5. Reger MA, Watson GS, Green PS, Baker LD, Cholerton B, Fishel MA, Plymate SR, Cherrier MM, Schellenberg GD, Frey WH, Craft S. *Intranasal insulin administration dose-dependently modulates verbal memory and plasma amyloid-beta in memory-impaired older adults*. J Alzheimers Dis 2008;13:323-31.

Appropriatezza dei ricoveri in RSA; i dati della RSA "Madonna della Pace" ad Andria

F. Mastroianni, V. Roca, P. De Benedictis, G. Grumo

RSA Madonna della Pace, Andria (BA)

Introduzione. L'appropriatezza dei ricoveri in Residenza Sanitaria Assistenziale rappresenta un valido indicatore di efficienza del sistema di cure in ambito extraospedaliero. La Regione Puglia, con il regolamento regionale sulle RSA (2002) ha definito i criteri per l'inserimento dei soggetti in RSA. Secondo il testo possono accedere in RSA: persone non più in età evolutiva portatrici di alterazioni morbose stabilizzate o morfo-funzionali, che hanno superato la fase acuta della malattia che abbisognano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo; persone anziane che presentano patologie cronico-degenerative che non necessitano di assistenza ospedaliera, ivi compresi soggetti affetti da patologie psico-geriatriche (demenza senile); persone adulte colpite da handicap di natura fisica, psichica o sensoriale in condizioni di non autosufficienza o affette da malattie croniche; persone adulte portatrici di disturbi psichiatrici in condizioni di non autosufficienza o affetti da malattie croniche; persone affette da malattia di Alzheimer e demenze correlate

La RSA "Madonna della Pace", struttura accreditata e convenzionata, è attiva dal dicembre 2007. Da allora ha ricoverato 80 soggetti. I dati relativi ai primi sei mesi di attività sono riportati nella Tabella I.

Tab. I.

	n°	%
Pazienti	80	—
Maschi	13	16,2
Femmine	67	83,7
MMSE > 24	10	12,5
MMSE 18-24	12	15
MMSE 10-18	22	27,5
MMSE < 10	36	45
ADL nessuna funzione persa	1	2,3
ADL 1 funzione persa	0	—
ADL 2 funzioni perse	3	3,7
ADL 3 funzioni perse	6	7,5
ADL 4 funzioni perse	6	7,5
ADL 5 funzioni perse	24	30
ADL 6 funzioni perse	40	50
Barthel 0-20 dipend. totale	27	33,7
Barthel 21-60 grave dipendenza	45	56,2
Barthel 61-90 moderata dipendenza	6	7,5
Barthel 91-99 lieve dipendenza	2	2,5
Barthel 100 indipendenza	0	—
Allettati	7	8,7

Risultati. I dati raccolti dimostrano che la popolazione dei soggetti ricoverati è prevalentemente femminile. L'80% dei soggetti presenta un qualche deficit cognitivo e il 45% addirittura un grave deficit (mmse < 10). L'autonomia nelle funzioni della vita quotidiana esplorata con le ADl dimostra che l'80% dei soggetti ha perso almeno 4 funzioni; anche la dipendenza funzionale indagata con l'indice di Barthel dimostra come la stragrande maggioranza dei pazienti (90%) ha una grave o totale dipendenza. A questi dati si aggiungono gli allettati che rappresentano l'8,7% del totale. I dati configurano un panorama di ospiti ad elevata componente assistenziale che richiedono prestazioni continue in termine di riabilitazione sia motoria che cognitivo-comportamentale, infermieristiche, sociali ed occupazionali.

La tipologia degli ospiti fino ad oggi ricoverata è appropriata ed in linea con le indicazioni del SSR.

Conclusioni. Dall'analisi dei dati emerge che la tipologia dei pazienti ricoverati in RSA richiede una elevata componente assistenziale di tipo sanitario. La complessità dei pazienti, la disabilità, la non autosufficienza sono gli elementi che identificano la struttura come una residenza ad elevata componente sanitaria. In virtù di queste considerazione la società di gestione della RSA, AURA srl, ha deciso di attivare sia un servizio di guardia medica notturno interno alla struttura che il servizio di cardioline 24/h/365 gg al fine di garantire la continuità assistenziale e ridurre i ricoveri ospedalieri incongrui. Da dicembre ad oggi infatti, i trasferimenti in ospedale sono stati 10, pari al 12,5% con un notevole risparmio sia in termini di costi che di disagi per pazienti e familiari. Inoltre la Direzione Sanitaria, affidata ad un geriatra, è garanzia di applicazione dei protocolli geriatrici che rappresentano un punto cardine dell'assistenza.

Sorveglianza estiva tra gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali del Lazio. Anno 2007

A. Mastromattei, A. Capon, D. Di Lallo

Laziosanità ASP

Scopo. Gli anziani istituzionalizzati costituiscono un gruppo a rischio per eccessi di mortalità e morbilità in concomitanza con condizioni climatiche sfavorevoli. Dopo l'ondata di calore verificatasi nell'estate del 2003, è stato attivato un sistema di sorveglianza esteso a tutte le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Residenze Alzheimer della Regione per monitorare nel corso dell'estate gli eventi avversi (decessi in struttura e trasferimenti in ospedale per ricovero acuto). Nel 2007 il monitoraggio è iniziato il 14 maggio ed si è concluso il 16 settembre. Obiettivo del presente studio è di descrivere lo stato clinico funzionale ed il carico assistenziale degli ospiti delle RSA e Residenze Alzheimer della Regione, nonché di stimare l'andamento

settimanale dei tassi di eventi avversi e valutare eventuali associazioni tra condizioni climatiche sfavorevoli ed eccessi di eventi avversi.
Materiali e metodi. All'avvio del monitoraggio, tutte le strutture (81 RSA e 3 Residenze Alzheimer) sono state provviste di raccomandazioni cliniche per fronteggiare eventuali ondate di calore. Per ogni ospite è stata compilata una scheda con informazioni su disturbi comportamentali, trattamenti in corso, principali patologie e sul numero di farmaci assunti quotidianamente. La scheda includeva inoltre una stima del carico assistenziale basata su alcuni items presenti nella classificazione RUG (Resource Utilization Groups): mobilità (1 si sposta da solo, 2 si sposta assistito, 3 non si sposta), attività vita quotidiana (1 autonomo, 2 parzialmente dipendente, 3 totalmente dipendente), deterioramento cognitivo (1 assente o lieve, 2 moderato, 3 grave). Dalla somma di questi tre items è stato ricavato un indicatore sintetico sul carico assistenziale (3-4 lieve, 5-6 medio, 7-8 impegnativo, 9 molto impegnativo).
Ogni settimana tutte le strutture comunicavano il numero di trasferimenti in ospedale e decessi avvenuti all'interno della struttura. Sono stati calcolati i tassi settimanali di decessi ed ospedalizzazioni. Erano inoltre a disposizione i dati climatici del Sistema di Sorveglianza per le Ondate di Calore (Roma, Viterbo, Rieti, Civitavecchia, Latina; Frosinone).
Risultati. Complessivamente sono stati valutati 6.007 ospiti (1857 uomini, 4150 donne). L'età media degli ospiti è aumentata rispetto al 2006. Il 45% delle donne ed il 19% degli uomini erano ultraottantacinquenni (estate 2006: 41,7% e 17,3%). Il tempo medio di permanenza nella struttura è risultato pari a 1 anno e 10 mesi. Nel 14,2% dei casi il carico assistenziale è risultato lieve, nel 28,1% medio, nel 31,9% impegnativo e nel 25,8% molto impegnativo. Molti degli anziani presentavano un quadro pluripatologico complesso: il 46,7% degli ospiti riportava demenza (2006: 43,5%), il 38,5% insufficienza cardiaca (2006: 30,5%), il 15% malattie vascolari.
Nelle 18 settimane di monitoraggio si sono osservati complessivamente 850 eventi avversi (353 decessi in struttura e 497 ricoveri in ospedale) tra 5887 soggetti. Il tasso medio settimanale di eventi avversi nell'intero periodo è stato pari a 9,00 x 1000 (IC 95% 8,42-9,63) [2006: 8,52 x 1000 (IC 95%, 7,95-9,13)]. Il maggior numero di segnalazioni di allarme/emergenza si è avuto nella provincia di Rieti (8 A, 13 E), il minor numero nella provincia di Viterbo (3 A, 1 E). Il tasso medio settimanale di eventi avversi in giorni con allarme/emergenza lo stesso giorno o nei tre giorni precedenti (9,92 x 1000, 95% CI 8,30-11,85) è risultato maggiore che nei giorni senza segnalazioni di allarme/emergenza (8,07 x 1000, 95% CI 7,31-8,91).
L'assenza di guardia medica h24 nella struttura è risultata significativamente associata ad un eccesso di trasferimenti in ospedale (RR = 1,19, p < 0,05).
Conclusione. Le informazioni raccolte dalle schede di valutazione ed i tassi di eventi avversi osservati hanno evidenziato che gli anziani ospiti nelle RSA e nelle residenze Alzheimer costituiscono un sottogruppo di popolazione particolarmente fragile. A tal fine nella Regione Lazio è in corso di attivazione un Sistema Informativo per le Residenze Sanitarie Assistenziali, che permetterà di prolungare l'attività di monitoraggio degli eventi avversi per tutto l'anno e di aggiornare periodicamente le informazioni sullo stato clinico ed i bisogni assistenziali dei pazienti.

Studio della correlazione tra funzione cognitiva e disautonomia nel paziente anziano

M.G. Mastrullo, G. Pietrapertosa, S. Scarlata, C. Pedone, R. Antonelli Incalzi

Area di Geriatria, Centro per la Salute Dell'Anziano, Università Campus Biomedico, Roma

Scopo. È noto come l'insula sia precocemente coinvolta dalla malattia di Alzheimer e come la corteccia insulare, specie quella destra, partecipi al controllo simpatico della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa. L'insula destra è implicata anche nelle funzioni prassiche. Abbiamo quindi ipotizzato che una disfunzione autonomica, da carente regolazione simpatica, caratterizzi i soggetti con deficit della funzione prassica. La correlazione tra la disfunzione autonomica e il deficit cognitivo prassico-esecutivo è oggetto del presente studio.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 32 pazienti ultrasessantacinquenni (19 maschi e 13 femmine, età media anni 75 ± 6,27), afferenti all'ambulatorio Holter ECG presso il Centro per la Salute dell'Anziano del policlinico Campus Bio-Medico di Roma. Quale metodo di analisi quantitativa della disfunzione autonomica abbiamo utilizzato la registrazione Holter delle 24 ore con l'applicazione del software per l'Heart Rate Variability (HRV). Dopo un'accurata riduzione del rumore sono state analizzate le variabili HRV, nel dominio del tempo (SDNN, NN50, RMSSD) e nel dominio della frequenza (HF, LF, HFnu, LFnu, LF/HF). Per indagare la presenza di deficit cognitivo prassico-esecutivo abbiamo utilizzato i test CLOX 1 e 2 e, quale indice generico dello stato cognitivo, il Mini Mental State Examination corretto (MMSE corr.). Per escludere la presenza di deficit cognitivo su base vascolare, ai pazienti con MMSE < 24/30 è stata somministrata Hachinski Ischemic Score. Le variabili HRV nel dominio della frequenza sono state correlate, tramite T-test, con punteggi indicativi di deficit cognitivo ai test somministrati (punteggi CLOX 1 < 10/15, CLOX 2 < 12/15 e MMSE corr. < 24/30).
Risultati. L'analisi della correlazione HRV-MMSE e HRV-CLOX 1 non ha mostrato differenze statisticamente significative dei parametri HRV tra pazienti con punteggio normale e pazienti con punteggio patologico ai test. L'analisi della correlazione HRV-CLOX 2 ha mostrato incremento statisticamente significativo dei parametri NN50 (p = 0,04), RMSSD (p = 0,03), HF (p = 0,02), LF (p = 0,02), LFnu (p = 0,03), nei pazienti con deficit prassico (CLOX 2 < 12/15).
Conclusione. Con il limite della esiguità del campione, lo studio mostra un evidente, ma ambivalente, rapporto tra CLOX 2 e HRV. Ciò potrebbe attestare una generica iperattività autonomica, coinvolgente sia l'attività vagale che quella simpatica, nei pazienti con deficit prassico, indicativa, verosimilmente, di disautonomia in presenza di lesioni insulari destre. Se i nostri dati preliminari verranno confermati su più ampie serie, lo studio della correlazione tra funzione cognitiva e disautonomia nel paziente anziano potrebbe rivelarsi molto utile a fini diagnostici e prognostici: la somministrazione di semplici test cognitivi potrebbe fungere da screening dei soggetti con disfunzione autonomica, identificando, così, i pazienti a maggior rischio di incontinenza, sincopi, cadute, aritmie, morte improvvisa.

Associazione tra polimorfismi dei geni dell'apolipoproteina E (APOE) e dell'enzima convertitore dell'angiotensina (ACE) e deficit multidimensionale nell'anziano ospedalizzato

M.G. Matera[1], A. Pilotto[1], L. Ferrucci[2], M. Franceschi[1], D. Seripa[1], M. Urbano[1], C. Gravina[1], G. Leandro[3], G. D'Onofrio[1], V. Goffredo[1], F. Addante[1], B. Dallapiccola[1 4]

[1] Unità Operativa di Geriatria e Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, (FG) Italy; [2] National Institute on Aging, Harbor Hospital Center, Baltimore, MD, USA; [3] Unità Operativa Gastroenterologia, Sezione Biostatistica, IRCCS "Saverio De Bellis", Castellana Grotte, Italy; [4] Istituto Genetica Umana, Università "La Sapienza" e Istituto "CSS Mendel", Roma

Introduzione. Il grado di severità di deficit multidimensionale influenza nell'anziano la mortalità. Recentemente è stato costruito e validato un indice prognostico multidimensionale di mortalità (Multidimensional Prognostic Index – MPI), basato su una valutazione multidimensionale (VMD) che include 63 items in 8 domini. Alcuni studi suggeriscono che polimorfismi dei geni apolipoproteina E (APOE) e enzima convertitore dell'angiotensina (ACE) sono fattori genetici associati con malattie età-correlate e mortalità in età avanzata.
Scopo. Valutare la relazione tra compromissione multidimensionale, valutato con l'MPI, e le varianti ◊2, ◊3 ed ◊4 del gene APOE ed il polimorfismo inserzione/delezione (I/D) del gene ACE.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 1.894 pazienti anziani ospedalizzati (M = 906, F = 988; età media = 78,3 anni, range di età = 65-100). L'MPI è stato calcolato da una VMD standardizzata che comprende 8 domini con 63 items ricavati dalle seguenti scale validate: ADL, IADL, SPMSQ, MNA, scala di Exton-Smith, CIRS morbilità, numero di farmaci e stato di convivenza. Il punteggio finale dell'MPI, espresso con un valore compreso tra 0 e 1, ha

definito tre gradi di rischio di mortalità: MPI-1, basso rischio di mortalità (range = 0,0-0,33), MPI-2, moderato rischio di mortalità (range = 0,34-0,66) e MPI-3, alto rischio di mortalità (range = 0,67-1,0). I genotipi dei due polimorfismi sono stati identificati mediante l'analisi dei prodotti di PCR (Polymerase Chain Reaction). L'analisi statistica è stata effettuata mediante l'utilizzo del test chi2 di Pearson, e la regressione logistica multinomiale corretta per età, sesso, malattia di Alzheimer, malattie cardio- e cerebrovascolari e neoplasie.

Risultati. Con l'aumentare dell'MPI, si osserva un significativo incremento di frequenza dell'allele ◊4 (MPI-1 = 15,8% *vs.* MPI-2 = 17,1%, MPI-3 = 24,68%, p = 0,0005) ed una significativa riduzione del genotipo ◊3/◊3 (MPI-1 = 73,18% *vs.* MPI-2 = 72,73 *vs.* MPI-3 = 63,83%, p = 0,009. L'analisi dei genotipi ACE ha rivelato una significativa maggior frequenza dell'omozigote D/D nei pazienti con MPI-3 rispetto ai pazienti con MPI-1 (37,35% *vs.* 41,71%; p = 0,022). Combinando i polimorfismi dei due geni, è stata osservata una interazione tra allele ◊4 dell'APOE ed genotipo D/D dell'ACE. Così la concomitante presenza dell'allele ◊4 dell'APOE e del genotipo D/D dell'ACE era significativamente associato con un maggior deficit multidimensionale (MPI-3) (OR = 2,376, 95% CI 1,529-3,692; p = 0,0001).

Conclusione. I geni APOE ed ACE possono avere un ruolo nella compromissione multidimensionale dell'anziano. In particolare lo stato di portatore degli alleli APOE-◊4 ed ACE-D/D potrebbe essere considerato un marker genetico di deficit multidimensionale dell'anziano.

Accoglimento temporaneo in nucleo di assistenza intermedia sanitaria dopo ospedalizzazione: analisi dei dati rilevati mediante valutazione multidimensionale relativamente alla destinazione post-ricovero

A. Matteazzi, M. Ventagli[1], C. Capiluppi[2], P. Chioatto, P. Rossato[1], G. Valerio, P. Fortuna[3]

U.O. di Geriatria ULSS 6, Vicenza; [1] IPAB "Suor Diodata Bertolo", Sandrigo; [2] Università di Verona, Dipartimento di Psicologia e Antropologia Culturale; [3] Direttore Servizi Sociali ULSS 6, Vicenza

Scopo. La malattia acuta o la riacutizzazione di una malattia cronica sono spesso causa, nel paziente anziano, di un lungo ricovero ospedaliero. Il protrarsi del ricovero per l'assenza di efficaci alternative assistenziali non sempre risponde ai bisogni dell'anziano fragile e ha ripercussioni negative sul sistema ospedaliero stesso. C'è crescente interesse, nel panorama sanitario, nell'attivare, sebbene con modalità operative diverse, servizi alternativi destinati a garantire continuità tra il sistema di cure ospedaliere e il sistema di cure territoriali. Il Ministero della Sanità ha però recentemente rilevato l'eterogenicità di questi servizi, che, associata alla mancanza di rilevazione di flussi informativi, ne rende di fatto impossibile una valutazione d'efficacia. L'ULSS 6-Vicenza ha attivato dal 2004 un nucleo d'Assistenza Intermedia Sanitaria (NAIS) di trenta posti letto affidati in gestione all'IPAB "Suor Diodata Bertolo", destinati a garantire continuità assistenziale a quei pazienti il cui precoce rientro a domicilio dopo ricovero ospedaliero può essere intempestivo o improponibile. Dai dati raccolti in tre anni d'attività del NAIS si vuole: 1) valutare l'associazione fra indici di valutazione multidimensionale rilevati all'ingresso e alla dimissione, e outcomes intesi come rientro a domicilio o ricovero definitivo in Casa di Riposo (CdR); 2) individuare valori soglia dei punteggi nelle aree di valutazione multidimensionale, possibili indicatori di tali outcomes.

Materiali e metodi. Dal 1 gennaio 2005 al 31 dicembre 2007 sono stati dimessi dal NAIS 791 pazienti. Ai fini dello studio sono stati considerati 640 pazienti che hanno completato il piano terapeutico-riabilitativo previsto. 406 erano femmine e 234 maschi con età media rispettivamente di 82,6 e 76,4 anni. La degenza media è stata di 43,9 giorni; alla dimissione 393 pazienti (61%) sono ritornati a casa e 247 (39%) sono stati trasferiti in CdR. I pazienti all'ingresso e alla dimissione dal NAIS sono stati oggetto di valutazione multidimensionale secondo il protocollo SVAMA, che esplora le dimensioni 1-situazione cognitiva, 2-funzionale, 3-mobilità, 4-necessità d'assistenza sanitaria, con attribuzione per ciascun asse di punteggi crescenti in funzione della compromissione dell'area esplorata, e successiva classificazione dei punteggi di ciascun asse in tre livelli, sempre indicanti compromissione crescente. L'analisi statistica ha utilizzato il modello di regressione logistica e l'analisi di segmentazione con metodi CHAID e CART.

Risultati. L'analisi di regressione logistica con selezione backward dei predittori ha evidenziato che stato funzionale e stato cognitivo rilevati all'uscita e abilità motorie rilevate all'ingresso sono le variabili che meglio predicono la destinazione alla dimissione. I pazienti con situazione funzionale in classe 3 vanno in CdR più frequentemente dei pazienti in classe 1 (odds ratio stimato dal modello: OR = 9,5), così come i pazienti in classe 2 rispetto a quelli in classe 1 (OR = 2,3). Analogamente i pazienti con situazione cognitiva rispettivamente in classe 3 e 2 alla dimissione vanno più frequentemente in CdR rispetto a quelli in classe 1 (OR rispettivamente 6,5 e 2,5). Relativamente all'asse mobilità all'ingresso, i pazienti in classe 3 hanno mostrato percentuali d'ingresso in CdR più elevate rispetto a quelli in classe 1 (OR = 2,3) così come i pazienti in classe 2 rispetto a quelli in classe 1 (OD = 3,5). L'analisi di segmentazione ha permesso di identificare valori soglia predittivi di rientro a domicilio dopo il periodo di degenza presso il NAIS; in particolare pazienti con punteggio sull'asse funzionale all'ingresso minore di 49/60 rientrano a casa nel 74% dei casi, mentre con punteggio superiore sono destinati al ricovero in CdR nel 70% dei casi. Analogamente un punteggio sull'asse funzionale minore di 38/60 al momento della dimissione si associa al rientro a casa nell'81% dei casi, un punteggio superiore comporta invece la destinazione in CdR nel 64% dei casi. Per quanto riguarda l'asse motorio i pazienti con punteggi all'ingresso minori di 36 e alla dimissione minori di 24/40 rientrano a casa rispettivamente nel 69% e 80% dei casi, mentre con punteggi superiori entrano in CdR rispettivamente nel 60% e nel 61% dei casi.

Conclusione. La situazione funzionale e cognitiva alla dimissione e la mobilità all'ingresso sono i parametri della SVAMA che nella nostra casistica meglio individuano i pazienti a rischio di ricovero in CdR. Sono stati inoltre individuati livelli soglia relativi ad alcuni indici SVAMA che discriminano i pazienti che rientrano a casa o vanno in CdR. L'identificazione d'aree di disabilità che maggiormente condizionano il rischio d'ingresso in CdR permette un intervento mirato e il raggiungimento di quei target situazione funzionale e mobilità che si associano ad elevate possibilità di rientro a domicilio.

Bibliografia

Griffiths P, Edwards M, Forbes A, Harris R, Ritchie G. *Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units.* Cochrane Database Syst Rev 2007;2:1-44.

Gallina P, Saugo M, Antoniazzi M, Fortuna P, Toffanin R, Maggi S, et al. *Validazione della Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA).* Tendenze nuove 2006;3:229-263.

Il bendaggio funzionale in sostituzione dei FANS nella patologia artrosica

M. Meani, R. De Gesu[1], M.C. Cataldo[2], C. Cerfogli[3], M. Di Eugenio[4], L. Belloi[5]

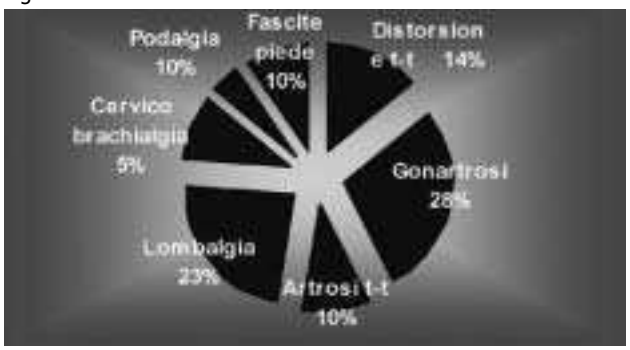
Poliambulatorio ME.GA., Modena; [1] Resp ass medica di base e coord sanitario RSA "E. Cialdini", Modena; [2] Check Up Center, Modena; [3] AUSL di Modena; [4] Poliambulatorio Modena Medica; [5] Cattedra Geriatria e Gerontologia, Università di Modena

Premessa. È noto come la patologia artrosica sia la patologia cronica più frequente. È altrettanto noto che, specialmente nel vecchio, la tossicità gastrointestinale dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), normalmente usati in queste forme, è causa di morbilità e mortalità a seguito del rischio di sanguinamento e perforazione gastrica oltre che di danno renale. Si rende necessario, pertanto, pensare a strategie terapeutiche alternative o complementari all'uso di tali farmaci.

Obiettivo. Verificare il possibile uso del bendaggio funzionale come alternativa ai FANS.

Metodo. Nel periodo 1 aprile-31 maggio 2008 tutti gli ospiti della RSA "E. Cialdini" di Modena che hanno presentato riacutizzazione di patologie artrosiche sono stati sottoposti a bendaggio funzionale. È stato valutato l'effetto su tutti i sintomi della infiammazione. Nel caso di persistenza del dolore era previsto, dopo 24 ore dal bendaggio, l'uso di un antidolorifico ad azione centrale.

Fig. . Casistica trattata.



Risultati. Nel periodo considerato 21 ospiti della Residenza, dei 40 presenti, hanno presentato riacutizzazioni di patologia artrosica e sono stati sottoposti a bendaggio funzionale (Fig. 1).
Di essi 14 erano donne e 7 uomini, con un'età media di 75,6 anni. Il bendaggio è stato ripetuto ogni giorno, per una media di 6 giorni, e solo in un caso si è reso necessario aggiungere l'antidolorifico.
Discussione. Alla tossicità gastrointestinale dei Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (FANS) sono attribuiti circa 7.000 morti l'anno negli Stati Uniti e circa 1000 in Inghilterra. Se l'esame endoscopico rivela che il 50% dei pazienti che assume FANS presenta erosioni gastriche, il 4,5% manifesta effetti indesiderati clinicamente significativi e nell'1,5% si avranno eventi gravi dal sanguinamento gastrointestinale superiore alla perforazione gastrica. Numerosi sono i fattori che concorrono a determinare la gastropatia da FANS, tra di essi le caratteristiche del farmaco, quelle proprie del paziente, la comorbilità. Fattori di rischio sono l'età superiore ai 65 anni con un aumento lineare all'aumentare dell'età, l'uso di dosi massimali, la storia di pregresse ulcere, l'utilizzo concomitante di corticosteroidi ed anticoagulanti, la presenza di malattie concomitanti quali il diabete. Al fine di ridurre la prescrizione di FANS nella riacutizzazione della patologia artrosica, abbiamo preso in considerazione il possibile uso della contenzione adesiva delle strutture articolari.
La contenzione adesiva o *taping* è una fasciatura realizzata con bende adesive, elastiche e/o non elastiche, allo scopo di stabilizzare una articolazione bloccando solo uno dei possibili movimenti e consentendo gli altri. Viene comunemente utilizzata nella traumatologia sportiva ed interessa tre grandi gruppi di patologie.
La patologia tendinea in cui il tendine viene posizionato in lieve accorciamento permettendone una relativa messa a riposo. La patologia articolare, in cui si effettuerà un bendaggio elastico al fine di esercitare una funzione propriocettiva; il bendaggio sarà non elastico se è finalizzato ad evitare un movimento lesivo. Infine la patologia muscolare in cui il bendaggio sarà elastico, per esercitare una azione drenante su edema o ematoma; non elastico per impedire la sollecitazione della zona interessata alla lesione (stiramento, strappo). Nella nostra casistica dovendo evitare un movimento lesivo articolare abbiamo utilizzato il bendaggio non elastico. Solo in un caso si è reso necessario aggiungere un antidolorifico (tramadolo) il giorno successivo e comunque è stato sospeso dopo 24 ore a seguito della scomparsa del dolore. Negli altri casi si è assistito all'immediato miglioramento del dolore mentre la sintomatologia infiammatoria si è risolta in un periodo compreso tra 5 ed 8 giorni, mediamente 6 giorni sono stati sufficienti.
Conclusione. Il beneficio quasi immediato della sintomatologia dolorosa unito alla messa a riposo parziale della articolazione trattata, seppure consentendone la motilità, consente di suggerire il *taping* articolare come valido sostituto dei FANS per quanto attiene la sintomatologia infiammatoria e, altrettanto importante, garantendo la salvaguardia del tratto gastrointestinale dall'insulto lesivo di quella classe di farmaci.

Il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento delle persone anziane nel contesto italiano

M.G. Melchiorre, G. Lamura, F. Lattanzio[1]

INRCA, Dip. Ricerche Gerontologiche, Ancona; [1] Direzione Scientifica, INRCA, Ancona

Scopo. Scopo di questo contributo è di fare il punto sul fenomeno degli abusi nei confronti delle persone anziane in Italia, alla luce delle conoscenze finora raccolte tramite studi ed indagini sull'argomento, che costituisce una grande incognita della nostra società odierna, la quale ha da tempo adottato misure e politiche di intervento a tutela di altre fasce potenzialmente deboli della popolazione, quali ad esempio l'infanzia e le persone colpite da disabilità, ma non in modo altrettanto sistematico per la popolazione anziana. L'evidenza fornita da studi condotti in altri Paesi sottolinea come questa esigenza di tutela sia altamente necessaria, dato che la prevalenza di fenomeni di abuso su persone anziane raggiunge, a seconda della metodologia e del contesto adottati, valori compresi tra il 3% e il 27% della popolazione ultrasessantacinquenne, con una quota del 6% circa che riporta situazioni di maltrattamento "consistente" (Cooper et al., 2008). Appare dunque importante gettare luce in modo rigoroso e sistematico su questo fenomeno anche in Italia, nella speranza che ciò possa contribuire a meglio comprendere come poterlo prevenire.
Materiali e metodi. È stata condotta un'analisi bibliografica degli studi pubblicati in materia e relativi al nostro Paese. I rari studi finora condotti nel contesto italiano sono stati solo marginalmente incentrati sul fenomeno o sulla popolazione anziana (come ad esempio lo studio Silvernet, che ha individuato i "sintomi di potenziale abuso" in un campione di fruitori di servizi di assistenza domiciliare, o lo studio ISTAT sulle violenze alle donne in età tra i 16 e i 70 anni), oppure di carattere qualitativo (volti cioè non tanto ad accertare la prevalenza del fenomeno, bensì le dinamiche ad esso sottostanti, come gli studi condotti nell'ambito del programma europeo "Daphne") o, ancora, incentrati su singole forme di abuso (come quella finanziaria, attualmente oggetto di studio da parte di un ulteriore progetto "Daphne").
Risultati. Diverse sono le categorie di abuso tradizionalmente individuate: fisico; psicologico; sessuale; finanziario; abbandono. Quest'ultima rappresenta anche la forma di abuso più frequente e forse più subdola, in quanto risultato di un comportamento passivo da parte di coloro che, spesso famigliari ed operatori assistenziali, più sarebbero tenuti ad assicurare un livello dignitoso di qualità della vita delle persone anziane accudite. I dati evidenziano che i soggetti più a rischio sono rappresentati dalle donne, da persone a basso reddito, in condizioni di salute precarie e socialmente isolate. Per quanto riguarda i perpetratori degli abusi, non può stupire che, alla luce di quanto sopra anticipato, in circa la metà dei casi si tratti del coniuge o partner della vittima, ed in un numero altrettanto rilevante di altri famigliari stretti (figli, generi, nuore ecc.). Meno frequenti sono i casi di abuso perpetrati da operatori assistenziali e da amici/conoscenti. Mentre tali riflessioni si riferiscono principalmente a situazioni di abuso a domicilio, un discorso a parte merita il fenomeno dei maltrattamenti operati in strutture di ricovero. La situazione che caratterizza queste strutture, non solo in Italia, rende infatti gli anziani in esse ricoverati, spesso in condizioni di elevata fragilità, particolarmente a rischio di abuso. Ciò è confermato dai risultati dei pochissimi studi stranieri condotti in questo contesto, dai quali emergono valori di prevalenza particolarmente elevati, interessanti cioè da un terzo ad oltre la metà dei ricoverati. Tra le forme di abuso più diffuse in questo contesto spiccano l'uso improprio di misure di contenzione fisica (come ad esempio il fissaggio coatto della persona) o farmacologica, ma anche maltrattamenti fisici, verbali e psicologici. Tra le cause principalmente addotte vanno sottolineate l'insufficienza di personale e il basso livello professionale e remunerativo che lo caratterizza. La necessità di dedicare maggiore attenzione al fenomeno dell'abuso non deriva solo da motivazioni etiche di breve periodo – di per sé certamente sufficienti – ma anche da considerazioni che interessano le conseguenze del fenomeno nel medio-lungo termine, in quanto le vittime di abuso riportano un più elevato rischio di incorrere in patologie come la depressione e disfunzioni cardiache, nonché un più eleva-

to tasso di mortalità. Va considerato infine che la legislazione italiana non considera le persone anziane come soggetti aventi diritto a specifiche norme di protezione, né nell'ambito del Codice Civile né, salvo rare eccezioni, del Codice Penale.

Conclusioni. Questo fenomeno richiede un ruolo cruciale e delicato dei servizi di cura e supporto, partendo dal medico di medicina generale, in quanto spesso le persone anziane incontrano grosse difficoltà nel denunciare episodi di abuso, specie se i perpetratori sono gli stessi famigliari. In Italia non esistono molti servizi a riguardo, ed i pochi esempi esistenti (*help-line* e osservatori), appaiono insufficienti a fronteggiare adeguatamente il problema, destinato probabilmente ad estendersi per il tendenziale ridursi delle capacità assistenziali delle famiglie italiane.

Bibliografia

Cooper C, Selwood A, Livingston G. *The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review*. Age Ageing 2008;37:151-60.

Melchiorre MG, Lamura G. *Elder abuse in Italy: a national overview*. INRCA, Ancona 2008 (http://www.inrca.it/CES/Report_elder_abuse_in_Italy.pdf).

La prescrizione dell'ausilio personalizzato: proposta di un modello di riferimento per l'anziano

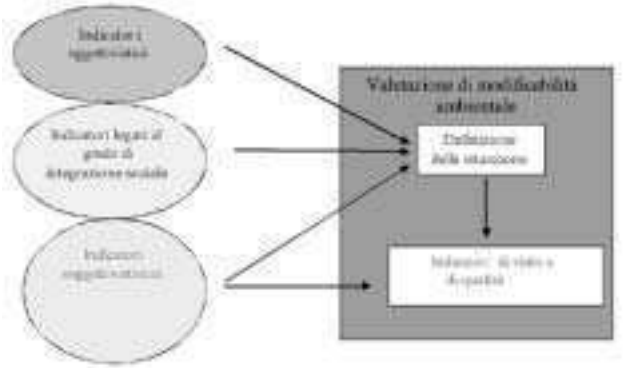
G. Melli[1], V. Da Pieve[1 2]

[1] Istituto di Psicologia Clinica "Rocca", Stendoro, Milano; [2] Casa di Cura "Le Terrazze", Cunardo, Milano

Scopo. L'obiettivo di questo lavoro è approfondire le relazioni esistenti fra la dimensione quotidiana della disabilità del paziente anziano in relazione alla risposta dell'ambiente, con l'intento di evidenziare i presupposti teorici e pratici per un adeguato intervento riabilitativo nella prescrizione di ausili il più possibile aderenti alle reali necessità.

Risulta fondamentale, in merito alla prescrizione dell'ausilio, la valutazione complessiva di ciò che si può sinteticamente definire come "modificabilità ambientale" espressa secondo criteri quantitativi e qualitativi. "Ambiente" è dove si sviluppano la personalità e i comportamenti dell'individuo [1], il luogo dove il soggetto possa esprimere attraverso il rapporto con gli oggetti la stabilita affettiva e relazionale [2].

Materiali e metodi. questa prospettiva presuppone un'accezione ampia della valutazione necessaria per la prescrizione di un ausilio, in quanto esso va a modificare le sinergie ambientali riferibili agli aspetti di ordine spaziale e temporale, oltre che di ordine psichico, cioè legati all'immagine che il soggetto ha di sé e alla relazione con oggetti e altri soggetti. Schematicamente la modificabilità ambientale è quindi definita da:



L'ausilio quindi deve essere interpretato come ambiente che espande il proprio spazio corporeo e costituisce un potenziale aiuto alla comunicazione, presenta contenuti di rifugio, ampiezza ideale, posizione, condizioni fisiche e di igiene e possibilità interazione con il mondo in contenuti determinati culturalmente ed affettivamente.

In questa prospettiva, dovrebbe essere un'équipe multidisciplinare, di cui anche lo psicologo giochi un ruolo chiave, ad occuparsi della prescrizione dell'ausilio.

Risultati. Con questo tipo di modello abbiamo rilevato che l'ausilio è interpretabile sia come "estensione, pelle o confine del corpo "permette l'accesso ai "luoghi", esso stesso tuttavia è "luogo" con tutte le connotazioni affettive e simboliche che ne conseguono. Il "luogo" esprime quindi la potenzialità dell'agire vivere si embrica con il "luogo" interno del vivere e del ricordare. L'ausilio si pone come oggetto transizionale che apre svariati scenari: uno involutivo, di "morte psicologica"; l'altro, in cui viene percepito come l'oggetto che consente l'accesso a spazi e potenzialità nuove, di vita.

Conclusione. Esiste una corrispondenza fra l'immagine di sé ed il "luogo" in cui si vive, la capacità di modificare uno spazio secondo le attese dipende dalle risorse fisiche, psicologiche ed anche economiche del soggetto, riferite al suo livello di competenza ambientale e di dipendenza. In pratica la valutazione dell'ausilio e del successivo programma di trattamento rieducativo ad esso conseguente deve rispondere ai quesiti che questi tre ambiti La congruenza fra prescrizione e utilizzo è data dal grado di complementarietà-similarità tra la competenza dell'individuo e le facilitazioni o ostacoli che l'ambiente interpone alla soddisfazione dei suoi bisogni.

Bibliografia

1 Liverta Sempio O, Marchetti A, (a cura di). *Il Pensiero dell'altro. Contesto, conoscenza e teorie della mente*. Milano: Ed. Raffaello Cortina Editore, 1995.

2 Rocca R, Stendoro G. *L'immaginario teatro delle nostre emozioni*. Bologna: Ed. Clueb, 2001.

La valutazione psico-affettiva come predittore prognostico in corso di Mild Cognitive Impairment

A.M. Mello, E. Mossello, M. Gullo, E. Ballini, F. Bencini[1], V. Caleri[1], C. Cantini[1], E. Tonon[1], D. Simoni, M. Marini[1], M.C. Cavallini, M. Boncinelli, I. Tassinari, G. Masotti, C.A. Biagini[1], N. Marchionni

Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; [1] U.O. Geriatria, Azienda USL 3, Pistoia

Scopo dello studio. Dati di letteratura pubblicati negli ultimi anni hanno dimostrato il ruolo delle indagini neuroradiologiche e liquorali, in aggiunta alla valutazione neuropsicologica, nel predire il rischio di conversione a demenza del *Mild Cognitive Impairment* (MCI). Tali metodiche hanno tuttavia una diffusione ancora limitata. È stato invece meno studiato il significato prognostico delle pur frequenti alterazioni psico-affettive. Scopo del presente studio è esaminare il ruolo della valutazione psicologica e comportamentale, associata a quella neuropsicologica, nel predire lo sviluppo di demenza in un campione di anziani con MCI seguiti da due Unità Valutative Alzheimer (UVA).

Soggetti e metodi. Nella presente analisi longitudinale retrospettiva, sono stati inclusi pazienti con diagnosi di MCI (criteri di Winblad et al., 2004), osservati presso l'UVA dal 2000 al 2006, con almeno un follow-up compreso tra 9 e 24 mesi. Di tali pazienti sono stati valutati: il livello cognitivo globale (MMSE), il profilo neuropsicologico mediante una batteria di test, lo stato funzionale globale (ADL, IADL), lo stato psico-affettivo (*Geriatric Depression Scale* e *Neuropsychiatric Inventory* – NPI), la comorbilità (*Cumulative Illness Rating Scale* – CIRS).

Risultati. Sono stati inclusi nella presente analisi 128 soggetti (66% di sesso femminile), con età media 77 ± 1 anni e punteggio medio al MMSE 26,0 ± 0,2. Dopo un follow-up medio di 15 mesi il 42% dei soggetti ha sviluppato una demenza (*Converter* – C). Confrontando alla valutazione iniziale (T0) i soggetti C con quelli che non avevano sviluppato demenza (*Non Converter* – NC), non si sono osservate differenze significative per le principali caratteristiche demografiche né per il punteggio di MMSE, ADL, IADL e CIRS. I soggetti C avevano una scolarità maggiore rispetto ai NC ed erano significativamente più spesso in trattamento con psicofarmaci a T0. Tra i test neuropsicologici, i soggetti C avevano a T0 punteggi significativamente inferiori alla rievocazione immediata delle 15 parole di Rey ($p < 0,001$), al Test di memoria di prosa ($p = 0,019$), al Test delle Matrici attenzionali ($p = 0,001$) e alle prove di fluenza verbale su stimolo semantico ($p = 0,013$). I soggetti C avevano inoltre un punteggio maggiore nell'*item* ansia della NPI (C 2,3

± 0,3 *vs.* NC 0,9 ± 0,2, p < 0,001). In un modello di regressione logistica sono risultati indipendentemente associati al rischio di demenza maggiori livelli di ansia (OR 1,80 [1,24-2,62] per ogni punto di NPI) ed una peggior performance al test delle 15 parole di Rey e delle Matrici attenzionali.
Conclusioni. La presenza di ansia, oltre che l'entità del deficit mnesico ed attenzionale, risultano indipendentemente associati al rischio di sviluppare demenza in anziani con MCI. Tale risultato sottolinea come un'accurata valutazione psicoaffettiva, associata ai test neuropsicologici, possa contribuire a definire la prognosi in questa tipologia di pazienti e debba precedere l'eventuale ricorso a metodiche diagnostiche tecnologicamente più avanzate.

Impatto di un programma di terapia occupazionale sulla dimissibilità in autonomia di pazienti anziani affetti da esiti di frattura femore

S. Melonio, C. Camilli, A. Russo, A. Tafani, F. Landi[1]

Dipartimento di Gerontologia, Università Cattolica, Roma; [1] RSA Opera "S. Maria della Pace", Fontecchio, L'Aquila

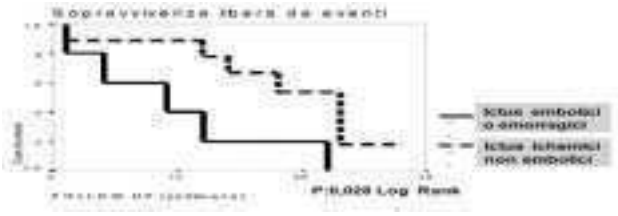
Premessa. La frattura più frequente negli infortuni delle persone anziane è la frattura di femore. Essendo l'osteoporosi la principale causa predisponente le fratture riguardano prevalentemente il sesso femminile (donne 80%, uomini 20%). La quota di fratture di femore aumenta con il progredire dell'età e interessa prevalentemente le donne anziane che vivono sole. Le limitazioni funzionali prima dell'infortunio sono piuttosto frequenti e riguardano soprattutto difficoltà motorie e mnesiche. Spesso sono in gioco anche farmaci sedativi ed ipertensione.
Scopo della ricerca. L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'impatto di un intervento combinato di terapia occupazionale e fisioterapia in pazienti affetti da esiti di frattura di femore recente arruolati entro la prima settimana dall'intervento sul raggiungimento della autonomia funzionale in attività complesse e strutturate del vivere quotidiano.
Materiali e metodi. Il progetto ha previsto l'arruolamento di 80 pazienti istituzionalizzati all'interno di una residenza sanitaria assistenziale randomizzati in due gruppi: il primo gruppo di 40 persone, suddiviso in sottogruppi di 5 unità, veniva inserito nel protocollo combinato di terapia occupazionale e fisioterapia attraverso sedute quotidiane volte attraverso strategie ed esercizi manuali al recupero dell'autonomia nelle attività del vivere quotidiano; il gruppo di controllo svolgeva un programma di sola fisioterapia; gli obiettivi sopraccitati sono stati analizzati attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione delle capacità motorie e processuali (AMPS) e la scheda di valutazione multidimensionale Minimum Data Set; tali schede di valutazione sono state somministrate in tre fasi della sperimentazione:
Fase 0 = vaseline, Fase 1 = ad un mese;
Fase 2 dopo due mesi, al termine della sperimentazione.
La fase operativa, cosi come la fase di valutazione e di registrazione dati è stata effettuata dai terapisti occupazionali operanti all'interno della RSA.
Risultati. I risultati dello studio evidenziano che nel gruppo dei trattati un numero maggiore di soggetti raggiunge l'autonomia nella esecuzione di attività strutturate quali stirare, pulire i vetri, rifare un letto, prepararsi un pasto completo, sia in termini di sequenza procedurale che di abilità motoria; si evidenzia, inoltre, che nel gruppo dei trattati il raggiungimento di tale autonomia avviene in un *range* temporale più breve.
Conclusioni. Il nostro studio suggerisce l'importanza di un intervento di terapia occupazionale precoce in tutti i pazienti operati di frattura di femore: Tale intervento comporta il raggiungimento di un autonomia che non riguarda semplicemente la capacità nei trasferimenti e nella deambulazione ma si sviluppa in attività più complesse del vivere quotidiano che il soggetto potrà ricominciare ad eseguire al proprio domicilio. Il più rapido raggiungimento di tale autonomia e la conseguente dimissione anticipata può, inoltre, avere ripercussioni positive sia in termini di benessere psicosociale del paziente che in termini di gestione socio-economica delle risorse sanitarie.

Tipologia di ictus, delirium post-stroke e prognosi a breve termine in soggetti anziani

M. Migale, E. Santillo[1], F.P. Cariello[1], A. Riccetti

DEA U.O. Pronto Soccorso, Presidio Ospedaliero, Praia a Mare (CS); [1] Istituto "Ninetta Rosano", Casa di Cura "Tricarico" Polispecialistica; Divisione Cardiovascolare; Belvedere Marittimo (CS)

Scopo. Si stima che nei Paesi Occidentali l'ictus cerebrale, la cui prevalenza è più elevata nella popolazione anziana, rappresenti, ormai, la seconda causa di morte dopo la cardiopatia ischemica. È noto che alcune tipologie eziologiche di ictus (p.e. ictus emorragico) si caratterizzano per una prognosi più infausta e per una maggiore frequenza di delirium. Sebbene l'ictus sia un noto fattore predisponente allo sviluppo di uno stato confusionale acuto sono ancora pochi gli studi che ne hanno valutato l'associazione, peraltro con risultati spesso contrastanti. Pertanto scopo del nostro lavoro è stato quello di indagare in un gruppo di pazienti anziani con ictus, la prevalenza di delirium post-*stroke* e la eventuale correlazione con i tipi di ictus, per i quali, inoltre, si è voluto verificare prospetticamente l'impatto su mortalità, morbilità e disabilità.
Materiali e metodi. Sono stati arruolati 21 pazienti anziani (9 femmine; età media: 78 ± 5 anni) con *stroke* ischemico o emorragico giunti in osservazione presso il dipartimento Emergenza-Urgenza ed Accettazione del nostro Presidio Ospedaliero dal 3-01-2008 al 26-06-2008. In tutti i soggetti è stato effettuato esame clinico, misurazione della pressione arteriosa, ECG, esami ematochimici, valutazione delle ADL pre-*stroke* e del punteggio alla Glasgow Coma Scale. Tutti i pazienti, inoltre, sono stati sottoposti a TC encefalo in urgenza senza mdc e TC di controllo a 12-48 ore. L'insorgenza di un eventuale stato confusionale acuto è stata valutata sia all'accesso che durante la degenza con riferimento ai criteri CAM-ICU. Dopo la dimissione i pazienti o i relativi *caregivers* sono stati periodicamente contattati e sottoposti ad intervista telefonica (follow-up medio 14 settimane) per registrazione di eventuali eventi (*end point* combinato: morte, recidiva ictale o altro evento cardiovascolare, istituzionalizzazione, necessità di badante, insorgenza di nuova disabilità). Per l'analisi statistica è stato impiegato software SPSS versione 10,0.
Risultati. Sono stati diagnosticati 2 ictus emorragici e 19 ischemici di cui 7 a verosimile eziologia embolica. Complessivamente 11 pazienti hanno sviluppato delirium post-*stroke* (52%) in cinque dei quali lo stato confusionale acuto si manifestava senza apparenti cause addizionali, mentre in due casi risultava associato a complicanze mediche o ad effetto di farmaci. In quattro pazienti il delirium poteva essere ricondotto a fattori multipli. In particolare il delirium post-*stroke* è risultato essere associato in modo statisticamente significativo sia alla presenza di fibrillazione atriale (p = 0,031 by Chi Square) sia alla eziologia emorragica o embolica (p = 0,044 by Chi Square). Lo studio della sopravvivenza libera da nuovi eventi ha rivelato un'incidenza dell'*end point* combinato significativamente più elevata nel gruppo di anziani con ictus embolico o emorragico rispetto ai soggetti con ictus ischemico non embolico (p < 0,028 Log-rank test) (Grafico).
Conclusione. I risultati del nostro studio, coerentemente con precedenti lavori [1 2], documentano un'elevata prevalenza di delirium post-*stroke* in soggetti anziani affetti da ictus cerebri. Inoltre la significativa associazione riscontrata tra delirium e gli ictus ad eziologia embolica ed emorragica, suggerisce l'utilità di ulteriori studi che chiariscano, sul piano fisiopatologico, i nessi che legano tipi peculiari di *stroke* allo sviluppo di delirium. Sul piano clinico e socio-sanitario, occorre prestare particolare attenzione nella gestione di tali ictus che presentano, tra l'altro un più elevato tasso di mortalità e disabilità a breve termine.



Bibliografia

1 McManus J, Pathansali R, Stewart R, Macdonald A, Jackson S. *Delirium* post-*stroke*. Age Ageing 2007;36:613-8.

2 Sheng AZ, Shen O, Cordato D, Zhang YY, Chan DKY. *Delirium within Three Days of Stroke in a Cohort of Elderly Patients*. JAGS 2006;54:1192-8.

Riabilitazione delle alterazioni muscolo-scheletriche del rachide in paziente geriatrico con comorbilità

M. Minervini, M. Fucci, R. Sciusco, F. Mastroianni[1]

Fisioterapista, RSA "Madonna della Pace", Andria; [1] Direttore Sanitario, RSA "Madonna della Pace", Andria

Introduzione. In riabilitazione non esistono ad oggi protocolli specifici, codificati e validati che consentono il trattamento delle alterazioni muscolo-scheletriche del rachide in soggetti anziani con comorbilità.
Scopo dello studio. L'obiettivo dello studio è stato verificare se le modifiche e gli adattamenti di metodiche, abitualmente utilizzate per i soggetti giovani o adulti, fossero ugualmente efficaci in pazienti geriatrici con comorbilità.
Materiali e metodi. Abbiamo studiato 6 soggetti (1 maschio e 5 femmine), di età media di 79,8 anni, affetti tutti da ipercifosi dorsale, tre di essi avevano anche scoliosi. In comorbilità presentavano: tutti i pazienti, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, osteoporosi diagnosticata ed in trattamento 4 soggetti, 3 soggetti presentavano deficit cognitivi e 3 avevano esiti di frattura di femore [2] e di bacino [1]. Tutti i soggetti erano ricoverati presso la RSA "Madonna della Pace" di Andria.
Il campione in studio è stato sottoposto ad un protocollo di riabilitazione della durata di 4 mesi, con sedute giornaliere. Il protocollo aveva le seguenti caratteristiche:
- semplicità dei programmi;
- elasticità;
- modificabilità;
- sostenibilità.

Tali requisiti si rendevano necessari proprio per la tipologia degli ospiti. Infatti la semplicità dei programmi consentiva una maggiore partecipazione, l'elasticità consentiva la modificazione dei protocolli in base ad eventi prevedibili ed imprevedibili, la modificabilità e la sostenibilità garantivano la continuità e quindi l'efficacia. Le metodiche utilizzate sono quelle standard adattate al soggetto geriatrico; per esempio, la metodica di rieducazione posturale globale (RPG) prevede l'allineamento del rachide con la riduzione delle curve fisiologiche mediante il pompage del sacro, allo scopo di modificare le alterazioni posturali, nel nostro caso la presenza di gravi alterazioni strutturali, e l'osteoporosi ci ha indotto ad utilizzare la muscolatura per identificare i punti fissi per l'allineamento.
Risultati. In seguito al trattamento, dopo 4 mesi si è osservata una riduzione della sintomatologia dolorosa in tutti i pazienti (scala VAS da 8/inizio a 4/fine); è migliorata la postura in tutti i pazienti con conseguente modificazione dei gradi della colonna, riduzione dei blocchi articolari, aumento della capacità di carico locale e generale con recupero delle ADL (da 5 funzioni perse in media a 3 funzioni perse, alla fine del programma).
Conclusioni. L'applicazione delle metodiche di riabilitazione sul rachide, modificate e tarate in base alla tipologia del soggetto, in questo caso anziano, e adattate alle numerose comorbilità presenti, ha determinato, seppure in tempi più lunghi un netto miglioramento delle funzioni motorie generali. Inoltre, l'approccio ha migliorato la sensazione dolorosa e l'autonomia funzionale misurata con le ADL. Pertanto si può concludere che le comuni tecniche in uso nelle alterazioni muscolo-scheletriche del rachide, devono essere modificate per poterle applicare al soggetto anziano in comorbilità, al fine di ottenere risultati positivi in termini di efficacia.

Caso clinico: deterioramento cognitivo ingravescente

S. Minervini, M. Boni, A. Lombardi[1], R. Girardello

SSN, APSS Trento, U.O. Geriatria, Ospedale di Rovereto; [1] Servizio Cure Domiciliari, Trento

Introduzione. La Neurosifilide al giorno d'oggi è una malattia rara nei paesi industrializzati, principalmente per gli elevati standard di cure mediche e la diffusione di trattamenti antibiotici per malattie intercorrenti [1]. Presentiamo il caso di un paziente giunto nei mesi scorsi alla nostra osservazione.
Caso clinico. Soggetto di sesso maschile di 71 anni, giunge presso l'ambulatorio UVA della nostra Unità Operativa per comparsa di deterioramento cognitivo rapidamente ingravescente associato a turbe comportamentali. Scolarità 12 aa., celibe, funzionario statale in pensione, ha sempre goduto di buona salute, non potus, sporadicamente qualche sigaretta, nell'ultimo periodo ha vissuto con una sorella. In occasione della visita ambulatoriale veniva riferita dal *caregiver* la comparsa di deficit della memoria per gli eventi recenti da circa 6 mesi. Veniva descritto un peggioramento graduale nel tempo. Presenti segni di disorientamento spazio temporale e deficit delle funzioni corticali superiori. Presenti idee deliranti (delirio di latrocinio). Tendenza al *wandering* domiciliare. Presenti iperattività senza scopo e comportamenti inadeguati. Modificazioni del ritmo sonno veglia caratterizzate da difficoltà di addormentamento, risvegli frequenti, difficoltà a riaddormentarsi. Non apparenti modificazioni del comportamento alimentare. Presente calo ponderale di circa 10 kg, seguito da incremento di circa 2 kg dopo dieta adeguata (da quando il paziente vive con la sorella). Presente incontinenza urinaria e fecale da alcuni mesi. Negativo l'esame obiettivo generale e neurologico, a parte fini tremori agli arti superiori a riposo. All'esame neuropsicologico si evidenziava presenza di disorientamento temporale, abbastanza conservato l'orientamento sul luogo dell'esame, presente deficit della memoria recente, ridotta la memoria semantica, ridotte la memoria autobiografica e procedurale, ridotte le capacità di calcolo, conservata la capacità di riconoscimento degli oggetti, ridotta la capacità di attenzione e concentrazione, ridotta la capacità di eseguire compiti preordinati, sequenziali, coordinati e finalizzati, ridotta la prassia costruttiva, ridotta la prassia ideativa, un po' ridotta l'abilità verbale; presente difficoltà nel trovare le parole desiderate nel linguaggio spontaneo, buona la comprensione del linguaggio parlato, non deficit del pensiero astratto né del giudizio critico. Presente una lieve deflessione del tono dell'umore. Al MMSE corretto per età e scolarizzazione il paziente otteneva un punteggio di 17,7/30. Agli esami ematici si rilevava: positività del TPHA (> 1:10.240; valori significativi > 1:80) ed ipovitaminosi B12 (115 pg/ml, v.n.: 197-866), HIV neg, APCA: neg, Ab anti-HBs: 190. Eseguita rachicentesi: TPHA sul liquido cefalorachidiano positività di 1:32; Ab anti-Treponema pallidum IgG (met. *immunoblotting*) rilevabili su siero. Su liquido cefalorachidiano risultano presenti Ab verso le proteine specifiche di TP p17 e p15. Ab anti-Treponema pallidum IgM (met. *immunoblotting*): non rilevabili né su siero né su liquido cefalorachidiano. Inviati 2 campioni di liquor al Laboratorio di Neuropatologia di Verona per la ricerca della proteina 14-3-3 (risultata positiva) e della proteina Tau (967 pg/ml). All'ecocardiogramma: ectasia del bulbo aortico (44 mm) e dell'aorta ascendente (38 mm), lieve insufficienza valvolare aortica. VSx di normali spessori e dimensioni con funzione sistolica globale ai limiti inferiori di norma (FE: 52%). Lieve atriomegalia sx sezioni dx nei limiti. Lembi mitralici ispessiti con lieve prolasso di entrambi ed insufficienza di grado lieve. All'eco-addome: dilatazione pseudoaneurismatica dell'aorta addominale estesa per 88 mm di diametro longitudinale e 29 mm circa di diametro trasverso. A livello dello scavo pelvico più a sinistra si segnala la presenza di alcune tumefazioni linfonodali le maggiori con asse di circa 12 mm. Alla RM encefalo: presenza di minute areole di alterata intensità di segnale a carico della sostanza bianca sovra-ventricolare di ambo i lati, da esiti vascolari. Concomitano note di leuco-araiosi a carico della sostanza bianca peri-ventricolare di ambo i lati. Regolare rappresentazione delle strutture del tronco dell'encefalo sino alla giunzione bulbo-spinale. Nei limiti il corpo calloso. Complesso ventricolare simmetrico, modicamente più ampio che di norma. Strutture della linea mediana in asse. Regolare ampiezza degli spazi liquorali peri-corticali e cisternali della base.
Conclusioni. Si poneva diagnosi di deterioramento cognitivo secondario a neurosifilide con associate turbe comportamentali. Veniva quindi impostata terapia antibiotica con ceftriaxone dopo confronto con i colleghi del "Malattie Infettive" dell'Ospedale "S. Chiara" di Trento.

Bibliografia

[1] Danielsen AK, Weismann K, Jorgensen BB, Heidenheim M, Fugleholm AM. *Incidence, clinical presentation and treatment of Neurosyphilis in Denmark 1980-1997*. Acta Derm Venereol 2004;84:459-62.

Effetti a breve termine dell'attività fisica su qualità della vita e rischio di caduta in soggetti ultrasessantacinquenni

G. Minicuccio, S. Pirrone, C. Schifilliti, V. Fedele[1], G. Russo, L. Cucinotta[1], S. Luca, D. Maugeri, C. Leotta[1]

U.O.C. di Geriatria, Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania, Università di Catania; [1] Mov.i.s. Giarre

Introduzione. La vita e quindi la salute nasce nel movimento ed in esso si nutre e si perfeziona. L'attività fisica è riconosciuta essere uno dei presidi fondamentali per assicurare sempre, in tutele le fasi della vita uno stato di buona salute globalmente inteso. Con l'*aging* aumenta la propensione a cadere, condizione che sembra essere alla base delle cadute che spesso esitano nella frattura di femore, che oltre alla disabilità conduce a morte entro il primo anno circa il 30% dei pazienti.
Scopo. L'obiettivo che si propone il nostro studio è quello di provare gli effetti di un programma di attività fisica dedicato all'anziano.
Materiali e metodi. 43 soggetti con età media di 70,72 ± 7,5, 30 F e 13 M, in apparente benessere, sono stati sottoposti ad un programma di allenamento fisico con 2 sedute a settimana di 1 ora, per 8 settimane. All'inizio ed alla fine tutti hanno eseguito il test di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura per individuare i soggetti a rischio di caduta e l'SF36 per valutare il senso di benessere percepito.
Risultati. I risultati sono riportati nelle Tabelle sotto riportate.

Test di Tinetti

Equilibrio t 0	Equilibrio t 2 mesi	Andatura t 0	Andatura t 2 mesi
13,86 ± 1,414	14,25 ± 2,12	10,69 ± 0,70	11,04 ± 0,70

SF 36

Componente fisica t0	Componente fisica t2 mesi	Componente Mentale t2 mesi	Componente Mentale t2 mesi
42,93 ± 9,38	49,015 ± 7,88	48,1 ± 7,38	50,25 ± 8,18

Conclusioni. L'analisi dei dati ottenuti confermano ancora una volta come l'attività fisica, adattata e personalizzata ai singoli anziani, rappresenta un presidio fondamentale anche in questa fase della vita, a difesa salute: il miglioramento sia nel Tinetti che nell'SF36 confermano ancora una volta come il giusto movimento sia necessario sempre sia per il corpo che per la mente.

Il test della figura complessa di Rey nella discriminazione della demenza con corpi di Lewy

G. Miolo, C. Ruaro, E. Talassi, U. Wierer, A.M. Chiamenti, A. Codemo, S. Bertocco, N. Del Grosso Destreri, C. Gabelli

Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), Azienda Ospedaliera-Università di Padova

Scopo della ricerca. Tra i test neuropsicologici validati e utilizzati nella pratica clinica, alcuni sembrano mostrare una maggiore sensibilità nella diagnosi differenziale delle demenze. L'obiettivo del seguente studio è quello di indagare se il test della Figura Complessa di Rey può essere utile nella diagnosi differenziale tra la demenza di Alzheimer (AD) e la Demenza con corpi di Lewy (LBD).
Materiali e metodi. È stata analizzata la performance di 29 soggetti AD e 30 soggetti LBD nelle prove di copia e rievocazione delle Figura Complessa di Rey. Le patologie sono state distinte su valutazione clinica e dei risultati al *neuroimaging* (SPECT perfusionale – DAT scan). Per entrambe le diagnosi sono stati distinti livelli di gravità in funzione del punteggio al *Mini Mental State Examination* (MMSE): lieve (20-24) e moderato (15-19) (Tab. I).
Risultati. Nella prova di copia i soggetti con AD lieve ottengono prestazioni migliori (27,89 ± 4,5) rispetto ai LBD lieve (20 ± 9,5) (p 0,024). Nei soggetti con deterioramento moderato è elevato il numero di LBD [13 (87%)] per i quali la copia è "non eseguibile" o "non valutabile" [*vs.* 6 AD (43%)] e, quando eseguita, la loro performance risulta significativamente peggiore (LBD: 4,25 ± 1,7 *vs.* AD: 21,38 ± 6,3, p < 0,001). La rievocazione è francamente deficitaria in entrambi i gruppi con demenza lieve (AD: 3,86 ± 4,6, LBD: 4,92 ± 3,3, *ns*); nei gruppi di grado moderato è significativamente diverso il numero di pazienti che sono stati in grado di eseguire il compito: 7 AD *vs.* 1 LBD (p = 0,030), con una performance comunque deficitaria (AD: 2,21 ± 3,4, LBD: 0). La correlazione tra punteggi del MMSE e della copia della Figura è molto forte nel gruppo LBD (r di Pearson = 0,784**, p = 0,002) mentre, al contrario, non è presente nel gruppo AD (r di Pearson = 0,320, p = 0,147).
Conclusioni. In accordo con quanto descritto in letteratura, i nostri dati confermano che il Test della Figura Complessa di Rey risulta essere uno strumento utile nel differenziare pazienti con AD da pazienti LBD fin nelle fasi iniziali di malattia. Non solo la prestazione alla copia della figura è significativamente peggiore nei LBD lievi rispetto agli AD, ma con il progredire della malattia tale differenza si accentua a sfavore dei LBD, in accordo con la maggior compromissione delle abilità di elaborazione e pianificazione visuocostruttive di questi ultimi. Solo in presenza di LBD il punteggio al MMSE appare essere un buon predittore della performance alla copia oltre che della capacità, o meno, di eseguire e completare il compito.

Tab. I. Caratteristiche cliniche e demografiche dei pazienti.

Caratteristiche demografiche e cognitive	Grado Lieve			Grado Moderato		
	AD (n = 15)	LBD (n = 15)	p.	AD (n = 14)	LBD (n = 15)	p.
Età	76,33 ± 4,9	75,13 ± 6,9	ns	76,33 ± 4,9	75,73 ± 5,9	ns
Scolarità	8,53 ± 4,5	8,13 ± 3,6	ns	6,64 ± 3,5	6,13 ± 3,2	ns
MMSE	22,27 ± 1,0	22,07 ± 1,4	ns	17,21 ± 1,8	16,33 ± 1,5	ns
Rey: copia	(n = 14) 27,89 ± 4,5	(n = 11) 20 ± 9,5	0,024	(n = 8) 21,38 ± 6,3	(n = 2) 4,25 ± 1,7	< 0,001
	(n = 1) N.V.	(n = 4) N.V.	0,032	(n = 4) N.S.	(n = 9) N.S.	ns
				(n = 2) N.V.	(n = 4) N.V.	ns
Rey: rievocazione	(n = 14) 3,86 ± 4,6	(n = 12) 4,92 ± 3,3	ns	(n = 7) 2,21 ± 3,4	(n = 1) 0	/
	(n = 1) N.E.	(n = 3) N.E.	ns	(n = 3) N.E.	(n = 5) N.E.	ns
				(n = 4) N.S.	(n = 9) N.S.	ns

Medie ± SD; ns = non significativo; N.E. = Non eseguibile; N.S. = non somministrabile; N.V. = non valutabile.

Effetti di fulvestrant ed anastrozolo su profilo lipidico e funzione cognitiva in pazienti anziane con cancro della mammella avanzato o metastatico: risultati preliminari

C. Mocerino, V. Petrella, A. Silvestri, S. Serra, E. Comitale, L. Chianese, A. Gambardella

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo, II Università di Napoli

Introduzione. Le attuali Linee Guida indicano l'ormonoterapia in tutte le pazienti con tumore della mammella ormonoresponsivo. La terapia antiestrogenica si avvale oggi di farmaci quali i SERMs (*Selective Estrogen Receptor Modulators*) come il tamoxifene, i SERDs (*Selective Estrogen Receptor Downregulators*) come il fulvestrant, e gli inibitori delle aromatasi (IA) come l'anastrozolo, il letrozolo e l'examestane. È noto che gli estrogeni svolgano un ruolo sul metabolismo lipidico e su talune aree cerebrali coinvolte nei processi cognitivi. Alcuni studi hanno messo in evidenza un peggioramento del profilo lipidico e della funzione cognitiva in pazienti in trattamento con inibitori delle aromatasi. I dati disponibili restano, tuttavia, ancora carenti e tra loro discordanti. Nell'ambito di uno studio aperto e multicentrico, che ha lo scopo di valutare l'efficacia della terapia con fulvestrant o anastrozolo in pazienti con cancro della mammella avanzato o metastatico, saranno considerati anche i possibili effetti di tali farmaci sui parametri lipidici sierici. Il nostro gruppo valuterà tutte le pazienti con più di 70 anni di età per quanto concerne le variazioni sia dell'assetto lipidico sia della performance cognitiva.

Pazienti e metodi. Da gennaio 2008 sono state arruolate 10 pazienti con più di 70 anni. Cinque pazienti sono in trattamento con fulvestrant (250 mg/mese, per via intramuscolare) e cinque con anastrozolo (1 mg/die, per os). Criteri di inclusione sono stati: a) Performance Status 0-2; b) *Mini Mental Status Examination* (MMSE) corretto per età e scolarità > 24; c) assenza di turbe delle affettività valutata mediante la *Center Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D < 16); d) anamnesi negativa per malattie neuropsichiatriche pregresse o in atto, abuso di farmaci e/o alcol; e) anamnesi negativa per iperlipidemia primitiva, ipotiroidismo e/o diabete mellito. Le pazienti sono state sottoposte in basale e ogni tre mesi a valutazione dei parametri lipidici sierici (colesterolo totale, HDL-colesterolo, LDL-colesterolo, lipoproteina A, trigliceridi), mediante prelievi di sangue venoso, ed a valutazione neuropsicologica, adoperando i seguenti test della *Mental Deterioration Battery* (MDB): *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT), *Word Fluency* (WF), *Phrase Construction* (PC), *Raven's 47 Progressive Coloured Matrices* (RPM), *Immediate Visual Memory* (IVM), *Freehand Copying of Drawing* (CD), *Copying of Drawing whit Landmarks* (CDL). Il deterioramento cognitivo è dato dalla riduzione dei punteggi in tre o più test.

Risultati. Alla valutazione basale non si sono riscontate differenze significative nei parametri lipidici e nei punteggi riportati ai singoli test neuropsicologici tra i due gruppi in esame. In 6 pazienti è stato osservato alla seconda valutazione, dopo 6 mesi di trattamento, un incremento, espresso come variazione percentuale rispetto al basale, dei livelli di colesterolo totale [Mean (13,58); 95% CI (11,52-15,64)], di LDL-colesterolo [Mean (25,40); 95% CI (21,52-29,28)] e di trigliceridi [Mean (1,65); 95% CI (1,34-1,96)], tuttavia tali differenze non sono risultate essere statisticamente significative. Risultati analoghi sono stati osservati in 4 pazienti alla prima valutazione, dopo 3 mesi di trattamento, per il colesterolo totale [Mean (5,70); 95% CI (5,24-6,16)], l'LDL-colesterolo [Mean (3,80); 95% CI (3,53-4,07)] ed i trigliceridi [(Mean (1,49); 95% CI (1,25-1,73)]. Alla seconda valutazione neuropsicologica in 3 pazienti si osservava compromissione in 3 test cognitivi (IR, IVM, RPM).

Conclusioni. I risultati preliminari di tale studio evidenziano che il fulvestrant e l'anastrozolo non alterano in maniera statisticamente significativa il profilo metabolico lipidico né la funzione cognitiva nei primi 6 mesi di trattamento. Non si sono evidenziate differenze significative tra le due molecole messe a confronto, anche se l'anastrozolo ha mostrato un trend peggiore.

Una RSA per anziani in un distretto sanitario: dalla progettazione al budget

G. Monaco, C. Costagliola, A. Bove, F. Minieri, G. Volpe[1]

ASL NA1, Distretto 52; [1] ASL NA1, Dipartimento Medicina Territoriale

Scopo. Nell'attuale organizzazione sociale, l'anziano a causa dell'età avanzata e degli eventi morbosi perde la sua autonomia ed autosufficienza, subisce uno stato di emarginazione con inevitabili conseguenze negative sul suo equilibrio psicofisico. Tale situazione si accentua maggiormente quando l'anziano si ricovera in una struttura residenziale, lasciando la sua casa, l'ambiente in cui era vissuto e aveva le sue relazioni sociali.

Il ricovero, infatti, spesso determina una involuzione della personalità, i cui tratti più drammatici sono rappresentati da passività, indifferenza, rassegnazione, malinconia, chiusura in se stesso, repentino degrado psicofisico.

Per tale motivo si è cercato di creare una struttura la cui articolazione non si differenziasse molto da una normale abitazione, finalizzata a favorire il recupero e/o il mantenimento dell'autonomia psicofisica dell'anziano, a garantire il rispetto dei requisiti di privacy, sicurezza e funzionalità propri di una struttura comunitaria, a rispondere a principi di efficienza ed efficacia cardini dell'economia sanitaria.

Materiali e metodi. La RSA Anziani del progetto è una struttura a totale gestione pubblica, ubicata a Napoli nel quartiere Ponticelli, (ASL NA 1-Distretto 52), che ospita 20 pazienti ultrasessantacinquenni.

È stato previsto un modulo abitativo composto da dieci camere, ognuna dotata di due posti letto, una zona di servizi collettivi (sala polifunzionale, sala pranzo, ambulatorio e palestra), ambienti comuni (ingresso, ricezione, sala d'attesa) e servizi generali (cucina, lavanderia, amministrazione, direzione).La struttura e tutte le componenti d' arredo sono state concepite ed organizzate per favorire una personalizzazione di carattere domestico riducendo al minimo l'anonimato, in modo da ricreare un ambiente familiare in grado di garantire agli ospiti non solo le comodità ma anche la privacy, inoltre sono state rispettate le recenti normative sulla sicurezza (D.L. 626/94) e sulle barriere architettoniche.

Gli spazi, gli arredi e le attrezzature sono stati dimensionati in modo che, con l'idoneo sostegno degli operatori impegnati, permettano la costante elevazione del grado di autonomia di ogni singolo ospite, permettendo lo svolgimento delle attività quotidiane quali: uso di cucina attrezzata, del telefono, del televisore, gestione degli armadi e delle scarpiere personali, possibilità di lavarsi e vestirsi da soli, incontrarsi, giocare, leggere, aggregarsi ecc.

Questo modello organizzativo si propone di abbandonare la logica del "contenitore" e di creare una struttura dinamica finalizzata al recupero funzionale ed al reinserimento sociale.

Risultati. La RSA oggetto di questo studio, pur essendo incardinata nella Unità Operativa Assistenza Anziani del Distretto 52, è dotata di specifica autonomia gestionale per cui può essere considerata un vero e proprio Centro di Costo. Essendo di recente istituzione si è pensato di calcolare sia i costi della sua attivazione (acquisto di arredi ed attrezzature, mentre la struttura è stata assegnata in comodato d'uso) che quelli della sua gestione.

Dall'analisi dei costi di gestione si evince che circa il 75% è costituito da costi fissi (compresi i costi di ammortamento di arredi e attrezzature) e solo il 25% da costi variabili, per cui è solo su questi ultimi che si può controllare la gestione.

Conclusione. L'analisi effettuata sulla popolazione ospite della Residenza, pur in presenza di una età media molto avanzata, evidenzia nel periodo di osservazione (01/01/2006-31/12/2006), un miglioramento dello stato funzionale statisticamente significativo ($p < 0,05$) con un conseguente miglioramento della qualità della vita.

Si può pertanto concludere che il modello operativo applicato alla RSA Anziani del Distretto 52 permette una razionalizzazione degli interventi, una ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse con un conseguente contenimento dei costi di gestione, pur garantendo adeguati livelli di assistenza.

Bibliografia

Ministero della Sanità. *Linee Guida per la realizzazione del Progetto Obiettivo: Tutela della salute degli anziani*. Roma 05-08-1992; - BURC n. 48 del 30/10/1989: "Legge Regionale n 21 del 18 ottobre 1989;

Legge n. 328 dell'8. 11. 2000. *Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

DPCM 14-02-2001. *Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria*.

L.R. 8 del 22 aprile 2003. *Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche e Private: RR.SS.AA*.

BURC n.ro speciale del 2-12-2004. *Approvazione delle Linee di indirizzo sull'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Anziani, Disabili e Cittadini affetti da Demenza*.

Studio di correlazione SPECT-funzioni cognitive in pazienti affetti da demenza di Alzheimer in fase lieve e Mild Cognitive Impairment

I. Montecucco, M. Ricci[1], V. Todino[2], M. Magarelli[1], E. Calandriello[1], C. Blundo[3], R.G. Tramutoli[1], P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [1] Dipartimento di Neurologia, Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale; [2] Dipartimento di Medicina Nucleare, Ospedale "Regina Apostolorum", Albano Laziale; [3] Dipartimento di Neurologia, Ospedale "S. Camillo", Roma

Scopo. Il nostro studio si propone di investigare la relazione tra la perfusione cerebrale e i domini cognitivi precocemente interessati nella demenza di Alzheimer e nell'aMCI. Abbiamo, inoltre, analizzato le differenze di perfusione in questi due gruppi.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 50 pazienti consecutivi (34 con probabile demenza di Alzheimer e 16 con aMCI) in fase iniziale di malattia e 10 soggetti di controllo con età e scolarità paragonabile. il livello di sostanza grigia è stato fissato a 0,8. I punteggi SPM{T} sono stati trasformati in punteggi SPM{Z} e fissato un livello di significatività a $p = 0,01$. A tutti i pazienti è stata somministrata una ampia batteria neuropsicologica.

Risultati. I nostri risultati mostrano un coinvolgimento del giro del cingolo (BA: 31), dei lobi parietali bilateralmente (BA: 40; BA: 7) e del lobo temporale sinistro (BA: 37; BA: 21; BA: 20) nei pazienti AD. Il test copia di disegni correla significativamente con il lobulo parietale inferiore destro (t: 3,18; $p = 0,009$), il giro temporale mediale di sinistra (t: 2,58, $p = 0,02$) ed il giro cingolato di sinistra (t: -2,33, $p = 0,04$). Il test di Raven correla con il lobulo parietale inferiore di destra (t: 2,06, $p = 0,05$) ed il giro del cingolo di sinistra (t: -2,16, $p = 0,04$). L'indice di discriminabilità di RAVLT correla con il lobo limbico di sinistra (t: 2,04, $p = 0,05$). Nel gruppo aMCI si osserva un coinvolgimento del giro frontale superiore di sinistra (BA: 10, BA: 11), del giro frontale medio di sinistra (BA: 8, BA: 9, BA: 46) e del lobulo parietale inferiore di destra (BA: 40). In questo gruppo l'indice LTPR del RAVLT correla con il giro frontale superiore di sinistra. Non sono state trovate altre correlazioni significative.

Conclusione. Questi risultati sembrano confermare il ruolo dei lobi parietali e delle aree corticali adiacenti nelle abilità prassico-costruttive, precocemente compromesse nei pazienti AD. I due gruppi presentano due *pattern* differenti di ipoperfusione che correlano con le prestazioni ottenute al test di RAVLT. In conclusione, la SPECT e la valutazione neuropsicologica rappresentano strumenti di valutazione sensibili al deficit funzionale nelle fase precoci della malattia di Alzheimer e nell'aMCI.

Open day osteoporosi in una popolazione femminile milanese over 60: esperienza presso l'Istituto Geriatrico "Pio Albergo Trivulzio" di Milano

M. Monti, M. Gandelli, I. Santi

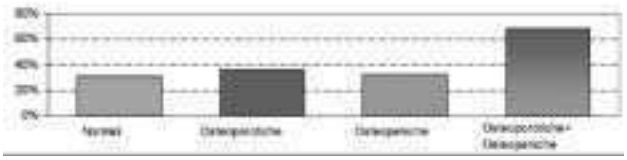
Azienda di Servizi alla Persona IMMeS e "Pio Albergo Trivulzio", Milano

Nel 2007, nell'ambito del programma di prevenzione geriatrica, attuato ogni anno dall'équipe dell'Ambulatorio Integrato per l'Osteoporosi e le Malattie Metaboliche dell'Osso, dell'ASP IMMeS e "Pio Albergo Trivulzio" di Milano, è stata organizzata una giornata di *screening* rivolta a donne ultrasessantenni residenti a Milano. Il progetto aveva come obiettivo quello di offrire ad un campione della popolazione geriatrica milanese una possibilità di diagnosi precoce, identificando i soggetti a rischio per Osteoporosi (OP) e fratture da fragilità. Le èquipe erano costituite da medici specialisti in geriatria ed infermieri professionali (IP) opportunamente addestrati: gli IP sottoponevano ogni soggetto a ultrasuonometria quantitativa al calcagno (QUS, Achilles Insight Lunar), quindi i medici provvedevano alla valutazione clinica e alla compilazione di una scheda computerizzata stilata secondo le Linee Guida nazionali ed internazionali. Tale scheda raccoglie oltre ai dati demografici e ai fattori di rischio per Osteoporosi, anche dati relativi alla comorbilità, la terapia farmacologica pregressa e in atto, lo stile di vita e l'introito giornaliero di calcio. Ogni valutazione si concludeva con la consegna di materiale informativo (depliant dal titolo "Il benessere dell'anziano: come prevenire l'osteoporosi e mantenersi autonomi e vincenti", redatto dagli specialisti dell'Ente) ed una relazione contenente il referto della QUS, le conclusioni relative al rischio di OP e la necessità di eventuali ulteriori accertamenti.

Sono state valutate 125 donne, di età media 68,9 anni, scolarità superiore ai 12 anni nel 64% dei casi, BMI medio 24.

Dai dati di comorbilità emergeva che il 36% del campione era affetto da ipertensione arteriosa, il 12,8% da gastropatia, l'8% da artrite reumatoide o connettiviti, lo 0,7% da ipertiroidismo, il 4,8% da depressione, il 4% da BPCO, l'1,6% da diabete mellito ed 1 solo caso da epilessia in trattamento. Per ciò che concerne i fattori di rischio per OP emergeva familiarità nel 17,6%, menopausa precoce nel 16,8%, fumo nel 15,2%, abuso di alcool nel 3% e il 3,2% assumeva corticosteroidi. L'*intake* di calcio medio era di 691 mg/die e il 97% dei soggetti risultava sedentario.

Fig. 1. Dati QUS: prevalenza di demineralizzazione ossea.



Tab. I. Soggetti con fratture (Fx) anamnestiche.

Fx pregresse totali	Fx polso	Fx vertebre	Fx femore	Fx altre sedi
47,2%	8,8%	6,4%	1,6%	30,4%

Il 51,2% del campione totale non aveva mai assunto terapie farmacologiche specifiche per OP. Dei soggetti risultati osteopenici alla QUS (33%) solo il 20,4% presentava una terapia pregressa o in atto con bisfosfonati e il 3,7% con Vit D. Dei soggetti osteoporotici alla QUS (36%) solo il 37,8% presentava una terapia pregressa o in atto con bisfosfonati e il 4,4% con Vit D. Il 18,5% assumeva supplementi di calcio. Ben i 2/3 della popolazione indagata veniva indirizzata a centri specialistici.

In conclusione, dopo un'esperienza pluriennale di *screening* mirati al problema osteoporosi, possiamo affermare che la patologia risulta tuttora sottostimata e sottotrattata e sarebbero auspicabili programmi di informazione e sensibilizzazione, sia della popolazione che della classe medica, con particolare riferimento ai fattori di rischio per Osteoporosi e fratture correlate. Inoltre sarebbe utile una revisione dei Decreti Legislativi relativi alle prescrizioni delle terapie farmacologiche nei soggetti a rischio fratturativo.

Chi ricoverare in Geriatria? Riconoscere l'anziano fragile già in Pronto Soccorso con l'Identification of Seniors At Risk (ISAR)

V. Morichi[1 2], F. Salvi[1], A. Grilli[1], R. Giorgi[3], L. Lancioni[1], L. Spazzafumo[4], S. Polonara[2], G. De Tommaso[3], P. Dessì-Fulgheri[1]

[1] Clinica Medicina Interna, Università Politecnica delle Marche, Ancona; [2] Dipartimento Emergenza Accettazione, Azienda Ospedali Riuniti, Ancona; [3] U.O. Accettazione Medica, INRCA, Ancona; [4] Centro di Statistica e Biometria, Dipartimento Ricerche Gerontologiche, INRCA, Ancona

Scopo. Il numero di anziani visitati in Pronto Soccorso (PS) è in continuo aumento, anche se ne fanno un uso generalmente appropriato [1]. Infatti, sono pazienti complessi, ad elevato livello di urgenza e richiedono più tempo e risorse rispetto ai soggetti più giovani. Ne consegue che sono anche più frequentemente ricoverati, ma è difficile, dati i tempi ristretti del PS, riconoscere l'anziano fragile, che si gioverebbe di una gestione in Unità Geriatrica per Acuti (UGA). D'altra parte, per gli stessi motivi, non è possibile condurre una valutazione multidimensionale (VMD) completa, per cui sarebbe utile disporre di un test di *screening* per identificare in pochi minuti la fragilità. L'ISAR è stato validato nei PS italiani [2] e scopo dello studio è stato verificare se sia in grado di riconoscere gli anziani fragili, suscettibili di ricovero in UGA.

Materiali e metodi. È stata effettuata un'analisi secondaria di uno studio osservazionale prospettico condotto su una coorte di 200 pazienti anziani visitati nei 2 PS di Ancona [2]. Dati considerati: età, sesso, stato civile e abitativo, esito (ricovero/dimissione). VMD: Charlson Index, SPMSQ e ADL sec. Katz; l'ISAR è stato somministrato al paziente o, se cognitivamente compromesso, al familiare. Follow-up telefonico a 30 e 180 giorni: mortalità, numero di ritorni in PS e di ricoveri, stato funzionale. La fragilità è stata definita con due modalità: analisi dei *clusters* (utilizzando i dati provenienti dalla VMD); criteri di Rockwood [3]. La consistenza di queste due definizioni nel campione in studio è stata verificata valutando il rischio di mortalità, ricovero e declino funzionale nei soggetti definiti fragili rispetto ai "robusti". Mediante la curva di ROC è stata stabilita la capacità dell'ISAR di riconoscere la fragilità, definendone sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo, sia nella popolazione intera che nel sottogruppo dei pazienti ricoverati.

Risultati. Le caratteristiche dei pazienti reclutati sono state descritte [2 4]; i pazienti ricoverati al momento del reclutamento in PS erano 116 (58%). Le definizioni di fragilità utilizzate erano consistenti, ovvero in grado di identificare soggetti più anziani, compromessi, con aumentato rischio di mortalità e declino funzionale a 6 mesi, sia nella popolazione intera che nel sottogruppo dei ricoverati. Le curve di ROC hanno mostrato che l'ISAR aveva un'AUC di 0,84 (IC 95% 0,78-0,89, $p < 0,0001$) per la definizione di fragilità con l'analisi dei *clusters* e di 0,94 (IC 95% 0,91-0,97, $p < 0,0001$) per quella secondo i criteri di Rockwood. I risultati delle curve di ROC nel sottogruppo dei pazienti ricoverati erano sostanzialmente identici. Utilizzato con un *cut-off* ≥ 3, l'ISAR aveva una sensibilità del 92-94% ed una specificità del 64-80% nel riconoscere i pazienti anziani fragili tra quelli ricoverati dopo una visita in PS.

Conclusioni. L'ISAR è in grado di identificare soggetti anziani a rischio di *outcomes* avversi entro 6 mesi da una visita in PS e, usato con un *cut-off* ≥ 3, di selezionare, in pochi minuti gli anziani fragili (maggiore comorbilità, disabilità e deterioramento cognitivo), i quali dovrebbero essere ricoverati in UGA o presi in carico da un team multidisciplinare operante nell'ospedale al fine di ridurre l'incidenza di *outcomes* avversi.

Bibliografia

1 Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessì-Fulgheri P. *The elderly in the Emergency Department: a critical review of problems and solutions*. Intern Emerg Med 2007;2:292-301.

2 Salvi F, Morichi V, Grilli A, Spazzafumo L, Giorgi R, Polonara S, et al. *Predictive validity of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) in elderly patients presenting to two Italian Emergency Departments*. Aging Clin Exp Res 2008 (in press).

3 Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. *A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people*. Lancet 1999;353:205-6.

4 Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, Spazzafumo L, Polonara S, et al. *A Geriatric Emergency Service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison to a conventional Emergency Department in Italy*. J Am Geriatr Soc 2008 (in press).

Il paziente con esiti di caduta non spiegata. Un soggetto difficile da studiare. Dati preliminari dello Studio CASPITA 2

A. Morrione, M. Rafanelli, F. Caldi, A. Maraviglia, A. Landi, C. Mussi[1], G. Galizia[2], P. Abete[2], L. Ghirelli[3], G. Tava[4], G. Noro[4], P. Putzu[5], D. Riccio[5], S. Branca[6], G. Spallina[6], P. Cavagnano[7], F. Rengo[2], G. Salvioli[1], N. Marchionni, A. Ungar

Unità di Gerontologia e Medicina Geriatrica, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria "Careggi", Firenze; [1] Istituto di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena; [2] Dipartimento di Geriatria, Azienda Policlinico "Federico II", Napoli; [3] Divisione di Geriatria, Ospedale "S. Maria Nuova", Reggio Emilia; [4] Unità di Geriatria, Ospedale "Santa Chiara", Trento; [5] Divisione di Geriatria, Ospedale "SS. Trinità" di Cagliari; [6] U.O. Geriatria e Lungodegenza post-acuzie, Ospedale di Acireale, Catania; [7] Dipartimento di Geriatria ASL 4, Chiavari, Italia

Scopo dello studio. Validare ed applicare un protocollo nazionale comune, al fine di studiare l'eziologia delle cadute non spiegate; valutare l'impatto di tale protocollo sulla diagnosi e sul trattamento del paziente ricoverato in riabilitazione ortopedica dopo gli esiti di una caduta; valutare l'impatto delle cadute e dell'intervento in termini di mortalità, morbilità e disabilità.

Materiali e metodi. Studio caso-controllo in cui sono stati arruolati, da otto centri partecipanti, 303 pazienti ultrasessantacinquenni, dimessi consecutivamente da centri di riabilitazione ortopedica per i postumi di una caduta, suddivisi in un gruppo di 81 casi ed uno di 222 controlli. La rilevazione è stata eseguita in un primo momento tra il 1 giugno ed il 15 luglio 2006 ed in un secondo momento tra il 1 novembre ed il 15 dicembre 2006. Date le difficoltà di natura logistica e culturale incontrate nello svolgimento dello studio, di 303 pazienti inizialmente arruolati, solo 125 sono stati selezionati, valutati e seguiti nel tempo. Essendo riusciti a raccogliere dati completi in 65 casi, sono stati arruolati 60 controlli di età e caratteristiche cliniche sovrapponibili. Tutti sono stati sottoposti ad anamnesi clinica generale, anamnesi specifica della caduta, anamnesi farmacologica, esame obiettivo, valutazione di equilibrio ed andatura secondo la "Tinetti Scale" (dove possibile), esami ematochimici di routine, valutazione multidimensionale tramite la somministrazione di test quali, *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Activity of Daily Living* (ADL), *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL). Per valutare la comorbilità è stata utilizzata la scala *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS).

Per i centri di intervento, un medico esperto nel campo di sincope e cadute si è recato nel reparto di riabilitazione ortopedica prescelto ed ha seguito tutto il percorso diagnostico e terapeutico, mentre nei centri di controllo si è limitato a riportare in cartella il tipo di caduta e l'iter seguito dal reparto, senza eseguire alcun intervento. È stato quindi eseguito un follow-up telefonico a 6 e 12 mesi, per la rilevazione di *outcome*, quali: mortalità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, nuovi episodi di caduta, sincope, perdita di ADL e IADL.

Risultati. Sono stati arruolati 125 pazienti con età media 82 ± 7 (42 – 33,6% – < 80 anni e 83 – 66,4% – > 80 anni); 20 (16%) soggetti di sesso maschile e 105 (84%) di sesso femminile. Per quanto riguarda le caratteristiche generali della popolazione in esame è emersa una maggiore comorbilità (CIRS 8,5 ± 6,3) ed una peggiore performance fisica in termini di andatura ed equilibrio (Tinetti 13,3 ± 7,4) nel gruppo di intervento. Le cadute si sono verificate maggiormente durante la deambulazione (44,8%) in entrambi i gruppi; nel gruppo di controllo è emerso un 21,5% di cadute nel passaggio dal clino- all'ortostatismo. Le cause di caduta sono risultate sovrapponibili nei due gruppi in esame, con una prevalenza di cadute di natura indeterminata del 44%.

Nel gruppo di intervento sono emersi 27 casi di caduta di natura indeterminata (45%), in 13 di questi casi (48,1%) è stato possibile chiarire l'eziologia della caduta, per la precisione: 2 cardiache aritmiche, 4 neuroriflesse, 4 disautonomiche, 1 neurologica, 2 multifattoriali.

Dal follow-up a 12 mesi eseguito su 125 pazienti, è emerso: mortalità nell'8%, sincope nel 14,4%, cadute nel 36%, ospedalizzazione nel 28,8%, istituzionalizzazione nel 14,4%. I soggetti appartenenti al gruppo di controllo

hanno un maggior tasso di recidiva di caduta, rispetto al gruppo di intervento, 49,3% *vs.* 21,6% rispettivamente (p 0,001). All'analisi multivariata di Cox, aggiustando per età e valutazione multidimensionale (CIRS, BADL, IADL, MMSE, GDS), i pazienti nel gruppo di controllo hanno un rischio di recidiva di caduta 3 volte maggiore rispetto ai casi (controllo *vs.* caso: HR 3,1 p 0,0008). Dall'analisi di sopravvivenza di Kaplan Meier si è rilevata una sopravvivenza lievemente inferiore nel gruppo di intervento 10% *vs.* 6,1% del gruppo di controllo (p = ns); la mortalità al follow-up è maggiore in soggetti che cadono perché affetti da demenza, rispetto alle cadute da causa medica, accidentali ed indeterminate (p 0,04). All'analisi multivariata di Cox, aggiustando per età e valutazione multidimensionale (CIRS, BADL, IADL, MMSE, GDS), l'unico fattore predittivo è la comorbilità (CIRS: HR 2,7 p 0,003). Non si sono osservate differenze nell'ospedalizzazione e nell'istituzionalizzazione.

Conclusioni. I risultati preliminari dello studio CASPITA 2 suggeriscono l'importanza di una valutazione accurata del paziente ricoverato per esiti di caduta. Peraltro le difficoltà logistiche e culturali incontrate durante lo studio sottolineano la necessità di implementare programmi di valutazione ed intervento nel paziente con esiti di caduta, troppo spesso considerato solo un paziente da operare e non una persona da curare.

Salute emotiva dell'anziano istituzionalizzato con difficoltà cognitive

T. Mosso, C. Cristini[1], G. Cesa-Bianchi[2]

Fondazione RSA "Honegger", Albino (BG); [1] Sezione di Psicologia, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Università di Brescia; [2] Istituto di Psicologia, Università di Milano

Introduzione. L'incremento progressivo della popolazione anziana comporta rischi alla salute e all'autonomia di un numero di persone sempre più elevato. Aumentano gli individui di età avanzata che presentano disfunzioni neuropsicologiche, cognitive e richiedono ricoveri temporanei o definitivi. In molte realtà, le reazioni emotive, le opinioni dell'anziano non incontrano un adeguato ascolto, un'attenzione approfondita, specialmente se il vecchio evidenzia un declino cognitivo. La demenza, il decadimento delle funzioni psichiche sono spesso percepite attraverso la lente distorta del pregiudizio. Quale spazio di accoglienza, comprensione ed espressione viene riservato alle percezioni, alle esperienze, al modo di essere, alla storia personale del vecchio ricoverato, privo di autonomia e con difficoltà cognitive? Ogni giorno l'anziano non autosufficiente viene aiutato ad alzarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi, spostarsi, coricarsi, spesso in modo abitudinario, meccanico. Quante parole gli sono rivolte o ascoltate, poiché frequentemente si ritiene che non possa comprendere, imparare, ricordare? Come vive, interpreta gli atteggiamenti, le modalità comunicative, relazionali di chi lo assiste? Il vecchio istituzionalizzato, con problemi cognitivi ha le sue esigenze, i suoi stati d'animo, i suoi pudori, un suo mondo interiore che esprime in un modo che richiede un ascolto rispettoso e una comunicazione attenta e sensibile [1 2].

Metodologia. La ricerca si è proposta di valutare gli atteggiamenti, le emozioni, i sentimenti dell'anziano istituzionalizzato con difficoltà cognitive, i suoi pensieri e vissuti riguardo ai propri spazi privati, interni ed esterni, oltre a vari aspetti della qualità della vita in età senile. Il campione è composto da anziani con un lieve deficit cognitivo ed è stato suddiviso per sesso. *Ipotesi*: 1) il livello cognitivo differenzia la percezione della relazione assistenziale; 2) donne e uomini presentano differenze nell'adattamento alla casa di riposo; i secondi appaiono meno disadattati. 3) il tempo del ricovero modifica le aspettative nei confronti dell'assistenza.

Strumenti: a) *Mini Mental State Examination*; b) *Self Depression Scale* di Zung W.W.K. (SDS); c) questionario applicato mediante intervista semistrutturata, comprendente più aree di indagine. Sono stati esaminati 30 ultrasessantacinquenni (16 F, 14 M) con un punteggio al MMSE compreso fra 18 e 24, di età media pari a 77,3 anni, ospiti della Fondazione RSA Honegger di Albino o della Fondazione RSA Casa Riposo di Nembro. Sono stati valutati i livelli di significatività, mediante l'applicazione del calcolo del chi quadrato (g.l. 1).

Risultati. Il campione presenta un basso livello di istruzione (l'86,67% ha conseguito solo la licenza elementare) e un'alta percentuale di vedovi (73,33%) senza differenza fra i due sessi. Il 76,67% si dichiara soddisfatto della qualità del proprio sonno, il 70,00% dello stato di salute (gli uomini esprimono più delle donne timori riguardo alla perdita della salute), il 63,33% dell'autosufficienza; il 76,67% assume psicofarmaci. Sono soprattutto le donne ad essere preoccupate, $X = 4.8214$ $p < 0,05$. La malattia viene percepita come evento naturale (66,67%), sfortuna (30,00%), limitazione (30,00%), fatalità (16,67%, esclusivamente dagli uomini, $X = 6,8571$ $p < 0,01$). L'attuale condizione di vita viene percepita soprattutto in termini positivi: accettazione (53,33%, serenità (23,33%); tristezza e rabbia sono entrambe espresse solamente dal 13,33% del campione; sembra che il ricovero abbia per l'anziano con problemi cognitivi una prevalente funzione rassicurante. Il tempo libero viene trascorso in modo soddisfacente (76,67%) soprattutto seguendo trasmissioni televisive (66,67%) e ascoltando musica (50,00%). Gli intervistati si dicono soddisfatti della propria vita (73,33%), delle relazioni affettive (53,33%), delle interazioni con gli altri ospiti (66,67%), della sistemazione abitativa (80,00%, in particolare gli uomini, $X = 8,5714$ $p < 0,005$), dell'assistenza (90,00%), della situazione economica (83,33%). Il futuro suscita sentimenti di preoccupazione (40,00%), serenità (33,33%, specie negli uomini), tristezza (26,67%), paura (20,00%, soprattutto nelle donne, $X = 6,5625$ $p < 0,025$). Gli anziani interpellati auspicano un trapasso sereno (46,67%), una buona salute (40,00%); affermano di esprimere i loro desideri (63,33%) e le loro emozioni (60,00%), specialmente gli uomini; altri dicono di non essere abituati a comunicare i loro sentimenti. L'interesse sessuale viene in prevalenza dichiarato dagli uomini. Durante l'igiene personale sentono ampiamente rispettata la privacy e l'intimità, tuttavia alcuni, specie le donne, esprimono fastidio, imbarazzo, vergogna, umiliazione, soprattutto chi è da meno tempo ricoverato. Il 36,67% del campione esterna la propria rabbia (specialmente gli uomini); le donne tendono più a chiudersi, temono di essere incomprese ($X = 6,5625$, $p < 0,025$), ignorate ($X = 6,5625$, $p < 0,025$) e abbandonate ($X = 3,8465$, $p < 0,05$); il 56,67% teme di essere aggredito; il 60,00% avverte una considerazione positiva da parte degli altri, il 30,00% ritiene di suscitare rispetto, il 23,33% affetto. Gli intervistati desidererebbero essere più giovani (53,33%), sani (46,67%), forti (20,00%), efficienti (20,00%); gli uomini vorrebbero avere più pazienza ($X = 5,2747$, $p < 0,025$). La SDS ha rilevato maggiori livelli di depressione nelle donne.

Conclusioni. Le interviste realizzate, pur considerando i limiti connessi al modesto declino cognitivo degli anziani istituzionalizzati esaminati, rilevano numerose riposte, in termini qualitativi, sovrapponibili a quelle registrate in altre ricerche [3]. Il vecchio che presenta difficoltà cognitive tende ad esprimere con maggior evidenza il significato degli affetti, delle emozioni, il loro valore comunicativo e relazionale. Gli uomini, in istituzione, appaiono generalmente più rassicurati, le donne sembrano cogliere con più sensibilità i rischi connessi alla salute e alla dipendenza.

Bibliografia

1 Cesa-Bianchi M. *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*. Roma: Laterza 1998.

2 Cesa-Bianchi M, Albanese O. *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*. Milano: Unicopli 2004.

3 Cristini C, Cesa-Bianchi G, Mosso T, Aveni Casucci MA. *Emozioni e sentimenti dell'anziano ricoverato*. Giornale di Gerontologia 2007;55:493-4.

Indicatori di prognosi a medio termine nell'ictus ischemico in fase acuta

A. Muscari, G.M. Puddu, R. Giuzio, N. Santoro, C. Giannoni, M. Zoli

Stroke Unit del Dipartimento di Medicina Interna, Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Università e Azienda Ospedaliera di Bologna, Bologna

Scopo. È noto che numerosi fattori (soprattutto clinici, bioumorali e neuroradiologici) sono associati alla prognosi dell'ictus, ma raramente tali fattori sono stati studiati simultaneamente allo scopo di identificare quelli maggiormente significativi. In questo studio abbiamo testato le associazio-

ni di numerose variabili prognostiche, rilevate nella fase acuta dell'ictus ischemico, con il grado della disabilità residua dopo 6 mesi. Le relazioni univariate significative sono state quindi valutate in analisi multivariata, e sono state così identificate le associazioni indipendenti.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 117 pazienti consecutivi con ictus ischemico di età media 72,2 ± 10,5 (DS) anni. Il grado di compromissione neurologica all'ingresso è stato quantificato mediante la *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). Gli ictus sono stati classificati in relazione alla sede e alla estensione della lesione secondo i criteri *Oxfordshire Community Stroke Project* (OCSP); inoltre, in base al meccanismo patogenetico sono stati classificati secondo i criteri TOAST (grande arteria, cardioembolismo, piccola arteria, altro meccanismo, causa indefinita). Tutti i pazienti hanno eseguito almeno 2 TC encefalo nella prima settimana di degenza, e nella seconda TC è stato misurato il massimo diametro in cm dell'area ischemica. Le indagini biochimiche di routine sono state effettuate nella quasi totalità dei casi. Come indicatore di prognosi è stata utilizzata la scala Rankin di disabilità rilevata telefonicamente 6 mesi dopo la dimissione: sono stati considerati disabili e non autonomi i soggetti con punteggio maggiore di 2.

Risultati. I 54 soggetti che a 6 mesi avevano un punteggio Rankin > 2 differivano dai 63 restanti pazienti in quanto più vecchi (77,5 *vs.* 70,7 anni; p = 0,0006), con maggiore prevalenza di sindromi totali anteriori (TACS) (20,4 *vs.* 3,2%; p = 0,003) e di forme cardioemboliche (22,2 *vs.* 9,5%; p = 0,058), e minore prevalenza di forme lacunari (18,5 *vs.* 49,2%; p = 0,0005). Inoltre, gli stessi soggetti non autonomi a 6 mesi avevano livelli basali più elevati di proteina C reattiva (1,06 *vs.* 0,41 mg/dl; p = 0,03), un maggiore diametro mediano della lesione ischemica cerebrale (2,0 *vs.* 1,0 cm; p = 0,008) e un punteggio NIHSS maggiore (8 *vs.* 5; p < 0,0001). Tutti questi parametri sono stati inclusi come variabili indipendenti in un modello di regressione logistica multipla, in cui la variabile dipendente era il punteggio Rankin > 2. Al termine di una procedura di eliminazione a ritroso, solo due variabili sono rimaste associate indipendentemente alla prognosi: NIHSS (R2 = 0,118; p = 0,0001) e età (R2 = 0,075; p = 0,002). L'R2 complessivo era 0,226 con p < 0,0001.

Conclusione. Dei numerosi parametri, rilevabili in fase acuta, che si associano alla prognosi a medio termine dell'ictus ischemico, quello più significativo è rappresentato dalla valutazione clinica neurologica standardizzata (NIHSS). La combinazione di due parametri facilmente rilevabili, come l'NIHSS e l'età, ha notevoli implicazioni prognostiche che, di fatto, rendono inutile ogni altro tipo di valutazione.

Studio retrospettivo sull'evoluzione dei disturbi cognitivi, comportamentali e funzionali in un campione di pazienti affetti da iniziale demenza di Alzheimer

M. Najjar, S. Catanzaro, G. Orrù, S. Sampietro, A. Girardi, V. Giantin, G. Sergi, G. Enzi, E. Manzato, E.M. Inelmen, E. Perissinotto[1], E. Ruggiero, A. Coin

Clinica Geriatrica, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova; [1] Dipartimento di Medicina Ambientale e Salute Pubblica, Università di Padova

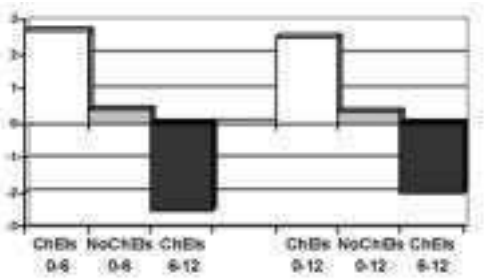
Scopo. Il lavoro si è proposto di analizzare l'evoluzione della sintomatologia cognitiva, comportamentale e dell'autonomia funzionale in un campione di pazienti affetti da iniziale deterioramento cognitivo, a cui veniva posta diagnosi di Probabile Malattia di Alzheimer (AD). Si è voluto inoltre valutare l'effetto della terapia acetilcolinesterasica (ChEIs) dopo un anno di osservazione.

Materiali e metodi. In uno studio retrospettivo sono stati studiati 100 soggetti con iniziale deterioramento cognitivo (58 femmine, 42 maschi; età media ± D.S. = 74,5 ± 6,0, range = 65-86; scolarità media ± D.S. = 7,0 ± 3,6) in fase di accertamento diagnostico. I pazienti sono stati reclutati all'interno dell'Unità di Valutazione Alzheimer della Clinica Geriatrica di Padova. Venivano sottoposti a valutazione multidimensionale, che indagava la sfera cognitiva (MMSE), l'autonomia personale (ADL, IADL) e la sfera comportamentale (NPI) al tempo zero, e ogni 6 mesi. Tutti i soggetti hanno eseguito TAC cerebrale ed esami bioumorali. Il 53% dei soggetti risultavano affetti da AD. Sono state confrontate le medie delle variabili al tempo 0, 6 e 12 mesi mediante t-test per campioni appaiati, e le differenze tra le medie per ogni intervallo di tempo (0-6, 0-12, 6-12) per gruppi (t-test per campioni indipendenti) in base all'assunzione di ChEIs, alla durata della terapia e al timing della somministrazione (alla diagnosi, dopo 6 mesi dalla diagnosi). Le analisi sono state effettuate mediante il software statistico SPSS; la significatività statistica era posta per p < 0,05 in tutti i test.

Risultati. In tutti i soggetti studiati, indipendentemente dall'assunzione della terapia, le scale di valutazione dell'autonomia funzionale e dei disturbi comportamentali risultavano stazionarie durante l'anno di osservazione, mentre si osservavano delle differenze relativamente alle funzioni cognitive (Fig. 1).

Infatti i pazienti AD trattati con ChEIs dall'inizio, evidenziavano un miglioramento statisticamente significativo al MMSE dopo 6 mesi (p = 0,012) che era mantenuto a 12 mesi. Il gruppo che non assumeva la terapia con ChEIs mostrava punteggi stazionari di MMSE. I soggetti che iniziavano la terapia con ChEIs alla visita dei 6 mesi (in cui già era evidente un decadimento significativo rispetto al basale), presentavano al controllo dei 12 mesi un MMSE significativamente peggiorato se confrontato ai soggetti che assumevano la terapia da 12 mesi (p = 0,026), pur rimanendo stazionari rispetto al precedente controllo.

Conclusione. Le nostre analisi preliminari confermano il beneficio risultante dalla terapia con ChEIs anche a 12 mesi di osservazione; si rileva inoltre l'importanza del timing della somministrazione di ChEIs, infatti la rapidità nella somministrazione del farmaco permetteva un miglioramento significativo al MMSE (+2,5 punti) dopo 6 mesi rispetto ai pazienti non trattati, che perdevano 2,0 punti allo stesso test.



Bibliografia

Raschetti R, Maggini M, Sorrentino GC, Martini N, Caffari B, Vanacore N. *A cohort study of effectivness of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease.* Eur J Clin Phamacol 2005;61:361-8.

Lucchi E, Minicuci N, Magnifico F, Mondini S, Calza A, Avanzi S, et al. *A qualitative analysis of the mini mental state examination on Alzeimer's disease patients treated with Cholinesterase inhibitors.* Arch Gerontol Geriatr 2004;9(Suppl):253-63.

Escrezione urinaria di 8OHdG: effetto dell'età, del sesso e della stimolazione del processo di autofagia

C. Nencini[1], D. Belloni, U. Baicchi[3], E. Chelli[3], M. Parenti[1], E. Bergamini [1 2], G. Cavallini[1 2], A. Donati[2]

[1] Scuola di Specializzazione di Patologia Clinica dell'Università di Pisa; [2] Centro di ricerca di Biologia e Patologia dell'Invecchiamento dell'Università di Pisa; [3] Centro di Medicina trasfusionale dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana

Scopo. Lo studio dell'escrezione urinaria di 8-idrossi 2-desossiguanosina (8OHdG) può dare informazioni sull'efficienza di eliminazione di danni ossidativi a carico del DNA. Recenti studi hanno dimostrato che l'attivazione del processo di autofagia promuove la degradazione di mitocondri alterati da danno ossidativo al DNA 1. In considerazione della diversa durata di vita del genere femminile e maschile e del ben noto progressivo accumulo di 8OHdG nei tessuti con l'aumentare dell'età, abbiamo studiato gli effetti di genere, età e stimolazione del processo di autofagia sull'escrezione urinaria di 8OHdG.

Materiali e metodi. Campioni di urina sono stati raccolti da ratti maschi e femmine di ceppo Sprague-Dawley alimentati ad libitum dell'età di 3, 6, 8 e 12 mesi trattati o non trattati con 3,5 dimetilpirazolo (DMP) al fine di indurre il processo di autofagia 2. Campioni di urine sono stati ottenuti da donatori di sangue di ambo i sessi di età compresa tra i 20 e i 65 anni. Il contenuto di 8OHdG è stato dosato con metodo ELISA utilizzando un kit del commercio (JAICA) ed i valori sono stati espressi come ng 8OHdG per mg creatinina. L'analisi statistica dei risultati è stata effettuata con metodo ANOVA tramite il software STATVIEW.
Risultati. I risultati ottenuti mostrano che nei roditori, l'escrezione urinaria di 8OHdG è più elevata nel genere femminile, tende a ridursi con l'età, è potenziata, soprattutto nel maschio, dall'induzione del processo di autofagia. Nella specie umana l'escrezione urinaria di 8OHdG non sembra modificarsi con l'età, tra i 20 e i 65 anni, e i valori di escrezione tendono ad essere più elevati nel genere femminile senza però raggiungere i limiti della significatività statistica.
Conclusione. Nell'insieme i risultati sono compatibili con l'ipotesi che i meccanismi di eliminazione del danno ossidativo a carico del DNA siano più efficienti nel genere femminile e che, nei roditori, siano almeno in parte dipendenti dall'efficienza del meccanismo di autofagia.

BIBLIOGRAFIA

1 Donati A, Taddei M, Cavallini G, Bergamini E. *Stimulation of macroautophagy can rescue older cells from 8-OHdG mtDNA accumulation: a safe and easy way to meet goals in the SENS agenda*. Rejuvenation Res 2006;9:408-12.

2 Bergamini E, Del Roso A, Fierabracci V, Gori Z, Masiello P, Masini M, et al. *A new method for the investigation of endocrine-regulated autophagy and protein degradation in rat liver*. Exp Mol Pathol 1993;59:13-26.

Prevalenza dei sintomi delle alte vie digestive e loro associazione con le caratteristiche cliniche e funzionali in 3.100 pazienti anziani ambulatoriali

M. Noale[1], M. Franceschi[2 4], S. Maggi[1], A. Pilotto[2], G.C. Parisi[3], G. Crepaldi[1] on behalf IPOD Project Investigastors

[1] Istituto di Neuroscienze, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Padova, Italy; [2] Unità Operativa di Geriatra & Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Italy; [3] Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale Generale, Feltre (BL), Italy; [4] Unità Operativa di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Parma, Italy

Scopo. Valutare la prevalenza dei sintomi delle alte vie digestive e l'associazione con le caratteristiche cliniche e funzionali in pazienti anziani ambulatoriali.
Metodi. Lo studio è stato condotto da Medici di medicina Generale (MMG) nell'ambito dello studio IPOD (Identification of symPt0ms and risk factors to Detect GERD & NERD). Nel periodo compreso tra aprile e ottobre 2007, sono stati arruolati continuativamente 3.238 pazienti con età maggiore di 60 anni; dall'arruolamento sono stati esclusi i pazienti con patologie neoplastiche avanzate o non in grado di collaborare per deficit cognitivi. Lo studio IPOD prevedeva la somministrazione di un questionario generale (IPOD) e uno specifico questionario sui sintomi gastroduodenali nell'anziano (Upper GastroIntestinal Symptom Questionnaire for the Elderly UGISQE), e la raccolta dati è stata pianificata in base ad un sistema CAPI (Computer Assisted Personal Interview). Il questionario IPOD prevedeva la raccolta di informazioni su caratteristiche socio-demografiche (genere, età, stato civile, istruzione, professione, living arrangement), dati antropometrici, stato funzionale fisico (Barthel-ADL), comorbidità, abitudine al fumo, consumo di alcol e caffè e uso di farmaci. Il questionario UGISQE include 15 items suddivisi in 5 clusters di sintomi che riguardavano la presenza e il livello di gravità di A) dolore addominale, B) sintomi da reflusso (pirosi, rigurgiti), C) mal digestione (nausea, brontolii, gonfiore, aerofagia), D) emorragia digestiva (ematemesi o melena), e E) altri sintomi non specifici (anoressia, calo di peso, anemia, disfagia, vomito). L'analisi statistica è stata condotta mediante il ± 2 e il Fisher test, GLM procedure, Cochrane-Armitage test for trend e l'analisi della regressione logistica.
Risultati. 3.100 pazienti (M = 1547, F = 1553, età media = 72,2 ± 6,2, range = 60-100 anni) sono stati inclusi nell'analisi. La prevalenza totale dei sintomi a carico delle alte vie digestive è stata del 43,0%, in particolare dolore addominale = 13,8%, sindrome da reflusso = 21,8%, maldigestione = 30,2%, emorragia = 0,3%, sintomi non specifici = 5,7%. I pazienti con sintomi erano significativamente più vecchi ($p = 0,05$) e disabili ($p < 0,0001$) rispetto ai soggetti senza sintomi. Inoltre, sono stati osservati nei soggetti sintomatici un BMI significativamente più elevato ($p = 0,0005$) e un maggior numero di malattie ($p < 0,0001$) e terapie concomitanti ($p < 0,0001$) rispetto ai soggetti asintomatici. L'analisi della regressione logistica ha confermato che il sesso femminile (OR = 1,78, 95% CI = 1,35-2,35), la disabilità (OR = 2,13, 95% CI = 1,14-4,01), il BMI (OR = 1,07, 95% CI = 1,03-1,11), malattie delle alte vie digestive (OR = 8,44, 95% CI = 5,40-13,19), malattie delle basse vie digestive (OR = 2,93, 95% CI = 1,66-5,15), malattie psichiatriche (OR = 1,80, 95% CI = 1,16-2,81), malattie respiratorie (OR = 1,57, 95% CI = 1,07-2,31) e malattie cardiovascolari (OR = 1,54, 95% CI = 1,12-2,12) sono associate significativamente con la presenza di sintomi delle alte vie digestive.
Conclusioni. I sintomi gastrointestinali delle alte vie digestive si associano significativamente al sesso femminile, alla disabilità e all'obesità. Inoltre i sintomi GI si associano alla presenza di malattie gastroenterologiche, psichiatriche, respiratorie e cardiovascolari.

Analisi descrittiva di una popolazione di anziani afferenti a un Centro Diurno Integrato (CDI) dell'hinterland milanese

M.D. Nuzzo[1], G. Giardini[1], L. Cimarelli[1], F. Pregliasco [1 2]

[1] Fondazione Istituto "Sacra Famiglia", Cesano Boscone (MI); [2] Dipartimento Sanità Pubblica, Università di Milano

Scopo. Il CDI rappresenta un anello fondamentale all'interno alla Rete dei Servizi. La frequenza ai CDI dovrebbe consentire di evitare e/o posticipare l'istituzionalizzazione di anziani non autosufficienti.
Scopo di questo studio è descrivere le caratteristiche dei *caregiver*, lo stato funzionale, cognitivo-affettivo e di salute degli anziani afferenti a un CDI dell'hinterland milanese.
Si è inoltre cercato di individuare eventuali fattori di rischio per l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati 151 anziani (M 62, F 89, età media 81,33 ± 7,99 aa, range 59-96 aa) giunti consecutivamente presso il CDI "Villa Sormani" della Fondazione Istituto "Sacra Famiglia" di Cesano Boscone (MI) dal 1 aprile 2002 al 31 dicembre 2007.
Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale costituita da anamnesi, esame obiettivo, visita fisiatrica, valutazione dell'autonomia funzionale, del rischio di caduta, dello stato cognitivo-affettivo, dei disturbi comportamentali e dello stato di salute.
Nella raccolta anamnestica è stata posta attenzione all'individuazione del vero *caregiver* dell'anziano non autosufficiente.
Per tutti gli anziani arruolati l'autonomia funzionale è stata valutata mediante l'Indice di Barthel modificato e la Scala di Lawton (IADL: *Instrumental Activities of Daily Living*).
Al fine di identificare i soggetti a rischio di caduta è stata somministrata la Scala di Tinetti.
Lo stato cognitivo e affettivo è stato valutato attraverso la somministrazione del Test di Folstein (MMSE) e dell'Indice di Yesavage (GDS).
Per stadiare la demenza è stata utilizzata la *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR).
Attraverso il *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) sono stati valutati i disturbi comportamentali degli utenti affetti da demenza.
Per ciascun soggetto sono stati calcolati inoltre l'Indice di Severità e l'Indice di Comorbilità della *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS).
Per l'analisi statistica sono stati utilizzati il Test-T di student e il Test $\pm^2$.
Risultati. Durante il periodo dello studio vi sono state 106 dimissioni (ventinove per decesso, ventuno per rientro al domicilio e cinquantasei per ricovero in RSA).

Al 31 dicembre 2007 frequentavano il CDI 45 anziani (17 M, 28 F, età media 80,19 ± 7,44 aa, *range* 62-96 aa).
Tra i soggetti istituzionalizzati e gli altri non sono emerse differenze staticamente significative concernenti l'autonomia funzionale (Indice di Barthel, IADL), il rischio di caduta (Scala di Tinetti), lo stato cognitivo-affettivo (MMSE, CDR e GDS), lo stato di salute (CIRS) e i disturbi del comportamento (NPI) nei soggetti affetti da demenza.
I soggetti istituzionalizzati hanno maggiormente un *caregiver* anziano. Questa differenza è risultata staticamente significativa ($p = 0,001$).
Tale differenza, pur restando significativa anche negli anziani affetti da demenza ($p < 0,01$), è stata maggiormente significativa negli utenti non affetti da demenza ($p = 0,000001$).
Conclusione. Questo studio evidenzia che avere un caregiver anziano è l'unico fattore di rischio per l'istituzionalizzazione degli utenti afferenti al nostro CDI.

Valutazione multidimensionale di ultralongevi a Milano

G. Ogliari, D. Castaldi, D. Mari

IRCCS Istituto Auxologico Italiano, U.O. Medicina Generale ad indirizzo geriatrico, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Milano

Scopo. Caratterizzare i soggetti ultralongevi reclutati dal punto di visto clinico e funzionale (sia fisico sia cognitivo) e in seguito analizzare il loro fenotipo immunologico, infiammatorio, coagulativo e metabolico.
Materiali e metodi. Sono stati reclutati nell'ambito dello studio PRIN "La longevità dei genitori influenza lo stato di salute dei figli?" fino ad oggi 45 centenari o ultracentenari (16 nati nel 1908, 13 nati nel 1907, 6 nati nel 1906, 7 nati nel 1905, 1 nato nel 1904, 1 nato nel 1902, 1 nato nel 1901; 11 M e 34 F) residenti in Milano città, e intervistati al loro domicilio o in ospedale. Il reclutamento è avvenuto mediante posta, chiamata telefonica, annunci su quotidiani nazionali e locali, e con contatti con medici di base. I centenari sono stati sottoposti ad un prelievo di sangue venoso e hanno raccolto un campione di urine e un campione di feci per lo studio delle popolazioni batteriche. È stata somministrata un'intervista come da protocollo del progetto, raccogliendo l'anamnesi fisiologica, familiare, patologica e farmacologica. È stato esaminato lo stato cognitivo mediante MMSE, il tono dell'umore mediante short GDS test, il grado di autonomia mediante le scale di valutazione ADL e IADL, la funzionalità fisica mediante hand-grip test e chair standing test. Abbiamo classificato i centenari in tre gruppi secondo lo stato di salute 1: A (molto buono), B (intermedio), C (presenza di uno dei seguenti: MMSE < 12, grave disabilità, presenza di tumore in atto o di altre patologie invalidanti).
Risultati. I dati preliminari ci hanno permesso di classificare 6 centenari come A, 8 centenari B, 31 centenari C. Alcuni centenari mostravano un ottimo stato cognitivo secondo il mmse, ma dovettero essere classificati come B o C per mancanza di autonomia o presenza di tumore. Circa il 24% dei centenari presentavano grave demenza, definita come MMSE < 12, mentre 19 (42,2%) avevano MMSE > 19, ed in particolare 6 (13,3%) ottennero MMSE > 26. Il livello di istruzione era nel complesso elevato: 14 centenari (31,1%) erano diplomati o laureati. Circa metà degli intervistati presentava sintomi di depressione (short GDS > 5). Nel complesso, un terzo dei centenari definiva il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono", un terzo "normale", un terzo "scarso" o "molto scarso". Stato funzionale: 14 centenari erano istituzionalizzati, gli altri 31 vivevano nell'abitazione propria o di figli o nipoti; 4 vivevano da soli ed in quasi totale autonomia. Circa la metà dei centenari presentava totale dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL = 0). Il numero di farmaci assunti cronicamente dai centenari varia da 0 a 14. Non vi è correlazione tra il numero di farmaci assunti e lo stato di salute complessivo. Abbiamo frequentemente osservato scarsa compliance alle prescrizioni mediche, autoprescrizione di farmaci ed uso empirico di farmaci o parafarmaci. Abbiamo inoltre cercato di classificare i centenari in tre gruppi in base all'età d'insorgenza di alcune patologie età-correlate 2 (BPCO, demenza, diabete, cardiopatie, ictus, Parkinson e tumore): "survivors" (età < 85 anni), "delayers" (età > 85) e "escapers". La maggior parte dei centenari erano "delayers". Solo 4 erano sopravvissuti: un uomo ad IMA all'età di 55 anni, una donna a carcinoma mammario all'età di 72 anni, trattato mediante sola mastectomia, un uomo al cancro del colon retto trattato solo chirurgicamente, una donna a NIDDM insorto a 66 anni d'età.
Conclusione. È interessante notare che talvolta vi è discrepanza tra un punteggio alla GDS indicativo di sintomatologia depressiva e un autovalutazione positiva del proprio stato di salute. Dal punto di vista socio-relazionale, abbiamo osservato che molte donne centenarie avevano vissuto sole per numerosi anni, in quanto nubili o vedove, mentre i centenari maschi sembravano beneficiare di un maggiore supporto familiare, in quanto sposati una o due volte o accuditi dai figli.

Bibliografia

1 Franceschi C, Motta L, Valensin S, Rapisarda R, Frantone A, Berardelli M, et al. Aging Clin Exp Res 2000;12:77-84.
2 Perls T. Am J Clin Nutr 2006;83(Suppl):484S-7S.

Un'esperienza di riattivazione cognitiva globale in un Centro Diurno Integrato con pazienti affetti da demenza lieve-moderata. Dati preliminari

C. Olla, Y. Araujo, E. Maccioni, F. Coghe, V. Putzu, P.F. Putzu

Centro Diurno Riabilitativo Alzheimer, ASL 8, Cagliari

La demenza rappresenta una malattia caratterizzata dalla lenta e progressiva perdita delle capacità mentali precedentemente acquisite (memoria, orientamento, attenzione, capacità di giudizio, linguaggio) con conseguente graduale difficoltà nel mantenimento, fino alla perdita, dei rapporti sociali e nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. È sicuramente una patologia ad altissimo impatto emotivo, economico ed assistenziale, tanto da essere considerata una "malattia sociale" in relazione al peso che essa esercita sulla famiglia del malato, di cui modifica drasticamente la qualità di vita, l'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e la sopravvivenza.
Negli ultimi anni l'approccio multidimensionale geriatrico si è orientato verso l'utilizzo di servizi semiresidenziali quali il Centro Diurno Integrato (CDI) come modalità assistenziale più appropriata per pazienti affetti da demenza di grado lieve-moderato. Tale modalità è infatti risultata efficace nell'alleviare lo stress dei familiari, mantenendo allo stesso tempo il rapporto del malato con il proprio ambiente di vita.
Il CDI risponde infatti ad una politica di tutela della persona che privilegia la domiciliarizzazione del malato, mettendo così a disposizione dei familiari un'assistenza e delle strutture altamente qualificate e specializzate.
L'assistenza ai pazienti affetti da disturbi cognitivi è un fattore altamente stressogeno per i familiari che spesso riportano patologie che sono diretta conseguenza della difficile situazione che si trovano a gestire. Il CDI spesso risulta una risposta concreta a tali disagi, ponendosi come sostegno non solo ai pazienti affetti da disturbi cognitivi e/o del comportamento, ma anche alle famiglie stesse. Gli obiettivi sono: contenere lo stress dei familiari, ridurre e contenere i disturbi del comportamento del malato, contrastare il declino cognitivo, mantenere le capacità residue del paziente, sviluppare continuità tra intervento del servizio e quello dei familiari, evitare una precoce istituzionalizzazione.
Dati osservazionali, relativi a soggetti con demenza in CDI, suggeriscono una possibile associazione tra coinvolgimento in attività occupazionali e riduzione dei sintomi psico-comportamentali.
Nel Centro Diurno Integrato del nostro Distretto (ASL 8 di Cagliari) le attività svolte dal 2000 al 2007 sono state rappresentate prevalentemente dalla ROT formale (terapia di riorientamento alla realtà), fisiokinesiterapia e terapia occupazionale.
A partire da gennaio-febbraio 2008 è stata introdotta una nuova modalità di lavoro, quella della Riattivazione Cognitiva Globale Continuativa, basandosi sui risultati della Ricerca scientifica più recente, dalla quale sono emersi gli effetti positivi di un approccio di questo tipo sia sul versante cognitivo, comportamentale, funzionale ed affettivo, nonché sul carico assistenziale collegato ai disturbi stessi.

Materiali e metodi. La nostra esperienza si riferisce ad un gruppo di anziani affetti da demenza di grado lieve-moderato gestito presso il Centro Diurno Integrato del nostro Distretto (con un totale di 26 posti convenzionati) che hanno seguito un programma di riattivazione cognitiva globale continuativa.
I pazienti trattati sono stati 19 di cui 7 maschi e 12 femmine, di età compresa tra 57 e 86 anni, età media 74,3 anni; scolarità media 9 anni. I soggetti sono stati divisi in 4 gruppi omogenei per deterioramento cognitivo e caratteristiche personali. Ciascun gruppo ha svolto un percorso terapeutico quotidiano, mirato alla riattivazione cognitiva globale e articolato in due fasi: una prettamente cognitiva, ed un'altra di tipo occupazionale.
Nella prima fase, della durata di circa due ore, i pazienti sono sottoposti ad esercizi di riorientamento alla realtà (ROT) e specifici di stimolazione delle differenti aree cognitive (linguaggio, attenzione, prassia, gnosia, ragionamento e giudizio, calcolo). Nella seconda fase, della durata di circa un'ora, i soggetti svolgono attività di tipo occupazionale, psicomotricità e di riabilitazione funzionale. Le attività proposte rispondono ad obiettivi realistici, adeguati all'età, agli interessi pregressi, allo stato sociale, permettendo al malato di assumere un ruolo all'interno del quale si possa riconoscere. Al fine di valutare l'aspetto cognitivo, psico-comportamentale e funzionale dei soggetti arruolati e dello stress percepito dal *caregiver* primario, i partecipanti allo studio (pazienti e *caregivers*) sono stati sottoposti a valutazione di base (T0) prima dell'inizio del programma terapeutico, mediante gli strumenti dell'*assessment* geriatrico previsti nel nostro protocollo di valutazione multidimensionale: MMSE, AdasCog, Fluenza fonemica, Clock test, Digit Span, ADL, IADL, Cornell Scale, NPI, CBI.
L'efficacia del progetto è poi monitorata con i medesimi strumenti testistici a distanza di 6 mesi (T1) e di 12 mesi (T2).
Scopo. Valutare e monitorare gli effetti della Riattivazione Cognitiva Globale Continuativa a carico delle funzioni cognitive, del tono dell'umore, dei disturbi del comportamento, delle capacità funzionali residue e del carico assistenziale

Bibliografia

Mossello E, Razzi E, Caleri V, Cantini C, Tonon E, Di Bari M, et al. *Effects of Day Care on older subjects with dementia and their caregivers*. Giornale di Gerontologia 2007;55:125-33.
Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. *Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia*. The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK.

Valutazione multidimensionale in RSA: la diagnosi di fragilità

F. Onetto, A. Vara, E. Tedeschi, L. Parenti, S. Giusti, A. Brunini, F. Carmassi, F. Pentimone

Dipartimento di Medicina Interna, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Ospedale "S. Chiara", Pisa

Scopo dello studio. Identificare, tra i residenti di una RSA, gli anziani Fragili utilizzando i criteri di Fried con lo scopo di attuare specifiche misure preventive per ridurre l'incidenza di ospedalizzazione.
Pazienti e metodi. Tra i 77 ospiti di una RSA con età compresa tra i 70 e i 95 anni, è stato selezionato, mediante valutazione cognitiva e funzionale, un gruppo di 33 anziani con MMSE > 9/30 e non completa disabilità nelle attività basilari della vita quotidiana (ADL > 3/6). Questo gruppo è stato suddiviso in due sottogruppi, Fragili (F) e Non Fragili (NF) secondo i criteri di Fried; viene posta diagnosi di Fragilità se presenti almeno tre dei criteri: 1) perdita involontaria di peso (> 4,5 kg nell'ultimo anno), 2) perdita di energie (indagata mediante domande del CES-D: a) nell'ultima settimana ogni cosa che ha fatto è stata uno sforzo? b) nell'ultima settimana sentiva che non riusciva ad "ingranare"?, 3) riduzione della forza prensile (della mano dominante, mediante dinamometro, media di tre valori in *pounds*, in rapporto col BMI secondo i valori del CHS), 4) riduzione velocità del cammino (≥ 7 secondi per un'altezza inferiore a 159 cm e ≥ 6 secondi per altezze superiori a 159 cm), 5) riduzione della performance fisica (*Physical Performance Test*, scala a 7 *item* con punteggio da 0 a 28; punteggio < 18 indice di Fragilità). Sono stati inoltre valutati: età, sesso, scolarità, anamnesi patologica e sociale, pressione arteriosa e frequenza cardiaca, eventuali deficit di vista, di udito, di masticazione, numero di farmaci assunti, *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS), *Body Mass Index* (BMI), *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD); *Activity of Daily Life* (ADL), Scala di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura, *Mini Nutritional Assesment* (MNA), presenza di lesioni da pressione, cadute in anamnesi e cause, eventuali ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno e cause, attività ludiche e riabilitative praticate.
Risultati e commento. Sono stati selezionati 18 soggetti Fragili (F: 14 donne, 4 uomini) con età media di 81,5 anni e 15 soggetti Non Fragili (NF: 7 donne, 8 uomini) con età media di 78,4 anni. Punteggi medi: MMSE: 23/30 F e 18,7/30 NF; ADL: 5/6 F e 5/6 NF; MNA: 21,4 F e 23,9 NF; Cornell scale: 8 F e 6,6 NF; CIRS per la severità: 1,4 F e 1,2 NF; numero patologie croniche in anamnesi: 3,1 F e 2,8 NF; numero farmaci in terapia: 7,2 F e 3,9 NF; BMI: 25,6 kg/mq F e 28,4 kg/mq NF; pressione arteriosa sistolica: 121 mmHg F e 118 mmHg NF; pressione arteriosa diastolica: 68 mmHg F e 71 mmHg NF; frequenza cardiaca: 79 bpm F e 72 bpm NF. Nel confronto tra i due gruppi per tutti i parametri studiati è emerso: rischio di cadute (Scala di Tinetti) 59% F e 41% NF; cadute in anamnesi 64% F e 36% NF; patologie osteoarticolari in anamnesi 73% F e 26% NF con $p < 0,05$, mentre non sono emerse differenze per gli altri tipi di patologie; rischio malnutrizione 72,7% F e 27,3% NF con $p < 0,005$; ricovero ospedaliero nell'ultimo anno 82% F e 18% NF con $p < 0,001$; lesioni da pressione 66% F e 34% NF; ipotensione ortostatica 75% F e 25% NF; deficit di vista 67% F e 33% NF; deficit di masticazione 71% F e 29% NF; tra i soggetti che non praticano attività ludico-riabilitative 61% F e 39% NF. I due gruppi sono sovrapponibili per CIRS, numero medio di patologie croniche e autonomia funzionale, valutata mediante ADL, a conferma del fatto che la disabilità e la comorbidità non sono sinonimo di Fragilità ma fattori di rischio per la Fragilità stessa. In accordo con la letteratura nel gruppo F i punteggi medi al MNA e di BMI risultano più bassi mentre i punteggi alla Cornell Scale risultano più alti, indici questi di peggior stato nutrizionale e di maggior presenza di disturbi del tono dell'umore nel gruppo F. A differenza della letteratura, sono risultati più alti nei F i valori medi di MMSE. Sono emerse tra i due gruppi differenze statisticamente significative per quanto riguarda la frequenza dei ricoveri ospedalieri e il rischio di malnutrizione; una differenza significativa, non descritta in letteratura, riguarda inoltre la presenza di patologie osteoarticolari in anamnesi; altre differenze di frequenza, non significative, sono state osservate per il sesso (in accordo con la letteratura, la percentuale di F era più alta nel sesso femminile), per l'attività lavorativa svolta in precedenza (lavori impegnativi dal punto di vista fisico quali il contadino, l'operaio o il muratore, avevano una percentuale più alta nei NF). Infine tra i F era più alta la percentuale di soggetti vedovi, a rischio di cadute e con anamnesi positiva per cadute, soggetti con patologie cardiovascolari, endocrinologiche, con disturbi dell'umore, con deficit della vista e deficit masticatori, con lesioni da pressione e con ipotensione ortostatica, anche se queste differenze rispetto ai NF non sono risultate statisticamente significative.
Conclusioni. Lo studio sottolinea l'importanza della valutazione della Fragilità sia a domicilio che nelle RSA. Con una metodica relativamente semplice e poco dispendiosa è possibile individuare un fenotipo di anziani per i quali la tempestiva attuazione di misure correttive e riabilitative, volte a migliorare lo stato nutritivo, la sarcopenia, la forza e la performance fisica, può significativamente contribuire ad impedire, o a ridurre la frequenza, delle ospedalizzazioni.

Bibliografia

Espinoza S, Walston JD. *Frailty in older adults: insights and interventions*. Cleveland Clin J Med 2005;72:1105-12.
Morley JE, Haren MT, Rolland Y, Kim MJ. *Frailty*. Med Clin N Am 2006;90:837-47.
Fried LP, Tangen C, Walston J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol 2001;56A:146-56.
Baumgartener 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.

Prevalenza della malnutrizione in pazienti anziani affetti da Mild Cognitive Impairment

G. Orsitto, F. Fulvio, D. Tria, V. Turi, A. Venezia, C. Manca

U.O. di Geriatria, P.O. "Paradiso", Gioia del Colle, ASL Bari

Introduzione. La malnutrizione è prevalente nei pazienti anziani ospedalizzati, in cui aumenta il rischio di complicazioni durante il ricovero, influenza la durata della degenza ed aumenta la morbilità e la mortalità. Inoltre è ormai noto che uno stato nutrizionale povero sia associato ai pazienti anziani affetti da deficit cognitivo. Non ancora ben chiarita appare tuttavia la relazione tra la malnutrizione e la fase pre-clinica della demenza, in particolare il *Mild Cognitive Impairment* (MCI), nei pazienti anziani.

Scopo. Valutare la prevalenza della malnutrizione in pazienti anziani ospedalizzati affetti da MCI e demenza (D), rispetto a quella di soggetti senza deficit cognitivo (C).

Materiali e metodi. Nel presente studio sono stati arruolati 596 pazienti di età ≥ 65 anni, consecutivamente ricoverati presso la U.O. di Geriatria dell'Ospedale "Paradiso" di Gioia del Colle, ASL Bari, da febbraio 2006 a marzo 2007. All'ingresso in reparto tutti i pazienti sono stati sottoposti alla valutazione multidimensionale geriatrica. La disabilità è stata valutata mediante le scale delle *Activity Daily Living* (ADL) e delle *Instrumental Activity Daily Living* (IADL), la comorbilità mediante gli indici della *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS), lo stato cognitivo mediante i punteggi del *Mini Mental State Examination* (MMSE) e della *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR), il tono dell'umore mediante la *Geriatric Depression Scale*-15 *item* (GDS-15). Lo stato nutrizionale è stato quindi valutato mediante la somministrazione del *Mini Nutritional Assessment* (MNA), un questionario composto da 18 *items* e comprendente una valutazione antropometrica, una valutazione generale, una valutazione alimentare ed infine una autovalutazione dello stato nutrizionale, e che ha permesso di classificare tutti i pazienti in tre gruppi: ben nutriti (MNA *score* 24-30), a rischio di malnutrizione (MNA *score* 17-23,5) e malnutriti (MNA *score* < 17). La diagnosi di MCI è stata fatta in accordo ai criteri di Petersen. 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. 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.

Risultati. Dei 596 pazienti arruolati (M = 264, F = 332, età media 76,5 ± 6,8, *range* = 65-101 anni), 67 sono risultati essere affetti da MCI, 88 da demenza (AD = 27, VaD = 39, MD = 22) e 441 C. I punteggi medi del MNA hanno evidenziato un rischio di malnutrizione per tutti e tre i gruppi di pazienti, anche se i pazienti con MCI e demenza hanno presentato punteggi medi significativamente inferiori rispetto a quelli dei pazienti senza deficit cognitivo (MCI = 20,4 ± 4,1, D = 18,7 ± 3,7, C = 21,5 ± 3,6; p ≤ 0,004). Suddividendo inoltre i pazienti in accordo allo stato nutrizionale del MNA, il 18% di essi è risultato essere ben nutrito, il 58% a rischio di malnutrizione ed il 24% malnutrito. In particolare i pazienti con deficit cognitivo hanno presentato una maggiore frequenza di malnutriti (MCI = 44%, D = 59,5%, C = 15%, p < 0.001) ed una più bassa frequenza di ben nutriti (MCI = 9%, D = 8,5%, C = 21%, p < 0.001) e di soggetti a rischio di malnutrizione (MCI = 47%, D = 32%, C = 64%, p < 0.001) rispetto ai pazienti senza deficit cognitivo. Non si sono osservate differenze statistiche significative tra i pazienti affetti da MCI e quelli affetti da demenza per quanto riguarda i gruppi di pazienti ben nutriti (p = 0,75), a rischio di malnutrizione (p = 0,08) e malnutriti (p = 0,09).

Conclusioni. La malnutrizione è prevalente in questa popolazione di anziani ospedalizzati. Lo stato nutrizionale è ancora più povero nei pazienti con MCI e con demenza rispetto ai pazienti senza deficit cognitivo.

Uso dei farmaci nei pazienti affetti da demenza nella regione Lazio. Analisi dei dati di prescrizione farmaceutica nell'anno 2007

L. Orzella, S. Scalmana, F. Chini, S. Veloccia

Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma

Introduzione. Le demenze comprendono un insieme di patologie di notevole impatto in termini socio sanitari. In Europa si stima che la Malattia di Alzheimer rappresenti il 54% di tutte le demenze, con una prevalenza del 4,4% nella popolazione ultrasessantacinquenne. L'*Italian Longitudinal Study on Aging* (ILSA) individua una prevalenza del 2,5% per l'Alzheimer e del 6% per tutte le demenze. Il "Progetto Cronos", ha istituito, nel Lazio, 34 Unità Valutative Alzheimer (UVA), per sperimentare l'efficacia dei farmaci per l'Alzheimer, monitorandone efficacia e sostenibilità.

Materiali e metodi. Sono state individuate, tramite il monitoraggio regionale, le prescrizioni di farmaci erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) per Azienda Sanitaria Locale (ASL) di appartenenza, o direttamente dalle UVA, nel 2007. È stato interrogato il sistema informativo gestito da Laziosanità sulla distribuzione diretta. Sono state considerate le variabili: spesa lorda, consumi (DDD/1.000 abitanti die) e prevalenza d'uso. Le popolazioni delle ASL sono state standardizzate per età e sesso. Le analisi sono state condotte per sostanza. Sono state selezionate le seguenti sostanze: donezepil (N06DA02), rivastigmina (N06DA03), galantamina (N06DA04). La memantina (N06DX01) non è stata considerata, in quanto non rimborsabile dal SSR.

Risultati. Le 64.441 prescrizioni per farmaci anti-demenza hanno generato una spesa lorda di 10.000.000 € (il 7,8% sul totale della categoria dei farmaci per il sistema nervoso) La sostanza che incide maggiormente, in termini di spesa, sul totale è il donezepil (64,3%). A livello di ASL si nota una elevata variabilità per spesa, consumi e prevalenza d'uso. La variabilità è confermata anche in termini di costo medio della DDD: le ASL romane e la ASL di Latina presentano l'erogazione di maggiori quantità molto costose. La prevalenza d'uso (x 1000 abitanti) è pari a 1,9, l'età mediana degli utilizzatori è 79 anni, con un maggior utilizzo da parte delle donne (M/F = 0,53). I soggetti con una sola prescrizione sono il 14,3% per l'intera classe. Il consumo aumenta con l'età: il maggior ricorso ai farmaci si rileva nella fascia 80-84 anni. I farmaci anti-demenza in distribuzione diretta sono erogati da una struttura ospedaliera della ASL RME e dai Servizi Farmaceutici della ASL di Viterbo, con una spesa lorda di 105.000 €, nonostante le UVA siano presenti, seppur in modo eterogeneo, in tutta la regione. L'utilizzo è maggiore nelle donne, con una età mediana di 81 anni.

Conclusioni. Data l'elevata variabilità prescrittiva rilevata tra le ASL nel Lazio sarebbe auspicabile un monitoraggio nel tempo in termini di spesa e consumi, nonché un raffronto con le altre realtà regionali.

Relazione fra i livelli plasmatici delle diverse isoforme della vitamina E e i metaboliti cerebrali analizzati mediante risonanza magnetica spettroscopica in una popolazione anziana

M. Pace, S. Ercolani, E. Costanzi, P. Rinaldi, M. Pigliautile, R. Tarducci[1], R. Cecchetti, M. Baglioni, P. Bastiani, G. Gobbi[2], U. Senin, P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [1] S.C. Fisica Sanitaria, Azienda Ospedaliera di Perugia

Scopo. Numerose evidenze supportano un ruolo dello stress ossidativo e nitrosativo nella malattia di Alzheimer e l'azione antiossidante e neuroprotettiva della varie isoforme di vitamina E [1-3]. L'utilizzo di tecniche di risonanza magnetica spettroscopica protonica ha inoltre permesso lo studio dei livelli di diversi metaboliti coinvolti nel metabolismo e nell'attività cerebrale [4]. Scopo del presente studio è quello di valutare la possibile relazione tra i livelli plasmatici delle diverse isoforme della vitamina E e quelli dei metaboliti cerebrali analizzati mediante spettroscopia.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 82 soggetti (25 controlli, 35 MCI e 22 AD) afferiti al Centro Invecchiamento Cerebrale e UVA Geriatria di Pe-

rugia. Ciascun paziente è stato sottoposto a valutazione multidimensionale geriatrica, a valutazione psicometrica e ad un prelievo ematico. Nel plasma. opportunamente preparato ed estratto, è stato eseguito il dosaggio delle diverse isoforme della vitamina E. Ogni soggetto è stato inoltre valutato con indagini di *neuroimaging* morfologico e spettroscopico mediante RMN presso la S.C. di Fisica Sanitaria di Perugia. In particolare, nell'indagine spettroscopica sono stati dosati in un voxel posto nell'area paratrigonale i seguenti metaboliti: N-AcetilAspartato (NAA), Colina (Cho), Mioinositolo (mI) e Creatina (Cr), quest'ultima per normalizzare i valori delle altre molecole. Nell'analisi statistica sono stati presi in considerazione sia le correlazioni tra i singoli metaboliti e le diverse isoforme della vitamina E che le correlazioni tra quest'ultime e i rapporti tra i diversi metaboliti (NAA/mI e NAA/Cho).

Risultati. La popolazione presa in esame è formata da 82 soggetti di cui 45 femmine (55%) e 37 maschi (45%), con età media di 75,1 ± 5,5 aa., scolarità 6,3 ± 3,5 aa., MMSE 25,8 ± 4,0.

Dalle analisi effettuate tra le diverse isoforme della vitamina E ed i singoli metaboliti cerebrali, emerge una correlazione significativa tra gamma-tocoferolo e NAA sn (r: 0,259; p: 0,020) e gamma-tocotrienolo e mI sn (r: -0,244; p: 0,030). Dalle analisi effettuate tra le diverse isoforme della vitamina E ed i rapporti tra i diversi metaboliti emerge una correlazione significativa tra gamma-tocotrienolo e NAA/mI sn (r: 0,320; p: 0,004), gamma-tocoferolo e NAA/mI sn (r: 0,263; p: 0,019) e gamma-tocoferolo e NAA/mI tot: (r: 0,222; p: 0,054). Successivamente abbiamo analizzato tali correlazioni suddividendo la popolazione in base alla diagnosi (controlli, MCI, AD), osservando una tendenza ad avere una correlazione positiva tra gamma-tocotrienolo e NAA/mI sn e tra gamma-tocoferolo e NAA/mI sn soprattutto nel gruppo MCI e nel gruppo AD.

Conclusione. I risultati ottenuti supportano l'idea che alcune isoforme della vitamina E, in particolare il gamma-tocoferolo ed il gamma-tocotrienolo, svolgano un ruolo neuroprotettivo, per cui potrebbe essere appropriata una supplementazione di tali isoforme soprattutto nei soggetti MCI e AD.

Bibliografia

1 Metastasio A, Rinaldi P, Tarducci R, Mariani E, Feliziani F, Cherubini A, et al. *Conversion of vMCI to dementia: Role of proton magnetic resonance spectroscopy*. Neurobiol Aging 2006;27:926-32.

2 Yasukazu Y, Yoshiro S, Lesile Sargent J, Yasushi S. *Chemical reactivities and physical effects in comparison between tocopherols and tocotrienols: physiological significance and prospects as antioxidants*. J Biosci Bioeng 2007;104:439-45.

3 Wu JH, Croft KD. *Review: vitamin e metabolism*. Molec Aspects Med 2007, doi:10.1016/j.mam.2006,12.007.

4 Lehericy S, Maryanska M, Mesrob L, Sarazin M, Kinkingneuhun S. *Magnetic resonance imaging of Alzheimer's disease*. Eur Radiol 2007;17:347-62.

Profilo anagrafico, sociale, cognitivo e di autonomia degli ospiti affetti da demenza in RSA

P. Pagliari[1 2], P. Cosso[1 2], G. Ricci[1 2], A.B. Ianes[2]

[1] RSA "Villa San Clemente", Villasanta (MI); [2] Gruppo SEGESTA

La demenza, rappresenta, nell'anziano, uno dei maggiori fattori di rischio di istituzionalizzazione e, di conseguenza, indipendentemente dal fatto che una RSA abbia un nucleo dedicato, la stragrande maggioranza degli ospiti in RSA è affetto da deterioramento cognitivo di varia etiologia e gravità. È pertanto di importanza strategica, ai fini della stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), un corretto inquadramento dell'ospite sia dal punto di vista sociale, che da quello delle performance cognitive e di autonomia.

Scopi. Valutazione delle caratteristiche cliniche, cognitive, comportamentali e di autonomia in una popolazione di residenti in RSA per verificarne le necessità assistenziali in relazione alla presenza o all'assenza di demenza.

Materiali e metodi. In tutti i soggetti presenti nell'RSA "Villa San Clemente" di Villasanta (MI) in un giorno campione sono stati raccolti i dati inerenti età, scolarità, numero di farmaci e di diagnosi, punteggio alle seguenti scale di valutazione: *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS), *Mini Mental State Examination*, *Clinical Dementia Rating* (CDR), *Geriatric Depression Scale* (15 *item*), *Self Anxiety Scale* (SAS), *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) ed *Activities of Daily Living* (ADL).

Risultati. Sono riassunti in Tabella I.

Conclusioni. I dati in nostro possesso indicano che la valutazione multidimensionale effettuata di routine in RSA, non rispecchia la complessità clinica degli ospiti. La complessità clinica e le sfumature esistenti fra ospiti affetti da problemi simili sono tali da rendere necessari strumenti che meglio definiscano la tipologia dei pazienti e le loro necessità quotidiane.

Tab. I

	Alzh (44)	Dmista (15)	VaD (17)	MCI (23)	Norm (10)	p
Età	78,88 ± 5,53	80,46 ± 4,94	77,17 ± 4,79	78,08 ± 5,99	75,30 ± 6,44	
Scolarità	5,00 ± 2,77	7,40 ± 4,53	6,82 ± 4,11	6,73 ± 3,81	7,40 ± 4,69	
Farmaci	3,20 ± 2,00*	5,33 ± 2,31	4,64 ± 2,08	4,21 ± 2,27	5,40 ± 1,89	* < 0,005
N. diagnosi	3,61 ± 1,61	4,60 ± 1,80	4,05 ± 1,34	4,86 ± 2,61	4,60 ± 1,80	
CIRS severità	1,41 ± 0,26	1,57 ± 0,33	1,51 ± 0,26	1,47 ± 0,29	1,54 ± 0,20	
CIRS comorb	2,00 ± 1,51	2,80 ± 1,61	2,35 ± 0,86	2,18 ± 1,68	2,40 ± 0,96	
MMSE	18,11 ± 3,94	18,66 ± 5,08	20,64 ± 5,26	25,17 ± 3,20*	27,10 ± 2,07*	* < 0,0000001
CDR	1,51 ± 0,62	2,00 ± 0,37	1,70 ± 0,90	0,50 ± 0,10*	0,30 ± 0,25*	* < 0,0000001
GDS	5,57 ± 3,16	4,25 ± 2,49	6,30 ± 3,40	6,18 ± 3,81	6,30 ± 3,40	
SAS	36,94 ± 10,05	37,14 ± 7,52	36,26 ± 8,92	39,78 ± 10,51	39,99 ± 13,73	
NPI totale	25,97 ± 18,59	35,73 ± 17,87	30,23 ± 22,75	18,08 ± 15,26*	15,30 ± 15,36*	* < 0,04
IADL (f. perse)	2,95 ± 2,27*	5,26 ± 1,39	4,11 ± 2,11	1,47 ± 1,20*	0,60 ± 0,84*	* < 0,0000001
ADL (f. mantenute)	5,04 ± 1,34	3,86 ± 1,55*	4,47 ± 1,46	5,86 ± 0,45	5,30 ± 1,25	

Valutazione dello stato nutrizionale di una popolazione di soggetti anziani: correlazione del MNA con altre aree dimensionali

M.E. Pais, A. Saba, M.G. Congiu, M. Aresu, S. Cadeddu, S. Cappai, M. Cocco, E. Corda, N.M.C. Curreli, D. Ibba, A. La Sala, E. Pedditzi, M. Pintus, E. Trogu, A. Mandas

Scuola di Specializzazione di Geriatria, Università di Cagliari

Scopo. Valutare lo stato nutrizionale, in un gruppo di soggetti anziani, e correlarlo con le altre aree di valutazione dimensionale geriatriche.
Materiali e metodi. Sono stati valutati, con modalità multidimensionale nel proprio domicilio, 113 soggetti ultrasessantacinquenni. I test e scale utilizzati sono: *Mini Nutritional Assessment* (MNA), *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Activity Daily Life* (ADL), *Instrumental Activity Daily Life* (IADL), *Physical Performance Test* (PPT), Tinetti *Performance-Oriented Mobility Assessment* (POMA), *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS). I soggetti arruolati avevano età media di 74,9 ± 76,7 (*range* 65-99), 64 (56,6%) erano femmine e 49 erano (43,4%) maschi.
Risultati. Dei 113 soggetti studiati 79 (69,9%) erano ben nutriti (MNA 26,3 ± 1,3), 33 (29,2%) erano a rischio di malnutrizione (MNA 21,7 ± 1,6) e solamente 1 (0,9%) era malnutrito. I risultati delle altre aree dimensionali e la correlazione di Pearson del MNA con le altre aree sono illustrati nella tabella I.
Conclusione. Lo stato di salute nell'anziano è fortemente influenzato dallo stato nutrizionale, infatti, la perdita di peso involontaria in età geriatrica è responsabile di un aumentato rischio di mortalità, di declino dello stato funzionale e può essere causa di fragilità. Il MNA è uno strumento multidimensionale ideato per individuare precocemente il rischio di malnutrizione ed è uno degli strumenti di valutazione nutrizionale più utilizzato. Dal nostro studio emerge chiaramente che il rischio di malnutrizione è strettamente correlato alla presenza di depressione del tono dell'umore, alla disabilità nell'esecuzione di prestazioni standardizzate, di attività basilari e strumentali della vita quotidiana, al rischio di caduta, alla comorbilità ed in particolare alla gravità delle singole patologie, all'indice di severità e all'indice di comorbilità. Essendo alta l'incidenza di malnutrizione in età geriatrica, è molto importante valutare routinariamente lo stato nutrizionale nel soggetto anziano.

Bibliografia

1 Thomas DR. *The relationship between functional status and inflammatory disease in older adults*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003;58:995-8.
2 Gillick M. *Pinning down frailty*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M134-5.
3 Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146-56.
4 Green SM, Watson R. *Nutritional screening and assessment tools for adults: literature review*. JAN 2006;54:477-90.

Polmonite necrotizzante e sepsi da Clostridium perfringens

C. Palmacci, M. Antocicco, A. Cocchi, F. Landi, G. Onder

Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma, Italia

Introduzione. Le infezioni pleuropolmonari sostenute da Clostridi sono infrequenti. Tali microrganismi determinano una polmonite necrotizzante con interessamento della pleura. Nella quasi totalità dei casi l'eziologia è iatrogena: procedure invasive come toracentesi o toracotomie, o eventi traumatici possono determinare l'introduzione del microrganismo che normalmente colonizza la cute. Il decorso clinico può essere molto variabile: in genere lento e benigno, di rado fulminante con prognosi infausta.
Caso clinico. Viene descritto il caso di una donna di 82 anni, ipertesa, portatrice di pace-maker bicamerale dal 2004, affetta da fibrillazione atriale parossitica, anemia normocromica normocitica, deterioramento cognitivo in vasculopatia cerebrale cronica, artrosi polidistrettuale, osteoporosi, colelitiasi, portatrice di voluminosa ernia inguinale destra, giunta alla nostra osservazione per un quadro clinico insorto acutamente e caratterizzato da scadimento delle condizioni generali, iperpiressia ed insufficienza respiratoria. All'ingresso in reparto la paziente si presentava in condizioni generali scadute, soporosa, francamente ipotesa. Gli esami di laboratorio documentavano leucocitosi neutrofila ed aumento degli indici di funzionalità renale; la saturazione di ossigeno in aria ambiente era pari a 87%. La radiografia del torace eseguita in urgenza mostrava versamento pleurico bilaterale massivo ed ipoventilazione basale, più evidente a sinistra. Veniva pertanto intrapresa ossigeno-terapia, terapia idratante, diuretica e terapia antibiotica empirica con cefalosporine e macrolidi, successivamente sostituita con meropenem con scarso beneficio. Dopo 48 ore veniva eseguito studio TC del torace, che confermava la falda di versamento pleurico bilaterale, con estensione intrascissurale a sinistra e di aspetto lobato in sede apicale come da aspetto saccato; collasso totale del lobo inferiore di destra e subtotale del lobo inferiore di sinistra; presenza di una consolidazione parenchimale di circa 3 cm nel segmento lingulare inferiore, in sede iuxta-scissurale, con area cavitata nel contesto come per polmonite necrotizzante. Venivano inoltre eseguite emocolture due delle quali positive per Clostridium perfringens 1 ed instaurata terapia antibiotica mirata con Clindamicina e Amoxicillina/Clavulanato. Una TAC torace di controllo eseguita a breve distanza documentava riduzione del versamento pleurico bilaterale e persistenza della consolidazione parenchimale di 3 cm circa in sede subpleurica e iuxtascissurale, con bolle aeree nel contesto. La paziente ha proseguito la terapia antibiotica sopra indicata ed a due mesi di distanza dal ricovero si presenta

Tab. I.

Dimensioni	Media ± DS	Coeffic. Correl. Pearson	P
MMSE	26,00 ± 3,12	0,07	0,45
GDS	9,89 ± 6,34	- 0,55	< 0,0001
ADL	18,65 ± 3,16	0,36	< 0,0001
IADL	5,93 ± 1,97	0,26	0,008
PPT	15,79 ± 5,43	0,32	0,001
POMA	24,19 ± 6,76	0,50	< 0,0001
CIRS			
Punteggio totale	20,66 ± 3,76	- 0,41	< 0,0001
Massimo *impairment*	3,0 ± 0,60	- 0,32	0,001
Indice di severità delle comorbilità	1,48 ± 0,27	- 0,34	< 0,0001
Indice di comorbilità complessa	2,49 ± 1,71	- 0,40	< 0,0001
MNA punteggio totale	24,88 ± 2,65		
MNA subsezioni:			
Valutazione antropometrica	7,32 ± 1,02	0,38	< 0,0001
Valutazione generale	7,32 ± 1,72	0,81	< 0,001
Valutazione dietetica	7,30 ± 1,00	0,39	< 0,0001
Valutazione soggettiva	2,93 ± 0,73	0,60	< 0,0001
Indice di Massa Corporea	28,0 ± 4,6	0,07	0,49

apiretica con pressoché completa risoluzione del quadro radiologico e recupero dell'autonomia funzionale.
Conclusione. Le infezioni primarie pleuropolmonari sostenute da Clostridium perfringens in assenza di eventi traumatici o procedure invasive sono rare e a decorso frequentemente infausto 2. L'incidenza di infezione invasiva sostenuta da Clostridium perfringens è 0,83 per 100,000, con un rischio di acquisizione età-relato: i pazienti anziani hanno un rischio di acquisizione 12 volte maggiore rispetto a pazienti di età inferiore a 65 anni 3. Sebbene il decorso clinico sia generalmente benigno, talvolta, come in questo caso, l'esordio è acuto e il quadro può essere complicato da shock settico. Una diagnosi precoce e un appropriato approccio terapeutico possono migliorare la prognosi.

Bibliografia

1 Boersma WG, van der Jag EJ, Holloway Y, Postmus P. *Pleural empyema caused by Clostridium perfringens.* Resp Med 1994;88:787-8.
2 Spagnuolo PJ, Payne VD. *Clostridial pleuropulmonary infection.* Chest 1980;78:622-5.
3 Jackson S, Gregson DB, McFadden S, Laupland KB. *Clostridium perfringens pleuropulmonary infection and septic shock: case report and population-based laboratory surveillance study.* Scand J Infect Dis 2003;35:883-6.

Variazioni del metabolismo lipidico in linfomonociti periferici (PBMCS): possibile bio-marker predittivo di malattia di Alzheimer in familiari di pazienti affetti

M. Palmas, C. Zaru, C. Abete[1], C. Mulas[1], P. Cocco[1], F. Angius[1], A. Pani[1], S. Dessì[1], G. Diaz[1], P.F. Putzu

Centro Alzheimer, Divisione Geriatria, ASL 8, Cagliari; [1] Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari

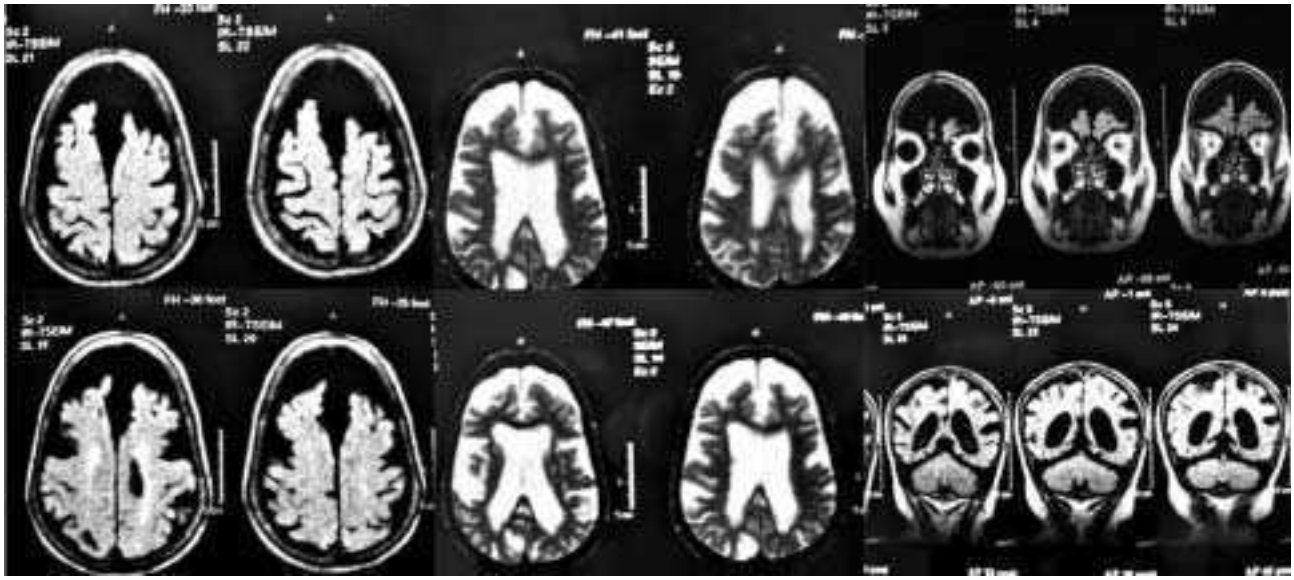
La predisposizione alla Malattia di Alzheimer è in parte geneticamente determinata. È noto, infatti, che la presenza di un familiare di primo grado affetto da AD raddoppia il rischio di sviluppare la malattia e tale rischio aumenta di circa otto volte se i familiari affetti sono due.
Numerosi studi hanno permesso di evidenziare che nelle forme familiari ad esordio precoce sono coinvolte mutazioni in almeno tre diversi geni situati sui cromosomi 1, 14, 21. I fattori genetici possono avere un ruolo anche nelle forme ad esordio tardivo. In particolare, la presenza del genotipo ◊4 (cromosoma 19) dell'apolipoproteina E, determinerebbe un aumento di circa tre volte il rischio di sviluppare la malattia.
Attualmente, però, non esistono degli indicatori validi, fatta eccezione che per le mutazioni dei tre geni correlati alle forme ad esordio precoce, che rappresentano meno del 5% di tutti i casi di AD, per stimare il rischio di sviluppare la malattia in oltre il 90% dei casi.
Sulla scorta dei dati dello studio delle alterazioni del metabolismo lipidico riscontrate nei linfomonociti periferici (PBMCs) di pazienti affetti da probabile AD, nel presente lavoro abbiamo misurato il contenuto di lipidi neutri in linfomonociti periferici e i livelli plasmatici di colesterolo totale e HDL in 86 parenti di primo grado di pazienti con diagnosi di "probabile AD".
Il nostro scopo è stato quello di valutare se alterazioni del metabolismo lipidico simili a quelle riscontrate nei pazienti affetti fossero presenti anche in cellule periferiche dei parenti e pertanto se la presenza di eventuali alterazioni potessero rappresentare un potenziale nuovo bio-*marker* predittivo di AD.
Materiali e metodi. Il campione esaminato è composto da 86 parenti di primo grado di pz affetti da malattia di Alzheimer (età media ± ES. = 46,48 ± 11,44) reclutati presso il Centro Alzheimer della Divisione Geriatria P.O. "SS. Trinità", ASL 8, Cagliari) e da 128 donatori di sangue age-matched, (età media ± ES = 44,66 ± 9,74) reclutati presso il Centro Trasfusionale, ASL 7, Iglesias, nel periodo compreso tra settembre 2006 e giugno 2008.
Non sono stati inclusi nello studio coloro che risultavano affetti da patologie neoplasiche o ematologiche, infezioni, insufficienza epatica o renale di severa entità, che abbiano subito un infarto del miocardio o un intervento chirurgico o un trauma cranico nei precedenti 6 mesi; inoltre non sono stati inclusi coloro che erano sotto trattamento con farmaci in grado di interferire (in modo noto) con il metabolismo del colesterolo.
Il plasma e i PBMCs sono stati isolati dopo centrifugazione di un prelievo di sangue venoso periferico eseguito sia sui controlli sani che sui parenti di affetti da AD. I livelli plasmatici di colesterolo totale (TC) e colesterolo HDL (HDL-C) sono stati determinati attraverso procedure colorimetriche enzimatiche di routine, i lipidi neutri cellulari sono stati determinati sia con metodiche di TLC che con il colorante *Oil red* O (ORO) in grado di legare i lipidi neutri, inclusi gli esteri del colesterolo, ma non il colesterolo libero. I valori ottenuti con l'ORO vengono espressi in base all'intensità del coloro rosso e suddivisi 5 classi: 0 (0), 1 (+), 2 (++), 3 (+++) e 4 (++++).
Risultati. È stata osservata una grande variabilità di risultati nei parenti dei pazienti affetti da AD ed una parziale sovrapposizione con i risultati del gruppo di controllo, tuttavia il 41% dei parenti dei pz affetti da AD mostrano nei PBMCs livelli di colorazione ORO compresi fra il valore 2 e il valore 3 in confronto al 12% dei controlli. Inoltre abbiamo riscontrato una correlazione inversa tra i livelli di HDL-C e l'intensità della colorazione ORO nei PBMCs del plasma dei parenti, come già osservato nei pazienti affetti da AD ($r = 0,38$, $p < 0,05$).
Sulla base dello studio parallelo compiuto su una popolazione di soggetti affetti da una probabile AD, la successiva applicazione del Teorema di Bayes ad una popolazione composta da parenti di soggetti affetti da AD e controlli di pari età, ha permesso di stabilire che un soggetto positivo all'ORO con uno score 2-3 potrebbe presentare un rischio del 78% di sviluppare la Malattia di Alzheimer dopo i 65 anni di età.
Conclusioni. L'applicazione del teorema di Bayes mostra come la colorazione ORO, con una sensibilità del 78%, potrebbe rappresentare un biomarcatore predittivo discretamente sensibile nell'individuare i soggetti destinati ad avere un maggior rischio di sviluppare la Malattia di Alzheimer. Tale marker soddisfa al contempo le caratteristiche di facilità di esecuzione, di applicazione, riproducibilità, non invasività ed economicità.
Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, ai loro parenti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Continuare sulla strada della prevenzione: oltre il progetto Cronos

L. Pani, E. Manca, A. Solinas, G. Asuni, M. Malgarise, P.F. Putzu

Centro per lo studio dei disturbi della memoria, Divisione Geriatria P.O. "SS. Trinità", ASL 8 Cagliari

Scopo. Presentiamo il caso di una paziente di 86 anni a cui la diagnosi di demenza degenerativa è stata posta in modo eccezionalmente tardivo. Scopo della presentazione è enfatizzare come casi del genere, alla luce della divulgazione culturale e scientifica sviluppata soprattutto in seguito al progetto "Cronos", non debbano, se possibile, più presentarsi.
Materiali e metodi. Il progetto "Cronos" fu promosso dal Ministero della Salute allo scopo di garantire rimborsabilità e monitoraggio dei farmaci anticolinesterasici indicati per la terapia delle demenze degenerative. Finalità del progetto era "sensibilizzare gli operatori sanitari e le famiglie dei pazienti, al fine di accrescere la consapevolezza sociale della malattia e quindi migliorare gli interventi terapeutici ed esistenziali" 1. Il progetto ha dato adito a divulgazione dei temi della diagnosi, cura delle demenze e della possibile prevenzione a opera dei centri individuati come UVA. Molto resta ancora da fare a livello territoriale, in quanto il primum movens di un percorso diagnostico di un disturbo così insidioso resta sempre il medico di medicina generale.
Nel 2007 si presentò al centro UVA la signora T.F. di 86 anni, affetta da spondiloartrosi severa con listesi di L5, osteoporosi, ernia iatale, storia di ulcera subcardiale e anemia post-emorragica, cataratta bilaterale, fibroenfisema. Scolarità elementare, nubile, viveva sola ma da alcuni mesi, a seguito di un trauma cranico contusivo casalingo, era seguita da una badante notturna. Si presentò tuttavia in compagnia di una nipote non convivente per certificazione per accompagnamento. Non aveva documentazione, né sapeva descrivere le proprie abitudini di vita. Era evidente severa aprassia, apatia, rifiuto di sottoporsi ai tests (anche incoraggiata rispondeva "non lo so" prima di capire la consegna). Dopo esami di routine



e catechizzazione dei parenti si evidenziavano: anemia normocitica, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, iperazotemia con lieve insufficienza renale. Esame neurologico: apatia, bradiartria, aprosodia, ipoacusia, amimia, sbandamenti a destra nella marcia (in parte giustificabili da protesi del ginocchio), su base allargata, ipertonia plastica, tremori posturali e a riposo agli arti, dismetria e aprassia, ipereflessia profonda, riflessi primitivi (*grasping*). Riferita disfagia, incontinenza da urgenza, si presentava aprosodica, contenta del suo stato di salute, grave difficoltà nel ragionamento astratto e nelle capacità di giudizio e critica, appiattimento emotivo, anosognosia. *Hachinsky Ischaemic Score* = 6, MMSE non completabile, *Clock Drawing Test* patologico, aprassia visuo-spaziale. ADL: 5/6 (incontinenza), IADL: 0/8: non era in grado di cucinare, fare acquisti (andava nella "bottega sotto casa" ove la sua condizione era conosciuta e tollerata), assumere farmaci, pulire casa, né sentiva l'esigenza di impegnarsi in questi compiti. Al colloquio del 2008 emergono disturbi del sonno con inversione sonno-veglia, affaccendamento notturno, incontinenza sfinterica, anosognosia, probabilmente presenti da tempo. Acquisimmo nella stessa data le sequenze della RMN encefalo. Con ausili software si potrebbe forse quantificare quella che i neurologi dell'epoca pre-TAC definivano in modo rude "la scomparsa di mezzo cervello".

Conclusione. È auspicabile che tali quadri neuroradiologici e clinici, alla luce della campagna informativa e di prevenzione portata all'attenzione dall'ex-"Progetto Cronos" si osservino sempre più raramente.

Bibliografia

[1] http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id = 88&sub = 2

Analisi dei diversi metodi di misura e del ritmo circadiano della pressione arteriosa in 250 anziani ricoverati in un reparto di Geriatria per acuti

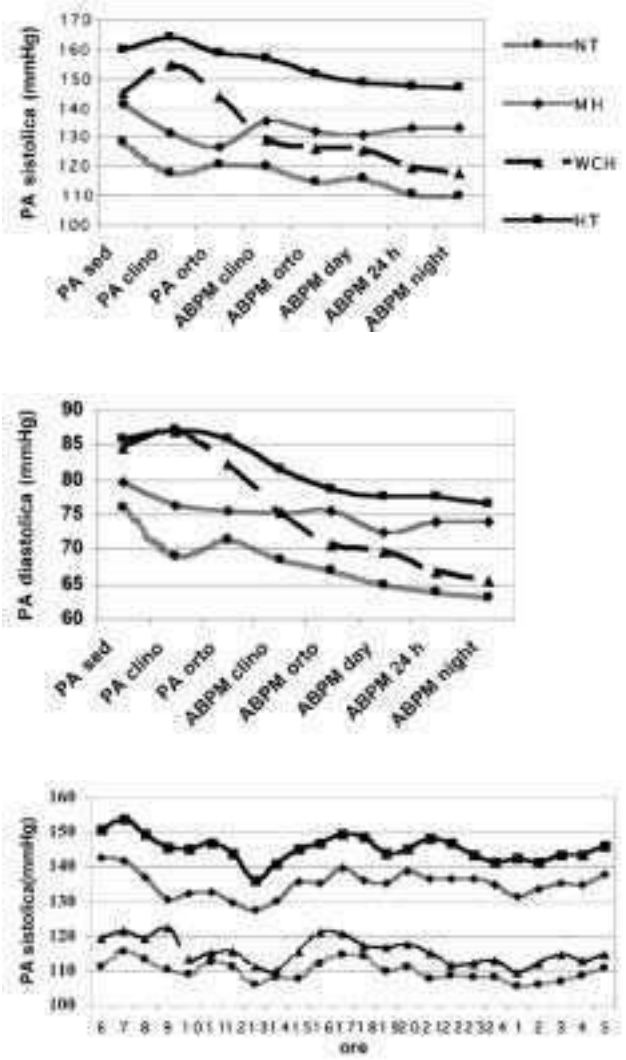
G. Panzuto, V. Giantin, A. Franchin, M. Simonato, K. Baccaglini, F. Zanatta, G. Grosso, M. Maselli, G. Enzi, E. Manzato

Clinica Geriatrica, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopo. Determinare in un campione di soggetti anziani ospedalizzati, se vi siano importanti differenze nelle diverse misurazioni della pressione arteriosa (PA) oggi disponibili, che possano aiutare a meglio identificare i soggetti ipertesi e valutare l'andamento circadiano della PA nelle diverse tipologie individuabili di pazienti.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 250 pazienti (152 F, 98 M; età media 78,9 ± 6,9 anni, *range* 65-94) ricoverati presso la Clinica Geriatrica. A ciascuno veniva effettuata in reparto una serie di misurazioni ripetute della frequenza cardiaca (FC) e della PA in clino e ortostatismo con sfigmomanometro; veniva quindi posizionato sul braccio non dominante un ABPM (Takeda TM2430) per il monitoraggio incruento della PA nelle 24 h, ripetendo le prove in clino e ortostatismo. Per la diagnosi di ipertensione si sono utilizzati i limiti proposti dalle Linee Guida ESH-ESC 2007. Sono stati classificati come normotesi (NT) i soggetti che avevano PA nella norma sia allo SF che allo ABPM, ipertesi (HT) se presentavano ipertensione all'ABPM e allo SF, con ipertensione mascherata (MH) quelli normotesi allo SF e ipertesi all'ABPM, con ipertensione da camice bianco (WCH) quelli ipertesi solo allo SF.

Risultati. Nei 250 soggetti studiati, il 19,2% era NT, 56,4% era invece HT, 7,6% WCH e 16,8% MH. Le Figure 1 e 2 presentano, nelle diverse tipologie di pazienti così individuati, i valori pressori medi di tre misurazioni, rispettivamente sistolici e diastolici, in funzione della modalità di misurazione sfigmomanometrica da seduto (PAsed), in clinostatismo (PAclino), in ortostatismo (PAorto); alle tre misurazioni con ABPM in clino (ABPMclino) e in orto (ABPMorto), e i valori diurni (ABPMday), delle 24 ore (ABPM24h) e notturni (ABPMnight) ottenuti all'ABPM. La Figura 3 mostra invece l'andamento circadiano della PA nelle diverse tipologie di pazienti.



Conclusione. La combinazione di diverse metodiche di misurazione della PA aiuta a diagnosticare meglio i soggetti ipertesi, in particolare l'ABPM permette di individuare anche soggetti con MH o con WCH. È risultato interessante il fatto che all'ABPM gli andamenti circadiani siano risultati simili tra i sottogruppi HT e MH con una differenza media di 10 mmHg. Ciò pone importanti interrogativi sulla opportunità che, anche in soggetti anziani ospedalizzati come i nostri, sia utile eseguire un monitoraggio ABPM o almeno incoraggiare l'automonitoraggio della PA a domicilio (SHBPM).

Utilità del Multidimensional Prognostic Index (MPI), derivato da una valutazione multidimensionale geriatrica, nel predire la mortalità a breve e a lungo termine in anziani affetti da demenza

F. Paris[1], L. Cascavilla[1], M. Franceschi[1 2], G. D'Onofrio, A.M. Pazienza[1], G. Leandro[3], A. Pilotto[1]

[1] Unità Operativa di Geriatria, Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia, Italy; [2] Dipartimento di Scienze Mediche, Unità di Gastroenterologia, Università di Parma, Italy; [3] Unità di Gastroenterologia e Biostatistica, IRCCS "Saverio De Bellis", Castellana Grotte, Italy

Scopo. Valutare l'utilità del *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) derivato da una valutazione multidimensionale (VMD) per predire il rischio di mortalità nei pazienti anziani con demenza.

Metodi. Sono stati valutati per l'inclusione i pazienti con diagnosi di demenza giunti all'osservazione da gennaio 2004 a dicembre 2006 presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG). Criteri di inclusione sono stati: 1) età ≥ 65 anni; 2) diagnosi di demenza; 3) consenso informato a partecipare allo studio; 4) esecuzione di una VMD durante ospedalizzazione; 5) informazioni sullo stato di mortalità/sopravvivenza a un anno. La diagnosi di demenza è stata posta in accordo ai criteri del NINCDS-ADRDA, del NINDS-AIREN Work Group e del DSM–IV. L'MPI è stato costruito sulla base di 63 *items* in 8 domini ricavati dalla VMD che include le seguenti scale validate: ADL, IADL, SPMSQ, MNA, scala di Exton-Smith, CIRS morbilità, numero di farmaci e stato sociale. In base al valore dell'MPI sono stati identificati tre gruppi di soggetti a diverso grado di rischio di mortalità: MPI-1, rischio basso, *range* MPI = 0,0-0,33; MPI-2, rischio moderato, *range* MPI = 0,34-0,66 e MPI-3, rischio severo, *range* MPI = 0,67-1,0. L'analisi statistica è stata eseguita mediante il test del Chi quadrato, il test di Kruskall-Wallis, la analisi della regressione logistica, la regressione di Cox e le curve ROC.
Risultati. Lo studio è stato condotto su 262 pazienti anziani (M = 90, F = 172, età media di 80,9 ± 6,7 anni, *range* 65,4–98,8). 73 pazienti sono stati classificati a basso rischio (MPI-1, valore medio = 0,21 ± 0,08), 116 pazienti a rischio moderato (MPI-2, valore medio = 0,49 ± 0,09) e 73 pazienti a rischio severo (MPI-3, valore medio = 0,75 ± 0,08).
Valori di MPI più elevati si associano in maniera significativa all'età avanzata (MPI-1 = 77,4 anni, MPI- 2 = 80,9 anni, MPI-3 = 82,3 anni, p = 0,0001) e ad un più alto tasso di mortalità a 30 giorni (MPI-1 = 0,0%; MPI-2 = 3,4%; MPI-3 = 12,3%, p = 0,002), a 6 mesi (MPI-1 = 1,4%; MPI-2 = 9,5%; MPI-3 = 28,8%, p = 0,0001) e a 1 anno (MPI-1 = 2,7%; MPI-2 = 16,4%; MPI-3 = 35,6%, p = 0,0001). L'analisi della regressione logistica aggiustata per età e sesso ha dimostrato che l'MPI è significativamente associato con la mortalità a 30 giorni (OR = 4,90, 95% CI = 1,67-14,40), a 6 mesi (OR = 4,03, IC 95% = 2,08-7,80) e a 1 anno (OR = 3,17, 95% CI = 1,85-5,42) di follow-up. Inoltre, la stima della mortalità predetta dal MPI è sovrapponibile alla mortalità osservata sia a 1 che a 6 e 12 mesi. La discriminazione del MPI è risultata molto buona con un'area sotto la curva ROC a 30 giorni di 0,763, IC 95% 0,654-0,871, a 6 mesi di 0,750, IC 95% 0,669-0,831), e a 1 anno di 0,724, IC 95% 0,651-0,798 di follow-up.
Conclusioni. Il *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) derivato da una VMD standardizzata stratifica accuratamente i pazienti anziani con demenza in gruppi con differente rischio di mortalità a breve e a lungo termine.

Trend secolare della conta dei globuli bianchi e rischio di mortalità nella popolazione del Baltimore Longitudinal Study of Aging dal 1958 al 2002

F. Patacchini, C. Ruggiero, E.J. Metter[1], G. dell'Aquila, R. Ferretti, A. Cherubini, S. Najjar[1], G.B. Windham[1], M. Maggio[1], U. Senin, L. Ferrucci[1]

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Perugia; [1] Longitudinal Studies Section, Clinical Research branch, National Institute on Ageing Intramural Research Program (NIA-IRP), National Institute of Health (NIH), Baltimore, MD, USA

Scopo. La conta dei globuli bianchi (GB) è un *marker* clinico di infiammazione ed è riconosciuta fattore di rischio di mortalità. La seconda metà del XX secolo è stata caratterizzata da una notevole riduzione della mortalità, tuttavia pochi studi epidemiologici hanno valutato se nello stesso periodo la conta dei GB o la relazione tra GB e mortalità si sia modificata. Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di valutare se vi è stata una variazione della conta dei GB nel periodo 1958-2002 e se questa ha contribuito al trend di mortalità associato nello stesso periodo.
Materiali e metodi. 1.720 uomini e 1.083 donne sono stati arruolati nel *Baltimore Longitudinal Study of Aging* dal 1958 al 2002 e sottoposti ogni 2 anni a valutazione multidimensionale e prelievi ematici. La conta dei GB (n° x 10^3/mm^3) è stata eseguita mediante *Coulter Counter* (Coulter Electronics, Hialeah, FL). I dati di mortalità sono stati aggiornati fino al 2002 sia mediante contatto telefonico con i familiari dei partecipanti sia con ricerca sistematica sul *National Death Index*.

Risultati. Nel periodo 1958-2002, una conta di GB più bassa alla valutazione basale si associava ad un minor rischio di mortalità. In particolare la riduzione di 1.000 GB/mm^3 al basale riduceva il rischio di mortalità dell'11%. I soggetti con GB > 6.000/mm^3 presentavano un rischio di mortalità significativamente maggiore di quelli con GB nel *range* 3.501-6.000/mm^3. L'associazione tra GB e mortalità è rimasta simile nelle coorti di soggetti arruolati in decadi successive. I soggetti deceduti durante il follow-up presentavano un incremento della conta leucocitaria, in particolare dei neutrofili, rispetto ai sopravvissuti, e la conta dei GB è aumentata in modo statisticamente significativo a partire da circa 5 anni prima della morte.
Conclusioni. Il nostro lavoro dimostra che nel periodo dal 1958 al 2002 si è verificata una riduzione della conta dei GB. Tuttavia l'associazione tra conta leucocitaria e mortalità è rimasta sostanzialmente invariata in ciascuna delle decadi prese in considerazione. Questi dati suggeriscono che il trend negativo dei GB possa aver contribuito al declino della mortalità nel periodo 1958-2002, ma che l'associazione tra GB e mortalità rimane costante.

Infezioni MRSA nelle lesioni da decubito: analisi e confronto tra RSA e Ospedale

L. Pelucchi, D. Vasaturo, S. Terrevazzi, L. Re[1], A. Giannini[2], M.A. Fumagalli[3], G. Calicchio[4]

RSA "S. Pertini", ASL Prov. di Milano n° 1, Garbagnate Milanese (MI); [1] Dipartimento di Patologia Clinica, A.O. "G. Salvini", Garbagnate Milanese (MI); [2] Servizio di Farmacia, ASL Prov. di Milano n° 1, Garbagnate Milanese (MI); [3] Dipartimento di Cardio-Rianimazione, A.O. Ospedale Niguarda "Cà Granda", Milano; [4] Direzione Sociale, ASL Prov. di Milano n° 1, RSA "S. Pertini" Garbagnate Milanese (MI)

Le infezioni sostenute da ceppi meticillino-resistenti di *Staphylococcus aureus* (MRSA) nelle lesioni da decubito sono diventate un problema importante e in aumento negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. La maggior parte di tali infezioni sono ormai divenute resistenti agli antibiotici più comunemente utilizzati.
Lo studio si è proposto di valutare l'incidenza delle infezioni MRSA nelle ulcere cutanee in soggetti anziani istituzionalizzati; inoltre si è voluto confrontare tale incidenza con le infezioni MRSA riscontrate presso una struttura ospedaliera.
Sono stati riscontrate 242 infezioni batteriche, nel corso di più di tre anni (dal 2005 alla fine di maggio 2008), dalla valutazione degli esami colturali di lesioni da decubito in soggetti anziani ospiti presso l'RSA "S. Pertini" dell'ASL Prov. di Milano n° 1; tali esami colturali sono stati confrontati con quelli eseguiti presso l'A.O. "G. Salvini" di Garbagnate Mil.se (MI).
La diagnosi di infezione è stata dimostrata in base alla positività dell'esame batteriologico in due colture consecutive di campioni prelevati nella stessa sede biologica, per lo stesso microrganismo, nella stessa giornata (tale positività è stata considerata una sola volta ai fini del lavoro); l'esame è stato fatto a prescindere dal grado e dall'estensione della lesione da decubito.
L'analisi effettuata presso l'RSA "S. Pertini" ha evidenziato che la maggioranza delle infezioni riscontrate negli esami colturali sono sostenute da *Staphylococcus aureus* con una percentuale media del 33,88% su tutti i microrganismi riscontrati nel corso degli anni; tale percentuale è stata del 34,40% negli anni 2005-2006 e del 31,06% nel 2007 e parte del 2008.
Le infezioni da MRSA sono risultate essere il 58,53% sul totale delle infezioni sostenute da *Staphylococcus aureus*; se si analizza il 2005 e 2006 la percentuale risulta essere del 60,02% e nel 2007 e parte del 2008 la percentuale è scesa del 49,97%.
Se si confrontano con i dati ottenuti nell'Ospedale "G. Salvini", si constata che le infezioni da *Staphylococcus aureus* nelle ulcere cutanee sono il 26,16% sul totale dei microrganismi trovati; negli anni 2005 e 2006 la percentuale è stata del 25,35% e nel 2007 e parte del 2008 la percentuale è del 27,23%.
Le infezioni MRSA sono risultate essere il 42,08% delle infezioni da *Staphylococcus aureus* nel corso degli anni analizzati; se si analizza il 2005 e 2006 la percentuale risulta essere del 46,93% e nel 2007 e parte del 2008 la percentuale è scesa del 36,19%.
I dati analizzati mostrano che le infezioni sostenute da ceppi MRSA sono in notevole aumento anche in strutture non ospedaliere come una RSA; è quindi la conoscenza e l'applicazione dell'epidemiologia, della clinica e della terapia di queste infezioni è fondamentale per apportare la più corretta strategia preventiva e la più appropriata scelta di medicazioni avanzate e terapia antibiotica (farmacocinetica e farmacodinamica), e sta portando a una riduzione e una limitazione della diffusione delle infezioni MRSA.

Attivazione piastrinica e deterioramento cognitivo nel paziente anziano con sindrome metabolica

I. Petrella, D. Mastroiacovo, R. Cibarelli, G. Mauti[1], C. Marini, A. Raffaele[1], R. Di Gaetano[1], R. Bocale, R. Scipioni, S. Necozione, C. Ferri, G. Desideri

Università de L'Aquila, Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, L'Aquila; [1] Ospedali Riuniti della Marsica, ASL Avezzano-Sulmona, L'Aquila

Scopo. La sindrome metabolica è una condizione clinica molto frequente nella popolazione geriatrica con una prevalenza superiore al 40% negli individui di età superiore ai 65 anni [1]. Recenti evidenze suggeriscono che la sindrome metabolica sia associata ad un aumentato rischio di sviluppare deterioramento cognitivo [2]. I meccanismi fisiopatologici sottesi a questa associazione non sono ancora completamente noti anche se è stato recentemente ipotizzato che una condizione di flogosi cronica di basso grado possa avere un rilevante ruolo patogenetico [2]. A tale riguardo, abbiamo recentemente descritto il possibile coinvolgimento nella genesi del deterioramento cognitivo nella malattia di Alzheimer del ligando solubile di CD40 (CD40L) [3], molecola liberata in circolo principalmente dalle piastrine attivate e dotata per se di rilevanti proprietà aterogene [4]. Partendo da queste evidenze scientifiche abbiamo pensato di investigare la relazione tra performance cognitive e livelli circolanti dei bio-*markers* di attivazione piastrinica in pazienti anziani con sindrome metabolica.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 80 pazienti (74 ± 6 anni, 49 F) affetti da sindrome metabolica diagnostica secondo i criteri NCEP-ATP III senza evidenza clinica di malattia cerebrovascolare o di demenza conclamata. Le funzioni cognitive sono state esplorate mediante *Mini Mental State Examination* ed il *Trail Making* Test A e B. I risultati dei test psicometrici sono stati trasformati logaritmicamente ed utilizzati per il calcolo di uno score cognitivo composito mediante trasformazione z. Come gruppo di controllo abbiamo studiato 60 individui (72 ± 4 anni, 52 F) cognitivamente integri e senza fattori di rischio cardiovascolare e/o patologie concomitanti. In tutti i partecipanti abbiamo analizzato i livelli circolanti della frazione solubile di sCD40L e di P-selectina quali indici di attivazione piastrinica [4]. Abbiamo, inoltre determinato i livelli circolanti del prodotto di per ossidazione lipidica 8-iso-prostaglandina(PG)F2alfa, in ragione del suo possibile effetto attivante sulle piastrine [4].
Risultati. Rispetto ai soggetti di controllo i pazienti con sindrome metabolica presentavano funzioni cognitive peggiori (z score: 0,58 ± 0,32 *vs.* -0,39 ± 0,28p < 0,0001) ed aumentati livelli circolanti della frazione solubile di CD40L (+ 35%, p < 0,005) e di P-selectina (+ 34%, p < 0,002) e di 8-iso-PGF2alfa (+ 43%, p < 0,0001). Considerando globalmente la popolazione di pazienti con sindrome metabolica abbiamo osservato una correlazione inversa tra performance cognitive e livelli circolanti della frazione solubile di CD40L (r = 0,445, p < 0,007). Questi ultimi sono risultati direttamente correlati con i livelli circolanti di 8-iso-PGF2alfa (r = 0,502, p < 0,001).
Conclusione. In conclusione, i risultati del nostro studio suggeriscono la possibilità che la riduzione delle performance cognitive nei pazienti con sindrome metabolica riconosca quale potenziale determinante una persistente attivazione piastrinica in senso proaterogeno a sua volta sostenuta da un aumentato stress ossidativo.

Bibliografia

1 Ford ES, Giles WH, Dietz WH. *Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey*. JAMA 2002;287:356-9.
2 Yaffe K, Kanaya A, Lindquist K, Simonsick EM, Harris T, Shorr RI, et al. *The metabolic syndrome, inflammation, and risk of cognitive decline*. JAMA 2004;292:2237-42.

[3] Desideri G, Cipollone F, Necozione S, Marini C, Lechiara MC, Taglieri G, et al. *Enhanced soluble CD40 ligand and Alzheimer's disease: evidence of a possible pathogenetic role*. Neurobiol Aging 2008;29:348-56.
[4] Desideri G, Ferri C. *Endothelial activation: sliding door to atherosclerosis*. Curr Pharm Des 2005;11:2163-75.

L'evoluzione della longevità in Toscana: confronto tra il 2002 e il 2007

E. Petruzzi[1], S.U. Magnolfi, I. Noferi, P. Pinzani[2], F. Malentacchi[2], N. Marchionni[1]

U.O. di Geriatria, USL 4 Area Pratese; [1] Dip.to Area Critica Medico Chirurgica, Sez. di Geriatria; [2] Dip.to Fisiopatologia Clinica, Sez. Biochimica Clinica, Università di Firenze

Introduzione. In Italia si sta verificando un progressivo aumento percentuale della popolazione anziana che riguarda soprattutto le classi di età più avanzata (gli ultranovantenni e ancor più i centenari). Per studiare l'evoluzione temporale della longevità in Italia, abbiamo creato due nuovi indicatori, l'indice di longevità (il rapporto tra gli ultranovantenni e gli ultrasessantacinquenni x 100) e quello di centenarietà (il rapporto tra i centenari e gli ultranovantenni x 100).
Soggetti e metodi. Sono stati utilizzati i dati ISTAT aggiornati all'1-1-2007 relativi alla regione Toscana, suddivisa in dieci province. Per ogni provincia sono stati calcolati i seguenti dati: popolazione totale, percentuale di ultrasessantacinquenni, centenari/10.000 abitanti, indice di longevità, indice di centenarietà, rapporto tra centenari di sesso femminile e maschile (*sex ratio*). I dati del 2007 sono stati confrontati con quelli relativi alla rilevazione ISTAT del 2002, per capire qual è stata l'evoluzione temporale della longevità negli ultimi 5 anni. Infine, i dati relativi alla Toscana sono stati confrontati con quelli riguardanti le altre regioni e l'intera popolazione italiana.
Risultati. La Toscana è stata nel 2007 una delle regioni italiane con la maggiore percentuale di ultrasessantacinquenni: 23,34% (+ 0,87% rispetto al 2002). La percentuale degli ultrasessantacinquenni toscani è risultata molto superiore (+ 3,40%) alla media italiana (19,94%), tuttavia questo divario si è ridotto rispetto al 2002, in cui tra gli ultrasessantacinquenni toscani (22,47%) e quelli italiani (18,71%) esisteva una differenza ancora maggiore (+ 3,76%). Tra le regioni italiane, hanno avuto una maggiore percentuale di anziani della Toscana soltanto la Liguria (26,70%) e l'Umbria (23,37%). Le province più anziane della Toscana sono Siena (25,14%), Grosseto (24,95%) e Massa Carrara (24,32%), mentre Prato (19,81%) è molto più giovane di tutte le altre, che hanno percentuali di ultrasessantacinquenni superiori al 22%. Rispetto al 2002, tutte le province toscane sono invecchiate: l'invecchiamento più pronunciato è stato registrato a Massa Carrara (+ 1,33), quello più contenuto a Siena (+ 0,11%). L'indice di longevità della Toscana nel 2007 (4,80) è stato nettamente superiore alla media italiana (4,25), ma inferiore a quello di regioni del nord come l'Emilia Romagna (5,09), la Liguria (5,05) e il Friuli Venezia Giulia (5,05). La crescita dell'indice di longevità dal 2002 al 2007 (+ 0,51) è stata simile a quella media italiana (+ 0,49). Tra le province toscane, nel 2007 Siena ha avuto il più alto indice di longevità (5,33), Grosseto il più basso (4,39). Il numero di centenari/10.000 abitanti della Toscana nel 2007 (2,27) è stato superiore alla media italiana (1,94). L'aumento dei centenari/10.000 abitanti registrato dal 2002 al 2007 in Toscana (+ 0,95) è sovrapponibile alla media italiana (+ 0,95). Tra le province toscane, quelle con il maggior numero di centenari/10.000 abitanti sono state nel 2007 Lucca (2,95, al nono posto tra tutte le province italiane), Pistoia (2,74) e Siena (2,66), quelle con meno centenari Arezzo (1,78), Livorno (1,90), e Pisa (1,95). Nel 2002, ai primi posti c'erano rispettivamente Pistoia (1,82), Siena (1,59) e Firenze (1,52), mentre agli ultimi si posizionavano Pisa (0,94), Prato (1,01) e Grosseto (1,04). L'indice di centenarietà della Toscana nel 2007 (2,03) è stato lievemente inferiore alla media nazionale (2,29). Anche nel 2002 l'indice toscano (1,37) era risultato lievemente inferiore a quello nazionale (1,41). Nel 2007 la provincia con l'indice di centenarietà maggiore è stata Lucca (2,75), quella con il minore Arezzo (1,65). La *sex ratio* della Toscana del 2007 (6,24, - 1,01 rispetto al 2002) è risultata più alta sia rispetto alla media nazionale (4,69), che rispetto alla media dell'Italia centrale (3,82). Tra le province toscane sia Lucca che Pistoia hanno avuto nel 2007 valori molto alti di *sex ratio* (rispettivamente 10,30 e 10), mentre i valori più bassi sono stati registrati a Massa Carrara (3,60) e ad Arezzo (3,62).
Discussione e conclusioni. Tra le regioni italiane, la Toscana è caratterizzata da un'elevata percentuale di ultrasessantacinquenni, a cui si associa un alto tasso di ultranovantenni e di centenari. La longevità non è distribuita in modo omogeneo su tutto il territorio regionale: nelle province di Lucca, Pistoia e Siena ci sono più centenari che in quelle di Arezzo, Livorno e Pisa. Rispetto al 2002, nel 2007 la provincia di Lucca ha avuto un considerevole aumento dei centenari, superiore a quello avvenuto nelle altre province toscane. Per ogni uomo che raggiunge la soglia del secolo ci sono in Toscana oltre 6 donne centenarie. La maggiore longevità femminile è un aspetto che caratterizza più le regioni del nord Italia che quelle del sud. In una regione centrale come la Toscana abbiamo province come Lucca e Pistoia con una *sex ratio* più simile a quella delle regioni del nord, e altre come Arezzo e Massa Carrara con una *sex ratio* affine a quella delle regioni meridionali. È interessante notare che le province con la *sex ratio* maggiore sono anche quelle con la più alta percentuale di centenari. Poiché la longevità femminile è più legata di quella maschile a cause ambientali, si può supporre che in province come Lucca o Pistoia esiste un ambiente particolarmente favorevole al raggiungimento di un'età molto avanzata.

Ginnastica di gruppo in RSA: misurare i risultati

M. Pevere, A. Schiavo

Servizio Fisioterapia, Centro Polivalente "Papa A. Luciani", Altavilla Vicentina (VI)

Scopo. L'obiettivo di questo lavoro è evidenziare come attività molte diffuse nella pratica lavorativa quotidiana del fisioterapista in RSA abbiano una effettiva efficacia sulla funzione motoria, e come i risultati siano obiettivamente valutabili. L'esperienza descritta ha coinvolto, nel primo semestre di quest'anno, un piccolo gruppo di anziane residenti nella RSA di Altavilla Vicentina che ospita 80 anziani non autosufficienti. Il fisioterapista ha scelto la modalità di lavoro in gruppo in quanto questa permette di sollecitare anche competenze in ambito affettivo -relazionale e rende piacevole l'attività fisica, educando più facilmente gli ospiti a provare sensazioni positive correlate al movimento**;** il lavoro in gruppo, infine, ha permesso al fisioterapista di stimolare, con modalità ludiche, l'iniziativa al movimento, aspetto che spesso si riduce notevolmente nei soggetti anziani istituzionalizzati. Gran parte dell'interesse è stato rivolto alle funzioni di equilibrio in stazione eretta senza tralasciare tuttavia anche la mobilizzazione delle principali articolazioni ed una stimolazione cognitiva aspecifica attraverso la conversazione (orientamento temporale in particolare).
Materiali e metodi. Sono stati selezionate 8 ospiti di sesso femminile di età compresa tra 66 e 89 anni, con un MMSE non inferiore a 18/30 e senza gravi compromissioni della motricità funzionale; ad ognuna di loro è stato somministrato il Tinetti Test, per valutare la funzionalità dell'equilibrio in stazione eretta e nella deambulazione ed è stata misurata la distanza occipite-muro per avere un'indicazione dell'atteggiamento cifotico della colonna vertebrale dorsale. Le pazienti non erano affette da patologie per cui fosse stato previsto un trattamento riabilitativo specifico ed individuale. Ogni soggetto ha partecipato alla ginnastica di gruppo con cadenza bisettimanale. Ogni incontro ha avuto durata di 60' ed è stato suddiviso in due parti: all'inizio (circa 15') viene chiesto agli ospiti partecipanti di eseguire una serie di movimenti, indicati dal fisioterapista, in modo da mobilizzare attivamente tutte le principali articolazioni in tutti gli assi di movimento; successivamente (per i restanti 45'), vengono fatti eseguire degli esercizi per la stimolazione delle reazioni di equilibrio dalla stazione eretta (sia singolarmente, con spinte e sbilanciamenti dati dal terapista ad un ospite per volta, sia collettivamente, con dei passaggi di una palla fra gli ospiti in stazione eretta).
I materiali utilizzati sono: una sedia per ciascun ospite ed una palla in gommapiuma del diametro di circa 20 cm, in modo da essere facilmente afferrata e lanciata con due mani. Al termine del lavoro, è stato nuovamente somministrato a tutti i partecipanti il Tinetti Test ed è stata di nuovo misurata la distanza occipite-muro.

Risultati. 6 soggetti su 8 hanno avuto miglioramenti del punteggio Tinetti ($p < 0,05$ al test T di Student per dati appaiati). Considerando gli *items* nel dettaglio, si evidenzia come il miglioramento interessi quasi esclusivamente l'equilibrio in stazione eretta e non la deambulazione; in particolare, 4 ospiti sono migliorate nella capacità di resistere alle spinte (*romberg* sensibilizzato).
Non ci sono state invece variazioni significative per i valori della distanza occipite-muro, è da rilevare però che per migliorare questo parametro non è stato attuato un programma specifico di esercizi, come invece per l'equilibrio.
Conclusione. L'esperienza descritta evidenzia che una attività di mantenimento che comporti un allenamento mirato dell'equilibrio in stazione eretta è in grado di migliorare le performance dei soggetti coinvolti. Tali miglioramenti sono facilmente oggettivabili con l'introduzione routinaria di scale di valutazione nella pratica quotidiana del fisioterapista in RSA.

Le infezioni delle vie urinarie nei pazienti anziani: prevalenza e problemi correlati alla degenza in un reparto di riabilitazione

P. Piana, F. Sardi, F. Furlani, A. Rossi, P. Vitali Mazza, G. Cuzzoni, G. Ricevuti

Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Pavia, Divisione Clinicizzata di Geriatria, IDR "S. Margherita", Pavia

Riassunto. Lo studio illustrato mostra i risultati di un'osservazione durata circa 24 mesi nell'anno 2006/2007, riguardante cartelle cliniche di pazienti ricoverati presso l'IDR Santa Margherita di Pavia per un periodo riabilitativo e/o di inquadramento cognitivo-comportamentale di circa due mesi ciascuno. Si è voluta rilevare la prevalenza di infezioni delle vie urinarie e i problemi correlati alla degenza in un reparto di riabilitazione. Sono stati arruolati 157 pazienti e ogni paziente è stato osservato per circa due mesi. Si sono rilevati 78 casi di infezione delle vie urinarie, dimostrati tramite positività dell'urinocoltura. Il più importante microrganismo coinvolto è risultato *Escherichia coli*. Inoltre i maggiori fattori di rischio per infezione delle vie urinarie si sono dimostrati l'età, l'allettamento, la comorbilità, la ridotta autonomia funzionale e le terapie impostate empiricamente.
Introduzione. Le infezioni delle vie urinarie sono un problema frequente nella popolazione anziana e spesso accade che la diagnosi, la prevenzione e la terapia siano piuttosto complesse, perché le manifestazioni cliniche possono essere atipiche [1-3]. Molti pazienti affetti da infezioni delle vie urinarie sono asintomatici. Tra le manifestazioni cliniche possibili delle infezioni sintomatiche vi sono la disuria, la pollachiuria, la recente comparsa di incontinenza urinaria, il dolore ad un fianco e la febbre. Non bisogna poi dimenticare che nell'anziano, nel caso in cui l'infezione urinaria si associ a febbre elevata, l'unica manifestazione clinica presente può essere uno stato confusionale acuto. Negli anziani non ospedalizzati o istituzionalizzati, il microrganismo più comunemente isolato è *Escherichia coli* (50-60%). *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus spp.* sono spesso isolati negli anziani residenti in comunità geriatriche. Anche batteri gram-positivi, in particolare *Staphylococcus aureus* ed *Enterococcus spp.*, sono responsabili di infezioni delle vie urinarie, ma per lo più nei pazienti ospedalizzati. Gli anziani portatori di catetere vescicale presentano solitamente infezioni polimicrobiche [4-7].
Scopo. Tale studio si propone di analizzare uno dei principali problemi che riguardano i pazienti ricoverati in istituti riabilitativi e di lungo degenza ovvero le infezioni urinarie. L'analisi delle infezioni risulta essere uno degli argomenti di primaria importanza nelle *nursing homes* sia per i costi di gestione derivanti, sia perché le infezioni rappresentano la maggiore complicanza nei soggetti anziani ricoverati ed una delle cause più importanti di morte. Il sopraggiungere dell'infezione nei pazienti delle *nursing homes* può essere una complementarietà ad altre patologie già presenti (comorbilità) oppure può rappresentare una complicanza della gestione del paziente ricoverato. È fondamentale stabilire l'esatta correlazione tra infezioni e altre patologie del soggetto anziano in quanto la decisione terapeutica in tali circostanze è molto importante e qualche volta anche difficile.
Materiali e metodi. Il nostro studio ha preso in considerazione un campione di 157 pazienti sequenzialmente reclutati, indifferentemente maschi e femmine, di età compresa tra i 50 e i 98 anni, ricoverati presso l'IDR "Santa Margherita" di Pavia. Lo studio retrospettivo si è svolto in un periodo di circa 24 mesi negli anni 2006/2007 e si è basato su cartelle cliniche di pazienti ricoverati nella struttura per un periodo riabilitativo e/o di inquadramento cognitivo-comportamentale di circa due mesi ciascuno. I dati da noi rilevati sono stati: età, sesso, provenienza e destinazione, diagnosi all'ingresso e alla dimissione, ricovero ospedaliero e intervento chirurgico nei 30 giorni precedenti la giornata del ricovero, patologie di base concomitanti, farmaci assunti, in particolare terapia antibiotica, presenza di catetere vescicale, catetere venoso centrale, PEG, lesioni da decubito, test specifici somministrati (MMSE, ADL, IADL, Indice di Barthel, GDS, Tinetti), dati di laboratorio, sede/i di infezione, dati colturali. Tali dati sono stati registrati in schede di rilevazione standard da noi formulate.
Risultati. I dati analizzati dalla nostra ricerca evidenziano due aspetti rilevanti. Il primo riguarda la presenza di infezioni in soggetti che subiscono una ospedalizzazione, il secondo riguarda la comorbilità come fattore inducente e favorente possibili infezioni. Nella nostra casistica circa il 50% presentavano un'infezione che nel 55% dei casi è stata acquisita durante la degenza e nel 45% era presente all'ingresso.
Conclusioni. Il trasferimento di un paziente da un reparto per acuti porta spesso con sé un'infezione; il problema dell'età, della comorbilità, dell'allettamento, e dello stato di autonomia sono fondamentali per la persistenza e/o comparsa di patologia infettiva; le infezioni incidono in modo peggiorativo non solo sulla morbosità e mortalità della popolazione, ma anche sulla qualità della vita del degente, sull'evoluzione prognostica della patologia di base e sui costi sia economici che sociali sostenuti per l'assistenza sanitaria, il tasso di diffusione delle infezioni è uno dei principali e più sensibili indicatori di qualità dell'assistenza erogata e infine l'azione di gran lunga più efficace nel controllo delle infezioni è la sorveglianza mirata, intesa come raccolta continua di informazioni, analisi dei dati, applicazione di misure di controllo, e valutazione dell'efficacia delle stesse.

Bibliografia

1 Ackermann RJ, Monroe PW. *Bacteremic urinary tract infection in older people*. J Am Geriatr Soc 1996;44:927-33.
2 McCue JD. *Gram-negative bacillary bacteremia in the elderly: incidence, ecology, etiology and mortality*. J Am Geriatr Soc 1987;35:213-8.
3 Bryan CS, Reynolds KL. *Community-acquired bacteremic urinary tract infection: epidemiology and outcome*. J Urol 1984;132:490-3.
4 Yoshikawa TT. *You are what you urinate: fact or fiction*. J Am Geriatr Soc 1998;46:1051-2.
5 Farber BF, Brennen C, Puntereri AJ, Brody JP. *A prospective study of nosocomial infections in a chronic care facility*. J Am Geriatr Soc 1984;32:499-502.
6 Garibaldi RA, Brodine S, Matsumiya S. *Infections among patients in nursing homes. Policies, prevalence and problems*. N. Engl J Med 1981;305:731-5.
7 Raz R, Schiller D, Nicolle LE. *Chronic indwelling catheter replacement before antimicrobial therapy for symptomatic urinary tract infection*. J Urol 2000;16:1254-8.

Trattamento non farmacologico della demenza: efficacia di un intervento riabilitativo domiciliare

V. Picciolo, A. Di Prima, M.T. Giambartino, G. Vassallo

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Negli ultimi anni la composizione della popolazione italiana si è progressivamente modificata: gli individui con età superiore ai 65 anni rappresentano oggi il 16% della popolazione, con un incremento esponenziale previsto almeno per i prossimi 20 anni.
Tra questo consistente gruppo di popolazione la prevalenza delle patologie croniche tende ad aumentare: fra le malattie neurologiche degenerative, ai primi posti sono da considerare la demenza di Alzheimer e le altre demenze, nonché il morbo di Parkinson. Questa situazione ha determinato un progressivo incremento delle risorse dedicate alla diagnosi e alla cura delle patologie degenerative croniche.

La demenza è una malattia con decorso progressivo e cronico, che comporta la compromissione delle facoltà mentali e, conseguentemente, la possibilità di una vita autonoma. Si caratterizza per la perdita della memoria e delle funzioni cognitive: afasia, agnosia, deficit del pensiero astratto, capacità di critica.
Oltre ai sintomi cognitivi la demenza determina alterazioni della sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento. Il deficit cognitivo si correla alla progressiva perdita di autosufficienza, per tale motivo è importante l'approccio multidimensionale.
La perdita delle facoltà cognitive è un processo graduale, che lascia spazio all'approccio riabilitativo. L'approccio "non farmacologico" alla demenza è stato per alcuni anni improvvisato, in quanto ha utilizzato tecniche di stimolazione cognitiva generiche, mutuandole dagli interventi messi a punto per il mantenimento delle funzioni cognitive dell'anziano sano. Solo successivamente, con la caratterizzazione dei deficit neuropsicologici delle fasi della demenza, sono stati sviluppati interventi mirati.
Esistono oggi differenti metodiche di approccio non farmacologico, che hanno dimostrato di essere efficaci sulla cognitività e sui disturbi comportamentali.
La riabilitazione è un processo che, partendo dalla persona considerata nella sua globalità, propone interventi di tipo occupazionale/educativo/di rinforzo cognitivo (motivazione, riattivazione, orientamento). Essa ha lo scopo di rallentare la progressione del deterioramento cognitivo, potenziando il più possibile le facoltà e le funzioni risparmiate dal processo di malattia. Le finalità della riabilitazione cognitiva sono, pertanto, la stimolazione cognitiva, la socializzazione e il supporto emotivo, al fine di mantenere il più lungo possibile l'attuale stato cognitivo e funzionale del paziente.
Gli interventi di questo genere, insieme con il trattamento farmacologico contemporaneo hanno dimostrato essere efficaci, riducendo la necessità di trattamento sedativo ed antidepressivo.
Abbiamo voluto analizzare gli effetti della stimolazione cognitiva attraverso lo studio di un caso singolo relativo ad una paziente afferente al nostro centro UVA. È una Paziente di 78 anni con demenza di tipo misto. All'inizio del trattamento riportava i seguenti punteggi: MMSE: 23/30; GDS: 6/15; ADL4/6; IADL 5/8.
La paziente è stata sottoposta, al proprio domicilio, ad un training caratterizzato da ROT e stimolazione cognitiva per un periodo di sei mesi. Le sedute avevano frequenza settimanale e una durata media di un'ora.
A sei mesi dal trattamento la paziente mostra MMSE: 23/30; GDS: 2/15; ADL 4/6; IADL 5/8. Dunque il deterioramento e la funzionalità si sono mantenuti stabili, mentre il tono dell'umore si è orientato in senso positivo.
In conclusione i dati clinici e psicometrici mostrano che la paziente ha tratto giovamento dal trattamento non farmacologico, che si dovrebbe attuare nella maggior parte dei casi di demenza.

Bibliografia

Nussbaum RL, Ellis CE. *Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease*. N Engl J Med 2003;348:1356-64.

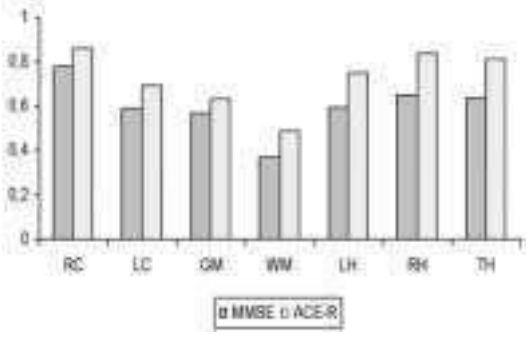
Relazione fra ACE-R e atrofia cerebrale in una popolazione anziana con disturbi cognitivi

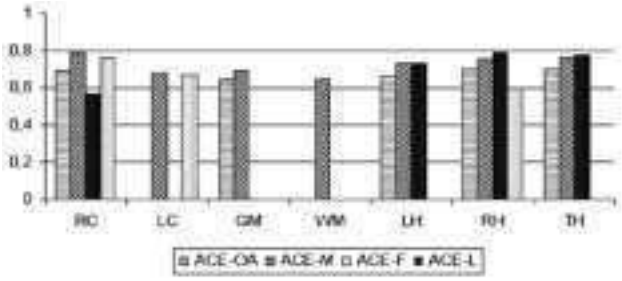
M. Pigliautile, S. Amici, E. Costanzi, S. Ercolani, P. Rinaldi, R. Tarducci[1], A. Simmons[2], G. Gobbi[1], S. Lovestone[2], P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia; [1] Sezione di Fisica Sanitaria, Ospedale "S. Maria della Misericordia", Perugia; [2] NIHR Institute of Psychiatry, King's College, London

Scopo. La recente versione dell'*Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-R) è stata proposta come test di *screening* in sostituzione del *Mini Mental State Examination*. Diversi studi dimostrano una correlazione tra test cognitivi e misure volumetriche ottenute tramite MRI. Il nostro gruppo ha recentemente validato l'ACE-R in italiano (IT-ACE-R), ottenendo una buona potenza del test nelle fasi iniziali di demenza e nella diagnosi differenziale tra soggetti integri, *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e pazienti affetti da malattia di Alzheimer (AD). Scopo del presente studio è quello di valutare se e in che misura esiste una relazione tra i punteggi ottenuti all'IT-ACE-R e alcune misure volumetriche cerebrali.

Soggetti e metodi. 13 soggetti (6 controlli, 3 MCI e 4 AD, età media 77,1 ± 5,5) arruolati nel protocollo AddNeuromed PF6, sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica e a valutazione psicometrica presso il Centro Invecchiamento Cerebrale e UVA Geriatria di Perugia e sottoposti ad indagine di *neuroimaging* mediante RMN. Le immagini sono state processate e sono state ricavate le seguenti misurazioni: spessore corticale medio di destra (RC) e di sinistra (LC), sostanza bianca (WM), sostanza grigia (GM), volume ippocampale di destra (RH), di sinistra (LH) e totale (TH). Mediante il coefficiente di Pearson, è stata valutata la correlazione tra i volumi cerebrali, il punteggio totale e i punteggi ottenuti ai sub-test di IT-ACE-R (orientamento/attenzione (ACE-OA), memoria (ACE-M), fluenza verbale (ACE-F), linguaggio (ACE-L) e visuo-spaziale (ACE-VS). Per confronto, abbiamo riportato anche le correlazioni relative al MMSE.
Risultati. Dall'analisi qualitativa emerge che i valori dei MCI sono sempre compresi tra quelli dei CTL e degli AD. Abbiamo riscontrato una correlazione statisticamente significativa tra i punteggi ottenuti all'IT-ACE-R e i volumi cerebrali considerati. Rispetto ai sub-test abbiamo trovato che RC correla con ACE-OA, ACE-M, ACE-F e ACE-L. LC correla con ACE-M ed ACE-L. GM con ACE-OA e ACE-M. WM con ACE-M. LH e TH correlano con ACE-OA, ACE-M ed ACE-F mentre RH anche con ACE-L. Non abbiamo trovato alcuna correlazione col sub-test ACE-*Vs.* Nei grafici abbiamo riportato soltanto le correlazioni significative ($0,05 < p < 0,01$).





Conclusione. I dati relativi ai punteggi ottenuti all'IT-ACE-R correlano con misure relative all'atrofia cerebrale. In particolare l'atrofia dell'ippocampo si correla fortemente, e più del MMSE, con il punteggio totale dell'ACE-R, come pure al sub-test che valuta la memoria. L'IT-ACE-R appare quindi sensibile alle alterazioni neuroanatomiche riscontrate nei pazienti valutati. È attualmente in corso lo studio di ampliamento della casistica osservata con ulteriore valutazione longitudinale ad un anno.

Bibliografia

1 Ridha BH, Anderson VM, Barnes J, Boyes RG, Price SL, Rossor MN, et al. *Volumetric MRI and cognitive measures in Alzheimer disease: comparison of markers of progression*. J Neurol 2008;255:567-74.
2 Jeyapaul P, Kerwick S. *Addenbrookés Cognitive Examination as abetter discriminator of cognitive impairment than the Mini Mental state Examination in patients with dementia*. Int Psychogeriatr 2008;20:642-3.
3 Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. *The Addenbrookés Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening*. Int J Psychiatry 2006;21:1078-85.

Studio sulla correlazione tra il punteggio della Geriatric Music-Therapy Profile ed il MMSE. Definizione dei profili di prestazione

D. Pignatale, F. Mastroianni[1], G. Grumo[2]

Pedagogista, musicoterapeuta, RSA "Madonna della Pace", Andria; [1] Geriatra, Direttore Sanitario, RSA "Madonna della Pace", Andria; [2] Psicologo, RSA "Madonna della Pace", Andria

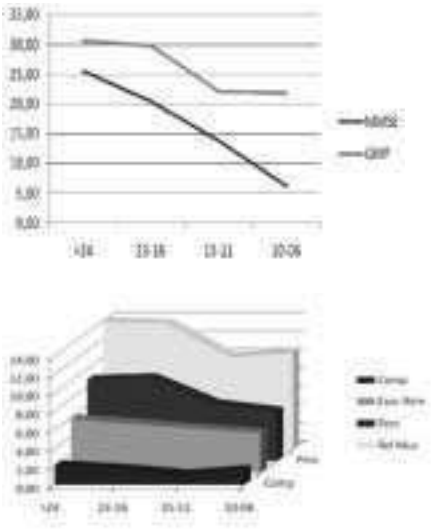
Scopo dello studio. Lo studio confronta il punteggio di una nuova scala di valutazione musicoterapica, la *Geriatric Music Therapy Profile* (GMP), con il punteggio MMSE in un gruppo di pazienti ospiti della RSA "Madonna della Pace" di Andria. Abbiamo cioè voluto verificare l'ipotesi che, alla perdita di prestazione al MMSE corrisponda anche una riduzione del punteggio della GMP.

Materiali e metodi. La GMP è una scala che valuta le competenze musicali del soggetto in età geriatrica, è articolata in 28 *items* con un *range* 0-41, migliore è la prestazione, maggiore è il punteggio ottenuto. La GMP è composta di 4 sub-*items*: Percezione, Relazione Musicale, Esecuzione Ritmica, Comportamento. Nello studio sono stati coinvolti 27 soggetti, le cui caratteristiche (medie) sono riportate in Tabella I.

	Num	Età	Scolarità	MMSE	GMP
F	21	83,00	4,48	16,45	27,85
M	6	83,00	8,91	21,91	29,98
Totale	27	79,93	5,30	16,89	26,52

Il campione è stato suddiviso in base al punteggio MMSE nelle seguenti fasce < 24, 23-16, 15-11, 10-06. A tutti i soggetti sono stati somministrati il MMSE e la GMP in sedute diverse per non influenzare la prestazione in entrambe le performance.

Risultati. L'andamento della GMP è correlato al punteggio del MMSE fino alla fascia di soggetti che ha ottenuto da 15 a 11 punti (Fig. 1), ossia i soggetti che hanno ottenuto un alto punteggio al MMSE, hanno ottenuto anche un alto punteggio alla GMP; con la riduzione del punteggio del MMSE c'è una consensuale riduzione della prestazione anche nella GMP. Al limite del punteggio al MMSE di 15, c'è una stabilizzazione della GMP che non fa registrare più nessuna variazione significativa. La nostra spiegazione è che questo tipo di andamento si può ricondurre alle caratteristiche interne della scala.



Discussione. L'andamento dei due punteggi (MMSE e GMP) potrebbe essere spiegata dal fatto che la GMP è composta da sub *items* che coinvolgono sia la sfera cognitiva (Percezione) che quella più istintiva ed emotiva (Relazione musicale); se un buon punteggio al MMSE mostra una buona capacità di integrazione ed elaborazione delle informazioni in termini cognitivi, anche la buona prestazione ai sub test della GMP che coinvolgono la sfera percettiva e quindi cognitiva indicano che tale capacità sono integre. Quando queste iniziano a deteriorarsi, anche la prestazione in questo sub *item* tende a essere meno precisa fino ad arrivare sotto la soglia di 15 di MMSE dove le prestazioni rimangono ormai stabili, mentre l'andamento del punteggio del sub-*item* più "relazionale" tende di nuovo a migliorare, così come indicato nella Figura 2.

Ciò perché la sola componente emotiva non emerge nella prestazione al MMSE, cosa che accade, invece, per la curva del GMP che risale. L'uso di questa scala nei programmi di riabilitazione mediante la musicoterapia è utile per definire l'efficacia del trattamento in relazione alle competenze musicali.

Conclusioni. Lo studio dimostra una correlazione dei punteggi del MMSE e della GMP fino al *cut-off* di 15 al MMSE. La componente emotiva e quella cognitiva divergono per i valori di MMSE più basso.

Validazione del Multidimensional Prognostic Index (MPI) di mortalità ad un anno, basato su una valutazione multidimensionale geriatrica, in anziani ospedalizzati: studio prospettico multicentrico

A. Pilotto, M. Franceschi, F. Rengo[1], R. Bernabei[2], N. Marchionni[3], G. Leandro[4] on behalf of the FIRI-SIGG Study Group[5]

Dipartimento di Scienze Mediche, Unità Geriatria e Laboratorio di Ricerca Gerontologia e Geriatria, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Italy; [1] Cattedra di Geriatria, Università Federico II, Napoli, Italy; [2] Cattedra di Geriatria, Università Cattolica del sacro Cuore, Roma, Italy; [3] Unità di Gastroenterologia e Biostatistica, IRCCS Saverio De Bellis, Castellana Grotte, Italy; [4] Cattedra di Geriatria, Università di Firenze, Italy; [5] FIRI-SIGG Study Group Investigators

Introduzione. Il *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) è un nuovo strumento che stratifica i pazienti ospedalizzati in gruppi a diverso rischio di mortalità.

Scopo. Valutare la riproducibilità e la validità del MPI costruito sulla base di una valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) in pazienti anziani ricoverati in ospedale nell'ambito di uno studio prospettico multicentrico.

Metodi. Sono stati arruolati tutti i pazienti anziani ricoverati consecutivamente in 19 reparti geriatrici per acuti distribuiti su tutto il territorio nazionale dal 01 febbraio al 31 marzo 2006.

Una VMD standardizzata è stata utilizzata per costruire l'indice prognostico multidimensionale di mortalità. La VMD comprende 7 domini e 62 *items* ricavati dai seguenti scale validate: ADL, IADL, SPMSQ, MNA, scala di Exton-Smith, CIRS morbilità, numero di farmaci. L'MPI è stato calcolato dalla somma dei punteggi dei 7 domini della VMD ed espresso con un punteggio da 0-1. Con tale indice sono stati identificati tre gruppi di soggetti a diverso grado di rischio di mortalità, rischio basso, *range* = 0,0-0,33; rischio moderato, *range* = 0,34-0,66 e rischio severo, *range* = 0,67-1,0. Utilizzando la regressione di Cox abbiamo studiato il valore di MPI predittivo di mortalità a 1, 6 e 12 mesi di follow-up; mediante curve ROC abbiamo valutato la sensibilità e la specificità dello strumento.

Risultati. Sono stati inclusi nell'analisi 1202 ospedalizzati (M = 529, F = 673, età media = 81,6 ± 7,3, *range* = 65-102). 370 pazienti sono stati classificati a basso rischio (MPI 1, valore medio = 0,20 ± 0,09), 545 pazienti a rischio moderato (MPI 2, valore medio = 0,51 ± 0,10) e 287 pazienti a severo rischio (MPI 3, valore medio = 0,74 ± 0,06). L'aumento dell'MPI si associa significativamente ad un aumento dell'età (p = 0,0001), del sesso femminile (p = 0,0001) e della mortalità sia a 1, che a 6 e 12 mesi. L'analisi della regressione logistica aggiustata per età e sesso ha dimostrato che il valore dell'MPI è significativamente associato alla mortalità a 30 giorni (OR = 3,34, 95% CI = 2,44-4,56, p < 0,0001), a 6 mesi (OR = 2,83, CI 95% = 2,26-3,54, p < 0,0001) e a 1 anno (OR = 2,55, 95% CI = 2,08-3,12, p < 0,0001) di follow-up. Inoltre, la stima della mortalità predetta dal MPI è sovrapponibile alla mortalità osservata.

Conclusioni. Il MPI derivato da una VMD standardizzata è un indice riproducibile che accuratamente stratifica i pazienti anziani ospedalizzati in gruppi con differente rischio di mortalità.

Il suicidio nell'anziano: un raro caso in una donna ultranovantenne

G. Pintore, E.M. Inelmen, G. Sergi, A. Imoscopi, E. Manzato, G. Enzi

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Clinica Geriatrica, Università di Padova

Scopo dello studio. Nell'anziano, il suicidio rappresenta un'emergenza psichiatrica e uno dei più complessi e sottostimati problemi di medicina geriatrica: le più alte percentuali di suicidi coinvolgono infatti gli uomini ultra85enni [1]. Le persone anziane sono solitamente più determinate al suicidio, e usano metodi più violenti rispetto alla popolazione giovane [2]. Il principale fattore di rischio di suicidio negli anziani è la depressione, che è spesso "mascherata" [3], ma anche la vedovanza [4] e il pensionamento soprattutto se anticipato [2], assenza di speranza, malattie croniche [5], e trasloco in un'altra casa. Gli anziani sono, inoltre, meno inclini ad informare i congiunti delle proprie intenzioni suicidarie [2]. I più comuni metodi suicidari che essi utilizzano sono impiccagione e avvelenamento in entrambi i sessi, seguiti dall'uso di armi da fuoco negli uomini e dal soffocamento nelle donne [6]. Abbiamo riportato un caso inusuale di "suicidio fallito" in una donna anziana apparentemente "*successfull aging*" [7] compiuto con una modalità rara.

Materiali e metodi. È stato studiato il caso di una donna 94enne che ha tentato di suicidarsi analizzandolo alla luce di un'accurata revisione della letteratura sul suicidio nell'anziano.

Risultati. MN è una donna di 94 anni, vedova dall'età di 70 anni. Vive con la figlia e la famiglia di quest'ultima da circa 40 anni. Gode di buona salute psicofisica ha un ottimo rapporto con la nipote. Totalmente indipendente nelle ADL e IADL. È ipertesa da molti anni in buon compenso terapeutico. Non ha mai avuto accessi ai servizi psichiatrici e, fino al momento del tentativo suicidario, non ha mostrato segni di depressione. La valutazione clinica mostrava che la paziente rientra nei criteri del *successfull aging* [7]. Prima del tentato suicidio la paziente era molto preoccupata per la nipote con cui aveva un forte legame che, da poco tempo, aveva intrapreso una nuova attività lavorativa. Alcuni giorni prima del tentato suicidio aveva nascosto le forbici insieme ad un biglietto d'addio. Il giorno del suicidio aveva preso le forbici e si era tagliata la gola profondamente. In un tentativo determinato a togliersi la vita si era resecata i muscoli (platisma, sternocleidomastoideo, sternoioideo e omoiodeo) e la giugulare sinistra, causandosi una severa emorragia. È stata prontamente soccorsa dal genero e ricoverata d'urgenza in PS dove è stata emotrasfusa e sottoposta ad un intervento di chirurgia ricostruttiva d'urgenza. Quindi è stata trasferita nel reparto di Psichiatria, dove sono stati esclusi depressione maggiore, disordini distimici o depressione reattiva, in accordo con i criteri del DSM-IV. Non si evidenziava neanche depressione mascherata ma solo una lieve deflessione del tono dell'umore. Successivamente la paziente ha riconosciuto l'eccessiva e ingiustificata preoccupazione per la nuova attività lavorativa della nipote; ha quindi criticato con fermezza il proprio gesto dichiarando che non lo avrebbe più ripetuto. L'*assessment* cognitivo ha mostrato un punteggio di 24 al MMSE e di 15 alla GDS, che suggeriscono una lieve depressione. La paziente è stata dimessa in buone condizioni di salute psicofisica e con una terapia ansiolitica (lormetazepam). Ha rifiutato di sottoporsi a psicoterapia.

Conclusioni. Tale studio dimostra che anche la donna molto anziana, apparentemente in condizioni di *successfull aging*, possa avere motivazioni e capacità decisionale sufficienti per suicidarsi con modalità violenta. Maggiore attenzione deve essere posta all'anziano che non rientra nei canoni del soggetto a rischio di suicidio. Un attento approccio multidimensionale che indaghi gli aspetti socio-familiari come possibile causa di depressione mascherata [8], potrebbe essere un adeguato approccio preventivo.

Bibliografia

1 Devons CA. *Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk.* Geriatrics 1996;51:67-72.

2 De Leo D, Ormskerk SC *Suicide in the elderly: general characteristics.* Crisis 1991;12:3-17.

3 Capriotti T. *Unrecognized depression in the elderly: a nursing assessment challenge.* Medsurg Nurs 1995;4:47-54.

4 Osgood NJ. *Suicide in the elderly: are we heeding the warnings?* Postgrad Med 1982;72:123-30.

5 Stravynski A, Boyer R. *Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study.* Suicide Life Threat Behav 2001;31:32-40.

6 Petrovic B, Kocic B, Basic S, et al. *Suicide in the elderly 60 years of age and over in the south-east part of Serbia.* Cent Eur J Public Health 2004;12:21-5.

7 Inelmen EM, Sergi G, Enzi G, et al. *New approach to gerontology: building up "successful aging" conditions.* Aging Clin Exp Res 2007;19:160-4.

8 Verster GC, Gagiano CA. *Masked depression.* S Afr Med J 1995;85:759-62.

Fragilità: confronto tra un gruppo di anziani valutati nel proprio domicilio e un gruppo di anziani valutati ambulatorialmente

M. Pintus, M. Cocco, M.G. Congiu, M. Aresu, S. Cadeddu, S. Cappai, E. Corda, N.M.C. Curreli, D. Ibba, A. La Sala, M.E. Pais, E. Pedditzi, A. Saba, E. Trogu, A. Mandas

Scuola di Specializzazione di Geriatria, Università di Cagliari

Scopo. Confrontare il grado di fragilità fra un gruppo di soggetti anziani valutati ambulatorialmente, presso l'azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, e un gruppo di soggetti anziani, valutati nel proprio domicilio.

Materiali e metodi. I soggetti arruolati in questo studio sono stati valutati con modalità multidimensionale. I test e scale utilizzate sono i seguenti: *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Activity Daily Life* (ADL), Instrumental *Activity Daily Life* (IADL), *Physical Performance Test* (PPT), Tinetti *Performance-Oriented Mobility Assessment* (POMA), *Mini Nutritional Assessment* (MNA), *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS). Sono stati valutati 661 soggetti, di cui 274 (41,4%) in ambulatorio [età media 78,7 ± 6,7 (*range* 65-98), 205 (74,8%) femmine e 69 (25,2%) maschi] e 387 nel proprio domicilio [età media 76,4 ± 9,1 (*range* 65-107), 224 (57,9%) femmine e 163 (42,1%) maschi].

Risultati. I risultati sono illustrati nella Tabella sottostante.

Test e Scale	Gruppo anziani valutato in ambulatorio n. 274	Gruppo anziani valutato nel proprio domicilio n. 387	t-test
MMSE	21,11 ± 6,43	25,32 ± 4,07	< 0.0001
GDS	17,63 ± 7,52	10,15 ± 6,36	< 0.0001
ADL	12,12 ± 5,19	17,67 ± 4,63	< 0.0001
IADL	2,57 ± 2,37	5,47 ± 2,56	< 0.0001
PPT	10,12 ± 5,90	14,27 ± 5,76	< 0.0001
POMA	13,65 ± 6,96	22,56 ± 8,00	< 0.0001
MNA	19,98 ± 4,37	24,10 ± 3,37	< 0.0001
BMI	28,39 ± 6,31	27,62 ± 4,71	0.073
CIRS			
Punteggio totale	29,20 ± 4,71	20,93 ± 3,76	< 0,0001
Massimo *impairment*	3,53 ± 0,51	3,07 ± 0,60	< 0,0001
Indice di severità delle comorbilità	2,03 ± 0,36	1,49 ± 0,29	< 0,0001
Indice di comorbilità complessa	6,02 ± 2,16	2,62 ± 1,75	< 0,0001

Conclusione. La fragilità dell'anziano è una sindrome caratterizzata da una riduzione della riserva funzionale di organi e apparati e resistenza agli stress, prossima alla soglia di comparsa clinica di scompenso d'organo. L'anziano fragile, pertanto, richiede un modello assistenziale che miri alla diagnosi precoce, all'attuazione di percorsi terapeutici e riabilitativi efficaci. Lo scopo del nostro studio è stato quello di confrontare il differente grado di fragilità, valutata con modalità multidimensionale, tra un gruppo di anziani studiati nel proprio domicilio e un gruppo di anziani studiati ambulatoriamente. Dalla tabella si evidenzia che i soggetti valutati ambulatoriamente

presentano capacità funzionali, stato cognitivo, affettivo, nutrizionale e comorbilità significativamente più compromessi rispetto ai soggetti anziani valutati nel proprio domicilio. Solamente, nell'ambito dello stato nutrizionale, l'indice di massa corporea non mostra differenza significativa tra i due gruppi. Il nostro studio, evidenzia la necessità di effettuare routinariamente la VMD nei soggetti anziani nel territorio, prima che compaia lo scompenso d'organo, per approntare più precocemente percorsi terapeutici e riabilitativi personalizzati al fine di migliorare i risultati, la qualità della vita e di ridurre la spesa sanitaria.

Bibliografia

1 Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. *Frailty in older adults. Evidence for aphenotype.* J Gerontol 2001;56:M146-7.

2 Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamsom JD, Anderson G. *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbility: implication for improved targeting and care.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:255-63.

Terapia di combinazione tempo-dipendente e funzione cognitiva in anziani con ipertensione resistente

T. Pipicella[1], A. Grippa[1], G. D'Arrigo[2], R. Giuffrida[3], G. Lombardo[1], F. Caronzolo[1], F. D'Amico[1 3]

[1] Struttura Complessa di Geriatria e Lungodegenza, Area Critica di Geriatria, Laboratorio Psicogeriatria, P.O. Patti, Coordinamento Dipartimentale delle Attività Geriatriche; [2] U.O.C. Medicina Interna, P.O. Taormina; [3] Servizio di Geriatria e VMD, P.O. Taormina, Azienda USL n. 5 Messina

Obiettivi. La relazione tra l'ipertensione resistente (IR) ed il rischio più elevato di eventi cardiovascolari, rispetto ai soggetti con pressione arteriosa (PA) controllata, è presente sia nel soggetto giovane che in quello anziano. L'IR è quella condizione clinica in cui l'intervento non farmacologico e farmacologico, basato sull'impiego di almeno tre farmaci antipertensivi, non si è dimostrato in grado di ridurre i valori pressori. È stato studiato se il controllo della PA è più efficace nei pazienti che assumano un farmaco con somministrazione serale e se il controllo pressorio varia con il declino della funzione cognitiva.

Disegno e metodi. Sono stati studiati 123 soggetti con IR (età 75,03 ± 8 anni), che assumevano 3 farmaci con somministrazione mattutina e pomeridiana, (gruppo 1) e 107 soggetti (età 77,07 ± 7 anni) trattati con la somministrazione serale di uno dei 3 farmaci (gruppo 2). Prima e dopo il follow-up di 12 mesi il protocollo clinico prevedeva: 1) misurazione clinica della PA; 2) monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore (ABPM); 3) *Mini Mental State Examination* (MMSE). Il controllo della PA è stata considerato per valori di PA < 140/90 mmHg e di < 130/80 mmHg in pazienti con diabete mellito. Il declino cognitivo è stato determinato con la somministrazione del MMSE con punteggio corretto secondo il livello di istruzione. Sono stati registrati i dati relativi all'età, al sesso, al BMI, alla durata dell'IA, al fumo, all'anamnesi di fibrillazione atriale, ai valori di glucosio, lipidi e creatinina.

Risultati. Nei pazienti del gruppo 1, trattati con somministrazione mattutina e pomeridiana dei 3 farmaci, all'inizio della studio il 27% dei soggetti era *dipper* e, dopo il follow-up, si rilevava un aumento del controllo pressorio soltanto nel 34% dei pazienti. Invece nel gruppo 2 si rilevava una riduzione della pressione arteriosa quando uno dei farmaci era somministrato nelle ore serali. Mentre prima del follow-up soltanto il 24% dei pazienti era *dippers*, dopo il trattamento il 55% dei soggetti presentava controllo della PA. L'efficacia era ancora maggiore nella media della pressione arteriosa notturna. Inoltre il 40% dei pazienti presentava controllo della pressione arteriosa al risveglio assumendo il farmaco in somministrazione serale. I pazienti, a cui è stato somministrato il MMSE, sono stati suddivisi in 3 gruppi: 1) declino cognitivo grave con MMSE tra 0 e 10; 2) declino cognitivo lieve-moderato con MMSE 11 e 23; 3) cognitività normale con MMSE superiore a 24. Prima del follow-up negli anziani del gruppo 1 è stato valutato un punteggio medio di MMSE di 22,8 ± 7,2. Nel gruppo 2 all'inizio dello studio è stato rilevato un punteggio medio di MMSE di 21,6 ± 8,4. Il declino cognitivo più grave aveva una significativa associazione con l'età > 80 anni (p < 0,05). I punteggi di MMSE presentavano nei due gruppi una correlazione inversa con la pressione differenziale (p < 0,001) e con la storia di ipertensione arteriosa (p < 0,001). I pazienti con declino cognitivo presentavano una omogenea distribuzione in entrambi i gruppi. Nel gruppo 2 la efficacia della terapia di combinazione tempo-dipendente si rilevava anche negli anziani con declino cognitivo più grave.

Conclusioni. Negli anziani con ipertensione resistente la somministrazione tempo-dipendente dei farmaci determina un controllo più efficace della PA rispetto alla terapia di combinazione abituale, anche nei soggetti con declino cognitivo.

Competing risk di eventi vascolari fatali e non fatali e mortalità nell'Italian Longitudinal Study on Aging: impatto della lipoproteina(a)

G. Pistoia, F. Panza, A.M. Colacicco, A. D'Introno, V. Frisardi, C. Capurso[1], G. Vendemiale[1], A. Capurso, V. Solfrizzi

Cattedra di Geriatria, Università di Bari, Bari; [1] Cattedra di Geriatria, Università di Foggia, Foggia

Scopo. Diversi studi hanno esaminato l'effetto dei livelli sierici/plasmatici di lipoproteina(a) [Lp(a)] sull'incidenza di eventi di *coronary artery disease* (CAD), con risultanti contrastanti [1]. Quest'associazione è stata apparentemente non confermata nella popolazione anziana, nonostante sia stato rilevato un elevato livello sierico di Lp(a) in centenari rispetto a controlli normolipidemici più giovani [2]. I risultati di uno studio trasversale dell'*Italian Longitudinal Study on Aging* (ILSA) hanno suggerito che elevati livelli sierici di Lp(a) possano essere un fattore di rischio di CAD nell'anziano ma solo in presenza di diabete tipo 2 ed elevati livelli sierici di colesterolo LDL [3]. Quindi allo stato attuale, tra i possibili determinanti di eventi vascolari nella popolazione anziana, il ruolo di elevati livelli sierici di Lp(a) rappresenta ancora un fattore di rischio indipendente di incerta natura. In questo studio, abbiamo valutato il *competing risk* di eventi vascolari fatali e non fatali e della mortalità in relazione ad elevati livelli sierici di Lp(a) in una popolazione anziana.

Materiali e metodi. Un campione di 704 soggetti selezionato da un campione totale dell'ILSA di 5632 soggetti di età 65-84 anni è stato valutato per quantificare l'incidenza cumulativa di nuovi eventi o recidive di CAD, *stroke*, e mortalità per cause vascolari e *all-cause* in un follow-up mediano di 6,3 anni.

Risultati. Confrontando il livelli sierici di Lp(a) nel campione selezionato abbiamo osservato che rispetto al terzile più basso, i soggetti che si collocavano nel terzile più alto (> 20 mg/dl) avevano un più alto rischio parzialmente corretto di sviluppare CAD non fatale (*hazard ratio*, 4,19; 95% CI, 1,36-12,94), *stroke* non fatale (*hazard ratio*, 3,38; 95% CI, 1,00-11,56), ed eventi vascolari non fatali combinati (CAD e *stroke*) (*hazard ratio*, 3,68; 95% CI, 1,60 to 8,43). Sempre confrontati con quelli del terzile più basso, i soggetti nel terzile più alto, avevano un rischio completamente corretto, più alto di andare incontro a CAD non fatale (*hazard ratio*, 3,41; 95% CI, 1,08-10,78) e ad eventi vascolari combinati non fatali (*hazard ratio*, 2,74; 95% CI, 1,23-6,12) ma non di *stroke* non fatale. Infine, complessivamente non è stata riscontrata un'associazione statisticamente significativa tra i valori di Lp(a) al *baseline* e il rischio di mortalità da cause vascolari e *all-cause*.

Conclusione. Nella nostra popolazione ILSA, l'Lp(a) non si è dimostrata essere un significativo fattore di rischio indipendente per *stroke*, mortalità da cause vascolari e *all-cause*, bensì fattore indipendente predittivo di CAD ed eventi vascolari non fatali in un follow-up a 6,3 anni.

Bibliografia

1 Danesh J, Collins R, Peto R. *Lipoprotein(a) and coronary heart disease. Meta-analysis of prospective studies*. Circulation 2000;102:1082-5.

2 Thillet J, Doucet C, Chapman J, Herbeth B, Cohen D, Faure-Delanef L. *Elevated lipoprotein(a) levels and small apo(a) isoforms are compatible with longevity: evidence from a large population of French centenarians*. Atherosclerosis 1998;136:389-94.

3 D'Introno A, Solfrizzi V, Colacicco AM, Capurso C, Torres F, Capurso SA, et al. *Polymorphisms in the oxidized low-density lipoprotein receptor-1 gene and risk of Alzheimer's disease*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60:280-4.

Prevalenza di distiroidismi in una popolazione di anziani ricoverati in un reparto di Cure Intermedie

C. Pizzorni, A. Napolitano, A. Cesarone[1], E. Palummeri[2]

Cure Intermedie Ospedale "Celesia", ASL 3 Genovese; [1] U.O. di Medicina Ospedale "S. Carlo Voltri", Ambulatorio Endocrinologia Osp. "Celesia" ASL 3; [2] Direttore Dipartimento Interaziendale di Geriatria, Genova

Introduzione. Le Cure Intermedie, inquadrate dalla ASL 3 Genovese come reparto intra-ospedaliero afferente al Dipartimento di Geriatria, rappresentano un ponte tra le Cure Ospedaliere e quelle Primarie, dedicate come sono a pazienti anziani con sindrome ipocinetica e con necessità di stabilizzazione clinica e riabilitazione motorio-funzionale, mirate al ripristino della condizione pre-morbosa per il rientro a domicilio del paziente.
Scopo. Valutare l'incidenza e la significatività di alterazioni dei parametri di funzionalità tiroidea in una popolazione di anziani ricoverati in Cure Intermedie in una regione a carenza iodica, come la Liguria.
Partecipanti, materiali e metodi. Su un totale di 340 pazienti (prevalentemente appartenenti alla fascia *Old Old*) ricoverati in un arco temporale di 18 mesi (gennaio 2007-giugno 2008) lo screening basale ematochimico eseguito all'ingresso, ha compreso il dosaggio del TSH utile per valutare correttamente sintomi aspecifici come astenia, rallentamento ideo-motorio, intolleranza al freddo, o segni come l'ipotrofia muscolare o i disturbi del ritmo cardiaco, comuni negli anziani, in particolare dopo un periodo di ricovero ospedaliero.
Il riscontro frequente di alterazione di questo parametro spesso in assenza di dati anamnestici, ha indotto ad approfondirne la reale incidenza e il significato, rapportandolo ai dati della letteratura. Ad una alterazione del TSH è seguita la valutazione di FT3 e FT4, anticorpi anti tiroide (ATG, TPO), eco tiroide e visita endocrinologica.
Risultati. Sui 340 pazienti ricoverati, 70 (pari al 20,5%) presentavano alterazioni dei parametri tiroidei.
Di questi 56 (80%) erano donne e 14 (20%) erano uomini. L'età media dei soggetti era 81 anni per le donne e 75 anni per gli uomini.
Sulla base della funzionalità tiroidea si sono riscontrati:
- 33 casi di ipotiroidismo (47,14%);
- 26 casi di ipertiroidismo (37,14%);
- 11 casi di patologia nodulare eutiroidea (15,72%).

Di questi alcuni erano già in terapia sostitutiva con Levotiroxina per ipotiroidismo (18), o tireostatica con Metimazolo per ipertiroidismo (13) oppure avevano una patologia nodulare nota con un quadro eutiroideo (5) in assenza di terapia.
Le nuove diagnosi di patologia tiroidea sono state in totale 29; di queste: 13 ipotiroidismi, 10 ipertiroidismi, 6 patologie nodulari eutiroidee.
In una buona parte dei casi (12) il *pattern* autoanticorpale risultava alterato.
L'ecografia dimostratala prevalenza di gozzi multinodulari (15).
Farmaci potenzialmente in grado di alterare la funzionalità tiroidea (ipo- o ipertiroidismo) come Amiodarone, Sali di litio, Colestiramina erano presenti in 2 soli casi.
Conclusioni. I dati riscontrati non si discostano da quelli presenti in letteratura:
- la patologia tiroidea è più frequente nel sesso femminile (4:1);
- in Liguria l'incidenza di patologie tiroidee è in media del 20%.

L'elevata percentuale di casi di nuova diagnosi indica come la patologia tiroidea rivesta un ruolo frequente e misconosciuto nel soggetto anziano.
In particolare in un reparto di Cure Intermedie dove il paziente giunge dopo un fatto acuto, quindi con indici di flogosi ancora elevati, il raggiungimento di un quadro di eutiroidismo predispone ad un più rapido recupero motorio e funzionale.
È auspicabile quindi che il dosaggio del TSH venga effettuato come *screening* in tutti i reparti riabilitativi.

Una semplice soluzione visiva per la gestione inter professionale nei deficit di comunicazione

M. Pomi, D. Olivieri, G. Scorzetti

Reparto Lungodegenza Casa di Cura "Villa Immacolata", S. Martino al Cimino (VT)

Scopo. L'organizzazione assistenziale sanitaria e alberghiera di un grosso reparto di post-acuzie con permanenza di breve e media durata dei pazienti ricoverati è tale da rispondere con efficacia ai rischi di gestione dei pazienti che sono in grado di interagire efficacemente con l'ambiente e le persone, ma è messa a dura prova quando la quasi totalità dei pazienti non è in grado di comunicare, in particolare per problematiche cognitive. Infatti, anche grazie all'ossessione del rispetto della "privacy", oggi non è possibile operare in modo da avere un riconoscimento immediato della persona e dei suoi più importanti deficit e bisogni. Dal punto di vista medico e infermieristico il problema maggiore è l'identificazione del soggetto, poiché tutte le restanti informazioni sono contenute in cartelle o schedari riservati e coperti da segreto professionale. Risolvere il problema con l'attribuzione di un numero al posto letto, oltre ad andare contro la corrente di umanizzazione che vede di importanza fondamentale il riconoscimento della persona nel paziente, non pone al riparo dagli effetti dei trasferimenti, spesso necessari per la gestione di reparti con stanze a più posti letto.
Altri rischi nascono anche dalla necessità di delegare atti di assistenza a personale ausiliario che opera per compiti e mansioni ed ha tempi programmati e scarsamente dilatabili per completare le attività affidate.
È nata così l'esigenza di trovare un sistema di comunicazione immediato, comprensibile da tutti gli operatori del reparto e nello stesso tempo in grado di tutelare la privacy del paziente.
Materiali e metodi. Nel nostro reparto sono state selezionate tre attività che vengono gestite su indicazione medica ed infermieristica dagli ausiliari: alimentazione, riposo pomeridiano, uso di ausili di sicurezza. L'alimentazione può essere assistita dagli ausiliari se il paziente non è affetto da gravi forme di disfagia. Il riposo pomeridiano è un'esigenza che non è uguale in tutti i pazienti e va modificata secondo il piano terapeutico. Il ricorso ad ausili di sicurezza, fondamentale per ridurre i rischi per i pazienti completamente dipendenti, deve essere adeguatamente prescritto e controllato per evitare abusi di contenzione. È stata perciò studiata e predisposta una tabella nella quale la prima riga è occupata dai simboli dell'assistenza all'alimentazione, della durata del riposo pomeridiano e della necessità di ausili di sicurezza. Sotto ogni simbolo è riportato un sistema a colori equivalenti al semaforo stradale. Ad ogni colore è stato attribuito un significato facilmente ricordabile che è stato spiegato a tutto il personale. Attualmente all'ingresso del paziente l'infermiere che esegue la prima valutazione compila la scheda semaforo e la appone al testa letto dando un informazione comprensibile a tutti gli operatori senza bisogno di scritte leggibili da chiunque. Ad ogni variazione di stato la scheda viene aggiornata. La riunione di reparto è stata individuata come momento idoneo alla verifica periodica del sistema.
Risultati. Questa modalità ha risolto il problema dell'incertezza presente negli operatori che vedono il paziente per la prima volta. Ha prodotto un miglioramento della qualità assistenziale erogata, per l'appropriatezza delle azioni, e di quella percepita dall'utente e dai familiari.
Conclusioni. In una realtà sanitaria complessa per l'elevata quantità di pazienti affetti da gravi polipatologie e per l'elevato numero di vari professionisti impegnati nelle attività assistenziali, di cura e di riabilitazione, l'immediatezza di un'immagine può dare la soluzione più appropriata nella quotidiana gestione delle problematiche dei soggetti più fragili.

Rivalutare la storia e le "storie" nelle istituzioni assistenziali: dall'ospizio dei vecchi alle RSA

A. Porro, G. Cesa-Bianchi[1], C. Cristini[2]

Sezione di Scienze Umane e Medico Forensi, Dipartimento di Specialità Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Medico Forensi, Università di Brescia; [1] Istituto di Psicologia, Università di Milano; [2] Sezione di Psicologia, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Università di Brescia

Lo studio delle istituzioni, delle strutture, dei modelli di assistenza è maggiormente utile, se si possono recuperare anche le *storie* degli uomini e delle donne che in quelle strutture videro spesso delineato il loro orizzonte di vita. Inoltre, nell'attività svolta dalle istituzioni di assistenza e tutela degli anziani è chiaramente rinvenibile un apporto specifico all'evoluzione scientifica della medicina e della chirurgia [1 2].

Nel periodo dell'*ancien régime*, sul modello della carità benefacente si conformarono le istituzioni di assistenza. Si può citare la figura di Antonio Tolomeo Trivulzio (1692-1767), che lasciò un immenso patrimonio fondiario per la fondazione di un "Albergo de' Poveri", che da lui prese il nome di "Pio Albergo Trivulzio", e che iniziò ad operare nel 1771 a Milano [3 4]. Si trattava di istituzioni totalizzanti, che prevedevano rigide quanto permeabili regolamentazioni della vita degli ospiti. Finché si era in vita, si aveva diritto ad una divisa, ad una disciplina da rispettare, ad un lavoro obbligatorio, ad un pranzo nel refettorio, alla Santa Messa ed alle preghiere che scandivano le attività giornaliere, ad un letto, ad un tetto e a limitate libertà. La lettura dei dettagliati regolamenti ci ricorda che la realtà differiva dall'ideale comunità determinata dalla presenza della religione quale promotrice del bene. Ubriacature (nelle osterie della zona), alterchi, fughe, punizioni non erano infrequenti a quel tempo, come non lo furono nei secoli avvenire. Ripensando oggi a quelle condizioni, non viene alla mente altro concetto, se non quello di "vecchio-oggetto". Oggetto di assistenza e di cura, anche attente, efficaci, solidali, ma pure oggetto di lavoro obbligatorio, di sperimentazione, "oggetto" in ogni caso e dovunque. Si pensi agli studi che valsero, nel 1906, l'attribuzione del Premio Nobel a Camillo Golgi (1843-1926): egli esaminava i cervelli dei vecchi ospiti del "Pio Luogo degli Incurabili" in Abbiategrasso. Delle loro vite rimaneva solo un'immagine bizzarra, che evidenziava il 15% degli elementi cellulari. Talora restano come memoria musealizzata, tuttavia le storie e le vite sfuggono spesso alla nostra indagine storica. Può sopravvivere la dimensione clinica, medicalizzata, sebbene di difficile reperimento nella letteratura scientifica del tempo. Il passaggio per il vecchio dallo stato di oggetto passivo a quello di soggetto attivo è una conquista degli ultimi decenni. Per proporre un ambito cronologico, potremmo riandare al secondo dopoguerra, ed ad una figura, quella di Enrico Greppi (1896-1969) [5], per molti versi rappresentativa di tempi nuovi. Con Greppi, clinico medico dell'Università di Firenze, la valutazione biologica, clinica, psicologica e sociale dell'anziano, si integra in un criterio unicistico. Se le strutture faticavano ad adeguarsi alla modernità, iniziava a cambiare il modo di comprendere i vecchi, i quali da "oggetti" sempre più divenivano "soggetti" detentori di diritti. Negli ultimi decenni, le storie dei "vecchi" sono state registrate e conservate in maggior numero: si dimostrano materiale preziosissimo di studio per gli storici dell'assistenza e della medicina. Si affiancano alle biografie dei benefattori, a quelle scientifiche degli operatori sanitari, e possono trasmetterci informazioni esclusive ed indispensabili [6]. Oggi, l'obiettivo principale è quello di aumentare la percentuale di anziani *che sanno apprezzare e ravvivare le attività di ogni giorno, riscoprire qualità e significato di pensieri ed emozioni, perfezionare la propria esperienza, coniugare fragilità e forza degli eventi, trascorsi ed attuali, ritrovare lo spirito creativo delle cose semplici, l'essenzialità dei gesti, dello sguardo, della parola, dei suoi silenzi* [7]. Non dobbiamo, infine, dimenticare che nelle RSA esistono anche gli operatori che, ad ogni livello, contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi istituzionali e del benessere degli ospiti. Anche la loro voce deve essere ascoltata e le loro aspettative devono essere soddisfatte [8].

Bibliografia

1 Porro A. *1850-1950: un secolo di vecchi*, In: *L'anziano e la sua cultura. Aspetti biologici, psicologici e relazionali*. A cura di Carlo Cristini, Torre Boldone, Grafital, 2007, pp. 16-18.

2 Porro A. *Immagine: problema e risorsa*, In: *L'anziano e la sua cultura. Aspetti biologici, psicologici e relazionali*. A cura di Carlo Cristini, Torre Boldone, Grafital, 2007, pp. 19-26.

3 Cosmacini G, Cenedella C. *I vecchi e la cura. Storia del Pio Albergo Trivulzio*, Roma-Bari: Laterza, 1994.

4 Canella M e Cenedella C. *La vita fragile: dipinti, ambienti, immagini di Martinitt, Stelline, Pio albergo Trivulzio nella Milano del lungo Ottocento 1815-1915.* Milano: Credito Artigiano Fondazione Stelline, 2007.

5 Bock G, Greppi E. *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto dell'Enciclopedia Italiana 2002;52:323-6.

6 Azienda di Servizi alla Persona "Golgi-Redaelli". *Mai soli. Voci e testimonianze dagli istituti geriatrici di Milano, Vimodrone e Abbiategrasso*. Milano: Edizioni Biografiche 2006.

7 Cesa-Bianchi M. *Prefazione*. In: Cristini C, Cesa-Bianchi G. *L'anziano e la sua psicologia*. Rudiano: GAM editrice 2006, p. 3-4.

8 *Pio Albergo Trivulzio e Pari Opportunità. Risultati della ricerca qualitativa condotta dal Comitato Unico per le Pari Opportunità tra il personale del Pio Albergo Trivulzio*. Milano: Azienda di Servizi alla Persona (ASP) Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio 2008.

La valutazione multidimensionale dell'anziano ospedalizzato: dati preliminari dell'U.O. di Geriatria dell'INRCA di Fermo

D. Postacchini, C. Giuli, L. Spazzafumo[1], R. Brunelli, G. Cruciani, M. Francavilla, R.L. Marzullo, F. Sorvillo (per il gruppo di studio nazionale INRCA, Progetto VMD), F. Lattanzio[2]

INRCA, Fermo; [1] INRCA, Ancona; [2] Direzione Scientifica INRCA, Ancona, Italia

Scopo. Il rapido incremento della popolazione anziana ha comportato l'insorgenza delle patologie età-correlate e del conseguente stato di disabilità, provocando notevoli ripercussioni sui sistemi assistenziali. Lo stato di salute dell'anziano dipende da numerose variabili di tipo fisico, psicologico, socio-economico ed ambientale, evidenziando la necessità di programmi specifici di assistenza. La metodologia operativa necessaria per individuare questi fattori è la Valutazione Multidimensionale geriatrica, validata da numerosi studi [1 2]. Tale strumento ha trovato largo utilizzo all'interno delle varie sedi INRCA dall'anno 2005, con l'obiettivo di valutare ed individuare, secondo un approccio multidisciplinare, gli interventi assistenziali dei pazienti ricoverati. L'obiettivo di questo studio è quello di fornire dati preliminari riguardanti aspetti nutrizionali, biologici, psico-sociali e di qualità della vita rilevati attraverso l'uso della VMD geriatrica in soggetti anziani ricoverati presso l'U. O. di Geriatria dell'ospedale INRCA di Fermo.

Materiali e metodi. Lo studio prevedeva l'arruolamento di anziani ricoverati dall'anno 2005 all'anno 2007 presso l'U.O. di Geriatria dell'INRCA di Fermo, utilizzando alcuni criteri di inclusione/esclusione. La popolazione in studio si componeva di 580 soggetti di età superiore ai 70 anni. Il campione è stato suddiviso in 4 fasce di età: 70-74 (12,9% dei soggetti); 75-79 (31,9%); 80-84 (27%); > 85 (28,2%). Tutti i soggetti eleggibili sono stati sottoposti all'*assessment* della VMD, che includeva un'intervista atta all'indagine di vari fattori. Il protocollo comprendeva: 1) valutazione degli aspetti antropometrici, socio-demografici e familiari (età, sesso, stato civile, ecc.); 2) *Comorbidity Index Rating Scale* (CIRS); 3) *Mini Mental State Examination* (MMSE); 3) *Geriatric Depression Scale* – 15 *items*; 4) *Basic Activities of Daily Living*; 5) *Instrumental Activities of Daily Living*; 6) *Lubben Social Network Scale*; 7) SF-12 *Health Survey*; 8) valutazione delle terapie farmacologiche al momento del ricovero e della dimissione; 9) valutazione del rischio di malnutrizione, anche attraverso lo status di marcatori biochimici (es. livello di albumina e pre-albumina).

Risultati. I risultati preliminari ottenuti evidenziano che il campione generale risultava, in media, cognitivamente compromesso (punteggio MMSE = 22,79 ± 5,14). Le donne mostravano una maggiore compromissione cognitiva (MMSE = 22,81 ± 5,45) rispetto agli uomini (MMSE = 23,57 ± 4,61) ($F = 5,75$; $p < 0,01$), con un conseguente aumento in base all'avanzare dell'età. Lo stato dell'umore risultava essere migliore negli uomini (3,77 ± 2,58) che nelle donne (5,42 ± 3,28) ($F = 15,46$; $p = 0,000$), che esprimevano invece, in media, un grado di depressione di tipo lieve-moderato. Dal punto di vista funzionale, il campione totale risultava avere un punteggio

medio dell'indice BADL di 4,12 ± 1,99 e di 3,48 ± 2,59 per la scala IADL. Lo stato funzionale misurato con l'IADL tendeva a peggiorare in base all'innalzamento dell'età, mostrando differenze significative all'interno delle fasce studiate (F = 15,53; p = 0,000). Gli uomini risultavano valutare il supporto sociale in modo migliore rispetto alle donne, in quanto mostravano un punteggio medio alla *Lubben Scale* (36,91 ± 9,66) maggiore del gruppo delle donne (31,81 ± 10,14) (F = 22,64; p = 0,000). La percezione del sostegno sociale "scarso" corrispondente all'isolamento sociale, era maggiormente indicato dalle donne (13%) rispetto agli uomini (5%) (p = 0,000). In generale, il campione totale considerava il supporto sociale "buono", mostrando un punteggio medio della scala pari a 34,12 ± 10,23. Per quanto riguarda la percezione dello stato di salute del campione totale, l'indice del questionario SF-12 relativo allo stato di salute risultava essere, rispettivamente, di 36,01 ± 10,35 per la salute fisica e di 46,05 ± 10,25 per la salute mentale. Differenze significative venivano osservate anche all'interno delle classi di età (F = 5,50; p < 0,001).

Conclusione. Sulla base dei risultati preliminari, emerge chiaramente l'importanza applicare la VMD nel contesto ospedaliero in modo da poter fornire indicatori utili in fase di dimissione per un corretto approccio di continuità assistenziale. Ulteriori analisi dei dati ottenuti sono in corso di valutazione e studio, tenendo in particolare considerazione le relazioni tra gli aspetti nutrizionali, psicologici, sociali, ambientali e biologici, in linea con la recente letteratura scientifica [3 4].

Bibliografia

1 Fletcher AE, Price GM, Wng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Nunes M, et al. *Population based multidimensional assessment of older people in UK general practice. A cluster-randomized factorial trial.* Lancet 2004;364:1667-77.

2 Marmot M. *Health in an unequal world.* Lancet 2006;368:2081-94.

3 Marcellini F, Giuli C, Papa R, Malavolta M, Mocchegiani E. *Psychosocial aspects and zinc status: is there a relationship with successful aging?* Rejuvenation Res 2006;9:333-7.

4 Marcellini F, Giuli C, Papa R, Gagliardi C, Malavolta M, Mocchegiani E. *Psychosocial and biochemical interactions in ageing: preliminary results from an Italian old sample of ZINCAGE project.* Arch Gerontol Geriatr 2007;44:259-69.

Utilizzo di framaci con attività anticolinergica in una popolazione anziana ambulatoriale: dati dal progetto ReGAL

V. Prenni, S. Ercolani, E. Mariani, M. Pigliautile, E. Costanzi, M. Pace, V. D'Ambrosio, M. Conestabile della Staffa, A. Fiore, F. Mangialasche, S. Leonardi, T. Raichi, I. Montecucco, C. Bianchini, F.T. Feliziani, U. Senin, P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia

Scopo. Numerosi studi hanno mostrato gli effetti collaterali dei farmaci con attività anticolinergica nei soggetti anziani; nonostante ciò tali farmaci, utilizzati nella cura di numerose patologie, continuano ad essere prescritti ed impiegati in questi soggetti. Scopo di questo lavoro è quello di descrivere la frequenza dell'utilizzo di tali farmaci in una popolazione geriatrica afferente in ambulatorio per problemi cognitivi.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i dati provenienti dal Progetto ReGAL (Rete Geriatrica Alzheimer della SIGG) relativi a 4.558 soggetti, valutati in 39 centri italiani specializzati in problemi di memoria tra gennaio 2000 e maggio 2008. Ciascun paziente è stato valutato secondo un protocollo standardizzato. Il deficit cognitivo è stato quantificato sulla base del punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE). L'analisi dei farmaci è stata eseguita sulla base della classificazione internazionale ATC ed è stato assegnato un punteggio di rischio anticolinergico in base alla Anticholinergic Risk Scale (ARS) 1, che assegna un punteggio da 0 (assenza di potere anticolinergico) a 3 (massimo potere anticolinergico) a ciascun farmaco assunto dal soggetto al momento della visita da più di un mese.

Risultati. Dei 4.558 soggetti ambulatoriali (F 64,5%, età media 77,1 ± 7,3, scolarità media 5,9 ± 3,8, MMSE medio 19,9 ± 6,6, indice di comorbilità CIRS 1,4 ± 0,3, numero di farmaci medio 3,1 ± 2,1, ADL 4,8 ± 1,6, IADL 3,8 ± 2,7), 876 soggetti facevano uso di farmaci ad attività anticolinergica (ARS ≥ 1 di cui 115 addirittura con un punteggio di ARS ≥ 3.

I soggetti con ARS ≥ 1 non differiscono in modo significativo per quanto riguarda l'età e il sesso rispetto a coloro che non hanno alcun rischio anticolinergico, mentre presentano una maggiore comorbilità, assumono un maggior numero di farmaci, sono maggiormente disabili e presentano un punteggio inferiore di MMSE (tabella). C'è una correlazione, seppur debole ma statisticamente significativa, tra il punteggio della ARS e del MMSE (r = -0,102, p < 0,001). Correggendo per età, sesso, comorbilità e numero di farmaci, i soggetti in trattamento con farmaci anticolinergici si associano al rischio di compromissione cognitiva (MMSE < 24) con un OR di 1,258 (IC 95% 1,086-1,333) per ogni punto in più di ARS (p < 0,001).

	ARS = 0	ARS ≥ 1	p
Numero	3682	876	
Sesso (F%)	63,8	66,9	0,083
Età media	77,0 ± 7,4	77,3 ± 7,3	0,339
Scolarità	6 ± 3,9	5,5 ± 3,6	0,004
Indice di comorbilità (CIRS)	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3	< 0,001
N° farmaci	2,8 ± 2,1	4,3 ± 2,0	< 0,001
MMSE	20,4 ± 6,4	18,4 ± 7	< 0,001
ADL	4,9 ± 1,5	4,1 ± 1,7	< 0,001
IADL	4 ± 2,7	2,8 ± 2,5	< 0,001

Conclusione. Nella nostra popolazione utilizzare farmaci con effetto potenzialmente anticolinergico si associa in modo statisticamente significativo al rischio di essere cognitivamente compromessi. Una maggior cultura e diffusione del potenziale rischio di questi farmaci potrebbe ridurre l'incidenza di disturbi cognitivi clinicamente significativi nei soggetti anziani.

Bibliografia

1 James LR, Marci J, Michael C, Regina E. *The Anticholinergic Risk Scale and Anticholinergic Adeverse Effect in Older Persons.* Arch Intern Med 2008;168.

Prevalenza dei disturbi del sonno in una struttura residenziale geriatrica

G. Primerano, C. Sacchelli[1], R. Danesi[1]

Dipartimento di Salute Mentale di Treviglio (BG), CRA di Romano di Lombardia (BG); [1] Istituto di Riabilitazione Geriatrica, Fondazione "G. Brunenghi", Castelleone (CR)

Scopo. Negli anziani i disturbi del sonno sono molto frequenti. Il 50% circa della popolazione di 65 anni o più che vive nella propria abitazione, ha un disturbo del sonno di qualche tipo [1 2]. Tale percentuale raggiunge il 70% circa tra gli ospiti delle strutture residenziali. Insonnia e sonnolenza diurna sono le alterazioni più comuni [1]. In letteratura pochi, o del tutto assenti, sono i dati relativi alla prevalenza di tali disturbi nelle strutture residenziali geriatriche italiane, a breve e lungo termine. Scopo del presente studio è valutare la prevalenza a sei mesi dei disturbi del sonno e dei fattori ad essi associati, in una residenza a breve termine per anziani.

Materiali e metodi. I partecipanti sono i pazienti consecutivamente ammessi presso l'Istituto di Riabilitazione Geriatrica della Fondazione Brunenghi di Castelleone (CR) nel periodo 1° novembre 2007-1° aprile 2008. L'Istituto accoglie pazienti provenienti da reparti di Ortopedia o Neurologia, affetti da esiti di eventi acuti (fratture di femore o di bacino, ictus cerebrale o recidive di eventi cerebrovascolari, parkinsonismi) e pazienti provenienti da reparti internistici o chirurgici con patologie a rischio di riacutizzazione e che necessitano di interventi per il recupero motorio e/o funzionale. La presenza di disturbi del sonno è stata indagata mediante la somministrazione del *Maryland Assisted Living Sleep Questionnaire*, un questionario di 11 *item* che permette di valutare la presenza di insonnia e sonnolenza diurna, oltre che di un disturbo aspecifico del sonno [1]. Per ciascun paziente

sono stati inoltre considerati il grado di autonomia nelle attività quotidiane (I. di Barthel), lo stato cognitivo (*Mini Mental State Examination*), la comorbidità (CIRS) e l'eventuale presenza di sintomi depressivi (*Cornell Scale for Depression in Dementia*). Informazioni aggiuntive sono state raccolte circa l'assunzione di farmaci che possono interferire con la normale organizzazione del sonno e/o l'uso di psicofarmaci. I dati sono stati analizzati con EpiInfo 3.4 e OpenEpi 2.2. Test t e chi quadrato sono stati eseguiti per esaminare le relazioni tra disturbi del sonno e variabili di interesse.

Risultati. Dei 129 pazienti valutati 76 sono femmine (58,9%) e 53 maschi (41,1%); L'età media è di 78,3 ± 8,5 anni (media ± ds; *range* 52-95). 45% sono vedovi (con una netta e statisticamente significativa prevalenza delle donne (66,2% *vs.* 9,8%), 40% coniugati e 15% celibi o/nubili. Il grado di istruzione coincide per l'85% con la "licenza elementare". Un disturbo aspecifico del sonno è presente nel 27,9% dei soggetti; insonnia nel 52,7% e sonnolenza diurna nel 34,1%. Il 19,3% presenta sia insonnia che sonnolenza diurna. Gli insonni fanno un maggiore uso di benzodiazepine (p = 0,001; OR = 4,31) e ipnoinduttori non benzodiazepinici (p = 0,02; OR = 3,66) rispetto ai non insonni. Non vi sono invece differenze tra i due gruppi riguardo l'uso di antidepressivi, neurolettici, betabloccanti, anti-ipertensivi e diuretici. Tra i soggetti in terapia con benzodiazepine, il 65,7% assume lorazepam, a un dosaggio medio di 1,5 mg/die. Emerge inoltre una forte associazione (p = 0,006; OR = 3,55) tra depressione e insonnia. Gli insonni presentano in media punteggi più elevati al MMSE (18,27 *vs.* 16,13) e un grado di autonomia maggiore [I. di Barthel (40,49 *vs.* 32,28)] rispetto ai non insonni.

Conclusione. I tassi di prevalenza riscontrati, appaiono simili e sostanzialmente sovrapponibili a quelli riportati nella letteratura internazionale [1] [2]. Il maggiore uso di benzodiazepine e ipnoinduttori non benzodiazepinici (Z-drugs), dimostra come la terapia dell'insonnia nell'anziano, sia esclusivamente centrata sul farmaco, pur in presenza, attualmente, di efficaci trattamenti non farmacologici. Ciò contrasta inoltre con l'indicazione, per gli anziani, di evitare l'impiego di benzodiazepine a emivita lunga e di usare ipnoinduttori per periodi il più possibile brevi e che non superino le 2-3 settimane di trattamento. Gli anziani che assumono benzodiazepine sono infatti ad aumentato rischio di sonnolenza diurna, cadute e decadimento cognitivo e psicomotorio [3]. La forte associazione tra insonnia e depressione indica che il disturbo del sonno è spesso sintomo di una più articolato quadro psichiatrico o alterazione in comorbidità con la patologia depressiva. L'associazione dell'insonnia con migliori performance cognitive e funzionali infine, pur replicando analoghi risultati emersi nel corso di studi precedenti, è di difficile interpretazione [1].

Bibliografia

1 Rao V, Spiro JR, Samus QM, Rosenblatt A, Steele C, Baker A, et al. *Sleep disturbances in the elderly residing in assisted living: findings from the Maryland Assisted Living Study*. Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:956-66.

2 Sukying C, Bhokakul V, Udomsubpayakul U. *An epidemiological study on insomnia in an elderly Thai population.* J Med Assoc Thai 2003;86:316-24.

3 Conn, DK, Madan, R. *Use of Sleep-Promoting Medications in Nursing Home Residents: Risks vs. Benefits*. Curr Opin 2006;23:271-87.

Opportunità e restrizioni inerenti l'impegno di persone anziane in attività di volontariato organizzato: il quadro internazionale

A. Principi, C. Chiatti, G. Lamura, F. Lattanzio[1]

INRCA, Dip. Ricerche Gerontologiche, Ancona; [1] Direzione Scientifica INRCA, Ancona, Italia

Scopo. La finalità del lavoro qui presentato è di contribuire a determinare quali opportunità e restrizioni siano sperimentate dalle persone in età matura nel prestare attività di volontariato organizzato. Promuovere, sviluppare e supportare l'attività di volontariato delle persone anziane è un obiettivo perseguito a livello europeo dalle maggiori organizzazioni di anziani (AGE, 2007). In linea con tale obiettivo, e benché in Italia si registrino tassi di coinvolgimento di anziani nel volontariato minori rispetto alla maggior parte dei paesi europei (Erlinghagen e Hank, 2006), sono state recentemente introdotte delle norme a livello nazionale, attraverso le quali si aspira a favorire il volontariato già a partire dall'ultimo stadio del periodo lavorativo dei dipendenti statali, con la possibilità di ricevere il 70% dello stipendio prestando opera in organizzazioni non profit, anziché sul proprio luogo di lavoro (Parlamento Italiano, 2008). Quali sono dunque le motivazioni e le barriere che influenzano il legame tra età matura e attività di volontariato? Quali i maggiori predittori di quest'ultima? Quali saranno le conseguenze derivanti dall'avvenuto innalzamento dell'età pensionabile, e quanto influisce sulle singole scelte il fatto di dover prestare assistenza a propri famigliari anziani non autosufficienti? In che tipo di organizzazioni prestano maggiormente volontariato gli anziani? Quali misure possono essere implementate per favorire un incontro tra la domanda delle organizzazioni di volontariato e la potenziale offerta di persone anziane disposte a far volontariato? Con questo contributo si recepisce il dibattito che si è sviluppato negli ultimi anni sul tema a livello internazionale, con lo scopo di trarre conclusioni rilevanti per l'Italia.

Materiali e metodi. È stata condotta una rassegna bibliografica sistematica, includendo gli studi pubblicati in materia in lingua inglese su riviste internazionali tra il 1999 e il maggio 2008, ad esclusione di quelli relativi al volontariato informale e di quelli mirati a verificare eventuali vantaggi derivanti dallo svolgere volontariato. Sono state applicate due strategie di ricerca: a) ricerca su database on-line basata sulle parole chiave "civil society" o "civil society organisations" o "voluntary organisations" o "volunteer organisations" o "NGO's" o "non profit organisations" o "older people's organisations" o "retired people organisations" o "third sector" o "social engagement" o "social involvement" o "civic engagement", abbinate a (and) "older people" o "older adults" o "senior citizens" o "elderly people" o "over 50" o "older volunteers"; b) rassegna della bibliografia degli articoli potenzialmente rilevanti. La ricerca è iniziata dai titoli, per proseguire con gli abstract potenzialmente rilevanti, e gli articoli potenzialmente rilevanti. Sono infine stati selezionati 44 articoli, dai quali sono stati estratti i dati impiegati per l'analisi.

Risultati. Lo svolgimento di attività di volontariato in tarda età è generalmente associato a migliori condizioni di reddito, educazione e salute. Altri predittori sono l'elevato legame con la comunità, il poter disporre di informazioni e supporto, e l'essere sposati. I volontari anziani sono spinti per lo più da motivazioni altruistiche (aiutare chi ha bisogno, "restituire" alla società qualcosa che si è ricevuto in passato), mentre i più giovani in prevalenza da "egoistiche" (avvicinarsi al mondo del lavoro, ecc.). Le barriere più marcate si evidenziano per gli stereotipi negativi legati all'età matura, che possono sfociare in pratiche discriminatorie. In USA i *senior* prestano volontariato maggiormente in età lavorativa, con un declino dell'impegno una volta raggiunto il pensionamento. Ciò a causa della marcata presenza nelle aziende di "programmi di volontariato per dipendenti", una tipicità americana poco diffusa in Europa, ove è più alta la partecipazione dei pensionati. La relazione tra *caregiving* familiare e volontariato sembra essere apparentemente negativa in USA e Australia, e positiva in Europa. I volontari anziani sono presenti per lo più in organizzazioni religiose ed impegnate in servizi sociali, personali e sanitari. Lo studio dimostra che gli interventi per favorire l'incontro tra domanda e offerta di volontari senior devono essere attuati sia a livello delle singole organizzazioni di volontariato e sia a livello di politica pubblica, attraverso l'implementazione di una serie di iniziative ad hoc quali campagne informative, incentivi economici, promozione dell'immagine delle attività di volontariato, formazione, e più in generale, tramite lo sviluppo di progetti più ampi finalizzati a stimolare la partecipazione al volontariato delle persone mature.

Conclusione. Tenuto conto delle differenze strutturali tra le diverse popolazioni, anche all'interno degli stessi confini europei, per lo sviluppo del volontariato in età matura l'Italia potrà trarre spunti dalle esperienze di quei Paesi, come gli Stati Uniti, in cui da anni esistono estesi programmi finanziati ad hoc dal governo e altri basati su un proficuo legame con il mondo del lavoro, per la consolidata tradizione di programmi aziendali di volontariato pro-dipendenti.

Bibliografia

AGE. *The European Older Peoplés Platform. Healthy Ageing (good practice examples, recommendations, policy actions)*. Bruxelles: 2007.

Erlinghagen M, Hank K. *The participation of older European in volunteer work (La partecipazione degli anziani europei al lavoro volontario)*. Ageing Soc 2006;26:567-84.

Parlamento Italiano. 2008. Decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione Tributaria".

I prodotti finali di glicazione (AGES) alterano la funzionalità delle cellule dell'epitelio pigmentato retinico favorendo la produzione di fattori neovascolarizzanti

A. Puddu, A. Durante, D. Storace, P. Odetti, G.L. Viviani

Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova

Scopo. Nel corso del normale processo di invecchiamento e nelle patologie età correlate è stato documentato un aumento dello stress ossidativo e dei processi di glicosilazione non enzimatica in tutti i tessuti [1]. In particolare, nell'occhio degli anziani, la presenza di prodotti finali di glicazione (AGEs) è localizzata nella membrana di Brunch, nei drusen, e nelle cellule dell'epitelio pigmentato retinico (RPE) [2]. Inoltre RAGE, il più caratterizzato recettore di AGEs [3], viene espresso dalle cellule RPE che si trovano in contatto con i depositi di AGEs [4]. Le cellule del RPE formano la barriera retinica, mantengono l'omeostasi della retina e giocano un ruolo importante nei processi di neovascolarizzazione patologica che portano alla perdita della vista [5]. Precedenti studi effettuati nel nostro laboratorio hanno dimostrato che l'esposizione agli AGEs di ARPE-19, una linea cellulare del RPE, induce un aumento dello stress ossidativo [6]. Considerato che le cellule del RPE producono una vasta quantità di citochine e fattori di crescita [5] tra cui importanti fattori di crescita vascolari come VEGF-A e VEGF-C, la disfunzione di queste cellule potrebbe contribuire allo sviluppo e al progredire delle patologie della retina caratterizzate da neovascolarizzazione. Lo scopo di questo lavoro è studiare l'effetto dell'esposizione agli AGEs sulla funzionalità delle cellule ARPE-19.

Materiali e metodi. Le cellule ARPE-19 sono state coltivate per 24 ore in DMEM/F12 addizionato con: 10% FCS (CTR); 10% FCS + 250 nM pentosidina (PENT), un AGE considerato un *marker* specifico di glicazione; 10% siero glicato (GS) che simula un ambiente ricco in AGEs. Alla fine dell'esperimento è stata valutata la sopravvivenza cellulare con un metodo colorimetrico. Il sovranatante della coltura è stato conservato per il dosaggio di VEGF-A e VEGF-C in ELISA; mentre i lisati cellulari sono stati utilizzati per la valutazione dell'espressione di RAGE in Western Blot.

Risultati. L'esposizione agli AGEs per 24 ore non influenza la proliferazione cellulare. La secrezione di VEGF-A, rispetto a CTR, non è modificata dall'aggiunta di PENT, ma aumenta in presenza di GS (+ 1501 pg/mg proteine, $p < 0,001$). La secrezione di VEGF-C aumenta in presenza di AGEs (PENT: + 51,3 pg/mg proteine, $p < 0,05$; GS: + 184,6 pg/ mg protein, $p < 0,001$). L'espressione di RAGE aumenta solo in presenza di GS (+ 27,93%, $p > 0,05$), mentre PENT non la modifica.

Conclusione. Gli AGEs sono in grado di alterare la funzionalità delle cellule del RPE inducendo un' aumentata secrezione di fattori angiogenici, creando quindi un ambiente favorevole alla neovascolarizzazione. Il nostro studio dimostra che la secrezione di VEGF-A e VEGF-C dipendono da meccanismi diversi: il singolo AGE pentosidina aumenta solo la secrezione di VEGF-C, ma non quella di VEGF-A, sebbene quest'ultimo sia prodotto costitutivamente e in quantità maggiori rispetto a VEGF-C. In generale la presenza di AGEs induce un'aumentata espressione di RAGE creando un circolo vizioso che si autoalimenta. Nelle ARPE-19 l'espressione di RAGE è aumentata solo in presenza di un pool di AGEs, suggerendo che l' aumentata secrezione di VEGF-A è mediata dall'attivazione di RAGE. Questi risultati dimostrano che gli AGEs inducono delle alterazioni funzionali nelle cellule del RPE e quindi possono favorire le condizioni per la neovascolarizzazione retinica e il conseguente sviluppo delle patologie della retina.

Bibliografia

1. Singh R, Barden A, Mori T, et al. *Advanced glycation end-products: a review*. Diabetologia 2001;44:129-46.
2. Handa JT, Verzijl N, Matsunaga H, et al. *Increase in the advanced glycation end product pentosidine in bruch's membrane with age*. Invest Ophthalmol Vis Sci 1999;40:775-9.
3. Chavakis T, Bierhaus A, Nawroth PP. *Rage (receptor for advanced glycation end products): a central player in the inflammatory response*. Microbes Infect 2004;6:1219-25.
4. Howes KA, Liu Y, Dunaief JL, et al. *Receptor for advanced glycation end products and age-related macular degeneration*. Invest Ophthalmol Vis Sci 2004;45:3713-20.
5. Zinn KM, Benjamin-Hendkind JV. *The retinal pigmented epithelium.* Harvard University Press 1979, p. 3-31.
6. Durante A, Puddu A, Odetti P, Viviani GL. *Differente effetto ossidativo indotto da pentosidina e siero glicato ed efficacia del trattamento antiossidante con N-acetilcisteina su linee HIT-T15 e ARPE-19*. Diabete 2006;17(Suppl 1):P84D.

Il sistema Ubiquitina-Proteasoma potrebbe amplificare il danno ischemico in pazienti diabetici: ruolo del compenso glicemico

E. Quaranta, I. Ambrosino, R. Vestini, D. Fiore, M.R. Rizzo, G. Paolisso, R. Marfella

Seconda Università Napoli, Dipartimento di Geriatria e Malattie del Metabolismo

Scopo. L'incremento della risposta infiammatoria durante ischemia miocardica in pazienti con iperglicemia potrebbe aumentare ischemico e peggiorare l'outcome cardiaco in pazienti diabetici.

Poiché il *pathway* del sistema Ubiquitina-Proteasoma (UPS) è implicato nella risposta infiammatoria legata all'attivazione del fattore nucleare Kappa-Beta (NFkB), un fattore di trascrizione che regola l'espressione dei geni dell'infiammazione, abbiamo valutato l'attività dell'UPS, l'attivazione del NFkB e del fattore di necrosi tumorale-| (TNF-|), una citochina proinfiammatoria, in campioni di tessuto miocardico ischemico di pazienti diabetici. Inoltre, poiché l'iperglicemia incrementa lo stress ossidativo che a sua volta è in grado di attivare il UPS, è stata valutata quantitativamente nel miocardio ischemico la concentrazione di nitrotirosina, un aminoacido ramificato prodotto dai radicali liberi, e correlata al controllo glicemico (HbA1c) e l'*outcome* cardiaco.

Materiali e metodi. I campioni bioptici di tessuto miocardio ventricolare sono stati raccolti da 16 pazienti non diabetici e 18 pazienti affetti da diabete Mellito di tipo 2 con angina instabile sottoposti ad intervento di by-pass coronarico. In tali pazienti sono stati valutati frazione di eiezione (FE), parametri ecocardiografici di funzionalità cardiaca (indice di performance miocardica-MPI), prima del by-pass aortocoronarico. Nei campioni bioptici, ottenuti durante il by-pass, sono state valutate le concentrazioni di nitrotirosina, l'attività dell'UPS, NFkB, e TNF-| . mediante tecniche di immunoistochimica ed ELISA.

Risultati. I pazienti diabetici presentavano, prima dell'intervento di by-pass, un peggiore outcome cardiaco come evidenziato da un maggiore indice di performance miocardia ($p < 0,02$) ed una ridotta frazione di eiezione rispetto al gruppo dei pazienti non diabetici. I campioni bioptici del gruppo di pazienti diabetici presentavano livelli più elevati di nitrotirosina, attività dell'UPS, NFkB, e TNF-| confrontati con il gruppo di pazienti non diabetici ($p < 0,001$). Attraverso l'analisi di regressione multipla i livelli di HbA1c correlavano significativamente con la frazione di eiezione (corretta $r2 = 0,43$, $p < 0,005$), MPI (corretto $r2 = 0,31$, $p < 0,01$), i livelli di nitrotirosina (corretto $r2 = 0,32$, $p < 0,005$), l'attività del proteasoma 20S (corretto $r2 = 0,57$, $p < 0,001$), e le contrazioni di TNF-| (corretto $r2 = 0,41$, $p < 0,001$).

Conclusione. L'incremento dell'attività del Sistema Ubiquitina-Proteasoma, in risposta all'iperglicemia, potrebbe amplificare lo stato infiammatorio ed aumentare il rischio di complicanze cardiache durante l'ischemia miocardia in pazienti diabetici.

Il Monitoraggio Cardiaco Impiantabile: l'esperienza di un Centro per lo Studio della Sincope nell'Anziano

M. Rafanelli, A. Morrione, A. Landi, F. Caldi, V.M. Chisciotti, E. Ruffolo, M. Brunetti, A. Maraviglia, G. Masotti, N. Marchionni, A. Ungar

Centro per lo studio della Sincope, Cardiologia e Medicina Geriatrica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Premessa e scopo. La sincope è un sintomo che consiste in una transitoria perdita di coscienza a risoluzione spontanea, che solitamente porta a caduta. Il Gruppo per lo studio della Sincope nell'anziano (GIS) della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, ha dimostrato che un protocollo diagnostico leggermente modificato da quello per il paziente con perdita di coscienza proposto dalla Società Europea di Cardiologia 1 è ben applicabile anche nell'anziano riducendo le sincopi indeterminate al 10,4% del totale. Il Monitoraggio Cardiaco Impiantabile (MCI), un registratore impiantabile intermittente con memoria della durata di 36 mesi permette di valutare il ritmo cardiaco al momento della sincope, sia in modo automatico sia dopo attivazione da parte del paziente al manifestarsi dei prodromi dell'episodio o dopo la ripresa della coscienza. L'MCI è stato proposto negli ultimi anni come uno degli strumenti diagnostici di maggiore accuratezza, anche nel paziente geriatrico 2. Scopo di questo lavoro è quello di valutare l'impatto diagnostico dell'MCI nella realtà clinica di tutti i giorni.

Materiali e metodi. Dal Settembre 2007 al Luglio 2008 sono stati valutati 292 pazienti inviati al nostro Centro per transitoria perdita di coscienza. Di questi, 10 (3%) sono stati sottoposti ad impianto di MCI (Reveal DX).

Risultati. L'età media dei pazienti arruolati era di 72,5 ± 10 anni (il follow-up medio al 30-6-2008 è stato di 50 giorni, range 7 giorni-300 giorni). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un accurato iter diagnostico secondo il protocollo delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia 3, comprensivo di valutazione neuroautonomica mediante Tilt Table Test potenziato con nitroglicerina secondo il protocollo italiano 3, massaggio dei seni carotidei in clino ed ortostatismo secondo il metodo dei sintomi 4 ed alla prova di ipotensione ortostatica. È stato impiantato l'MCI nei seguenti pazienti:

- 3 pazienti con diagnosi di perdita di coscienza di natura epilettica con valutazione neuroautonomica negativa, ma con criteri diagnostici non del tutto chiari e con recidive malgrado la terapia farmacologica;
- 1 paziente con episodi sincopali sempre preceduti da sintomatologia prodromica ed in ortostatismo con riscontro di ipersensibilità senocarotidea di tipo cardioinibitorio, ma con Tilt Test positivo per sincope vaso-vagale di tipo vasodepressivo;
- 3 pazienti con episodi sincopali traumatici con valutazione neuroautonomica negativa;
- 3 pazienti con ECG patologico e sincopi recidivanti, ma valutazione neuroautonomica negativa.

Non si sono verificate complicanze durante la procedura e nei mesi successivi. Attualmente sono state effettuate tre diagnosi, rispettivamente:

1. pseudosincope psicogena, dopo 30 giorni di follow-up, in una paziente con ECG patologico, ma che riferiva episodi sincopali settimanali, con miglioramento della sintomatologia dopo aver intrapreso terapia antidepressiva;
2. sincope vasodepressiva, dopo 60 giorni di follow-up, in un paziente con storia di sincope traumatica, con un netto miglioramento mediante l'utilizzo di calze elastiche post-chirurgiche di cotone alla coscia e la stretta osservanza di norme comportamentali;
3. sincope cardiogena, dopo 5 giorni di follow-up, in un paziente con ECG patologico e sincopi recidivanti, con la cessazione delle recidive dopo impianto di pace-maker. Negli altri pazienti non si sono ancora verificate recidive sincopali e quindi non è stato ancora registrato alcun evento al MCI.

Conclusioni. L'impianto di MCI è stato eseguito in 10 pazienti anziani senza complicanze in meno di un anno. Già dopo un follow-up medio di 50 giorni, il MCI ha permesso una diagnosi di ragionevole certezza in tre pazienti con transitorie perdita di coscienza, che erano risultate inspiegate nonostante un accurato iter diagnostico secondo il protocollo delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia. Il proseguimento del follow-up potrà ulteriormente aumentare il potere diagnostico del MCI.

Bibliografia

1 Ungar A, Mussi C, Del rosso A, Noro G, Abete P, Ghirelli L, et al. *Diagnosis and characteristics of syncope in older patients referred to geriatric departments*. J Am Geriatr Soc 2006;54:1531-6.

2 Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. *Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – update 2004*. Europace 2004;6:467-537.

3 Brignole M, Menozzi C, Maggi R, Solano A, Donateo P, Bottoni N, et al. *The usage and diagnostic yield of the implantable loop-recorder in detection of the mechanism of syncope and in guiding effective antiarrhythmic therapy in older people*. Europace 2005;7:273-9.

4 Del Rosso A, Ungar A, Bartoli P, Cellai T, Mussi C, Marchionni N, et al. *Usefulness and safety of shortened head-up tilt testing potentiated with sublingual glyceryl trinitrate in older patients with recurrent unexplained syncope*. J Am Geriatr Soc 2002;50:1324-8.

5 Puggioni E, Guiducci V, Brignole M, Menozzi C, Oddone D, Donateo P, et al. *Results and complications of the carotid sinus massage performed according to the method of symptoms*. Am J Cardiol 2002;89:599-601.

Patologia ateromasica degli arti inferiori: fattori di rischio, ispessimento medio intimale carotideo e comorbilità in tre popolazioni anziane

T. Raichi, F.T. Feliziani, S. Leonardi, S. Ercolani, E. Mariani, M. Baglioni, R. Cecchetti, A. Cherubini, P. Mecocci

Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia

Scopo. Valutare le caratteristiche cliniche e farmacologiche di soggetti anziani ambulatoriali con sospetto di patologia obliterante degli arti inferiori, con particolare attenzione alla caratteristiche della popolazione ultraottantenne in rapporto a due gruppi di soggetti più giovani.

Materiali e metodi. Sono stati raccolti i dati relativi a 240 soggetti afferenti agli ambulatori di ecografia vascolare della S.C. di Geriatria del Policlinico Universitario di Perugia nell'arco di due anni e successivamente rivalutati con un follow-up di 1 anno. Su tutti i soggetti sono stati eseguiti esame eco-color-Doppler degli arti inferiori con misurazione dell'Indice Pressorio caviglia Braccio (Ankle/Brachial Pressure Index – ABPI) e valutazione ecografica carotidea con misurazione del valore dello spessore medio-intimale (Intima Media Thickness – IMT). A campione i soggetti esaminati sono stati inviati ad altro ambulatorio specialistico per la valutazione della correttezza diagnostica. Di ciascun soggetto è stata raccolta un'anamnesi dettagliata, indagando particolarmente i fattori di rischio vascolare e la terapia farmacologica. Il campione selezionato è stato stratificato in base all'età in tre gruppi: il primo rappresenta una popolazione tra i 65-70 anni, il secondo tra i 70-80 anni ed il terzo superiore agli 80 anni. Le variabili dicotomiche sono presentate come percentuale intragruppo ed il confronto tra gruppi è stato fatto mediante il test del ±2. ABPI e IMT sono presentati come media ± deviazione standard. Il confronto tra gruppi di queste due variabili è stato fatto mediante Anova.

Risultati. Il gruppo 1 è formato da 61 soggetti con età media di 68,3 ± 1,6, il gruppo 2 da 104 soggetti con età media di 73,6 ± 1,7 ed il gruppo 3 da 75 soggetti con età media 86,8 ± 3,8. Le caratteristiche cliniche e i risultati dei confronti tra i gruppi sono schematizzati in Tabella.

	Gruppi			
	1 65-70 anni (n = 61)	2 70-80 anni (n = 104)	3 > 80 anni (n = 75)	*p*
Fumatori (%)	27,9	18,3	18,7	< 0,01*
Ipertensione (%)	24,6	17,3	16,0	< 0,05*
Ipercolesterolemia (%)	29,5	18,3	18,7	< 0,01*
Ipertrigliceridemia (%)	26,2	17,3	10,7	< 0,01*
Diabete mellito tipo 2 (%)	24,2	16,3	17,3	< 0,01*
≥ 3 *Risk factors* (CIRS) (%)	57	54	66	N*
Terapia con statine (%)	32	18	12	< 0,05*
Terapia antiaggregante (%)	57,4	23,1	17,3	< 0,01*
Ulcere vascolari ad un anno (%)	6	2	1	< 0,01*
ABPI (m ± DS)	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,2	0,9 ± 0,2	N§
IMT (mm) (m ± DS)	8 ± 2	10 ± 2	7 ± 2	< 0,05§

PAD = patologia arteriosa arti inferiori; ABPI = indice pressorio caviglia/braccio; IMT = spessore medio-intimale; * = la significatività è stata calcolata confrontando le variabili mediante test $\pm^2$ (p è relativa contemporaneamente a confronti gruppo 1-2 e 1-3); § = la significatività è stata calcolata mediante Anova e p si riferisce sia al confronto dei gruppi 1 e 2 che al confronto 1-3.

Conclusione. È noto come la terapia antiaggregante sia ritenuta significativamente efficace nel ridurre la mortalità cardiovascolare nei soggetti con patologia vascolare periferica. Nei gruppi studiati, con gradi di comorbilità sovrapponibili, al progressivo incremento dell'età abbiamo osservato una riduzione nell'utilizzo della terapia antiaggregante e delle statine, senza tuttavia osservare un incremento della patologia ulcerosa degli arti inferiori ad un anno nei gruppi di età più avanzata.

Rilevazione di tempi assistenziali in strutture residenziali e semiresidenziali per anziani

R. Raiteri, I. Aramini, S. Musante, C. Traverso, M. Perrozzi, A. Migone, L. Romeo, A. Testi[1], D. Moggia[1], A. Traverso[1], P. Odetti[2]

A.S.P. "Emanuele Brignole", Genova; [1] Università di Genova, Facoltà di Economia e Commercio, DIEM; [2] Università di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia, DIMI U.O. di Geriatria

Scopo. Lo studio ha come obiettivo principale la misurazione dei tempi di assistenza diretti alla persona per ogni atto sanitario, riabilitativo e di nursing all'interno delle residenze e dei centri diurni dell'ASP "Emanuele Brignole" di Genova, e di correlare la media giornaliera dei minuti assistenziali ottenuti per ciascun paziente con la classe RUG di appartenenza, secondo il sistema RUGIII e il punteggio AGED (sistema di valutazione della non autosufficienza dell'anziano attualmente in uso nella regione Liguria – ultimo aggiornamento 2007).

Materiali e metodi. Le residenze interessate dallo studio presentano identica organizzazione funzionale, pur accogliendo diverse tipologie di utenza: post-acuti, non-autosufficienti totali, non-autosufficienti parziali, Alzheimer, utenti di centro diurno di primo e di secondo livello per un totale di 653, suddivisi in sette RSA e quattro centri diurni. Le residenze sono state accreditate dalla regione Liguria nel 2008 e gli standard di erogazione di risorse sono quelli previsti dalla L.R. 308 del 2005.

La ricerca è stata impostata da un gruppo di studio multidisciplinare allargato, che ha studiato ed elaborato le schede per la rilevazione dei tempi assistenziali: si tratta di schede-paziente giornaliere per OSS e infermieri professionali, settimanali per medici, coordinatori, terapisti della riabilitazione e animatori.

Si è elaborato un programma di formazione del personale per ogni struttura, seguito da una "prova" di 24 ore. La misurazione ha avuto durata di una settimana all'interno dei moduli delle RSA e di sei giorni nei centri diurni e si è svolta nei mesi di maggio e giugno 2008.

Risultati. La popolazione esaminata è costituita da 663 soggetti di età 79,5 ± 15,7 anni. Sono state raccolte circa 20.000 schede-utente, per un totale di circa 500.000 dati. Al fine di ridurre al minimo gli errori, i dati sono stati controllati in tre passaggi: dal gruppo di lavoro presente al momento della rilevazione nelle strutture, durante l'inserimento nei fogli di calcolo mediante l'utilizzo di un programma vocale (che consente un contemporaneo controllo visivo), dai responsabili delle strutture prima dell'inizio dell'elaborazione.

Conclusione. L'elaborazione dei dati è in corso e si prevede di averne i risultati entro il mese di ottobre.

Data la vastità e la complessità delle informazioni raccolte, ci si propone di utilizzarle per la valutazione di diversi *outcomes*, in collaborazione con la facoltà di Medicina e di Economia dell'Università di Genova.

La media dei tempi assistenziali misurati, correlata alla classe RUG e al punteggio AGED potrà fornire informazioni sulla tipologia dei pazienti ricoverati, sull'appropriatezza del ricovero e del *setting* residenziale, sulla sensibilità e/o praticità delle diverse valutazioni multidimensionali, sulla migliorabilità dell'allocazione di risorse in base all'assorbimento assistenziale incentrato sulla struttura e/o sul paziente.

Dalle elaborazioni preliminari si evidenziano già alcuni elementi: a) la popolazione esaminata ha un elevato peso assistenziale (almeno il 40% presenta case mix RUG superiore a 0,71 e un punteggio AGED superiore a 24); b) sembra possibile pensare ad una integrazione dei due sistemi di valutazione, AGED per una stima rapida della non autosufficienza al di fuori delle strutture, almeno fino a quando non verrà colmata la carenza di risorse umane sul territorio; RUG per una valutazione più accurata del paziente ricoverato in struttura, da rivedere ad intervalli di tempo standard, per la definizione del case mix che deve essere finanziato dal servizio sanitario nazionale. Sarebbe proponibile integrare, almeno per il momento, l'AGED con alcune variabili che tengano maggiormente conto della complessità clinica (polipatologia, necessità di cure sanitarie complesse) e del deficit cognitivo; c) l'elevata presenza di deficit cognitivo e di disturbo comportamentale appare essere sottostimata sia da AGED che da RUG come si evince da una preliminare analisi dei minutaggi di assistenza rilevati nei nuclei Alzheimer, nei centri diurni, e per i pazienti dementi in generale.

Bibliografia

1 Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, et al. *Nursing home case-mix instruments: Validation of the RUG III system in Italy*. Aging Clin Exp Res 2002;15:243-53.

2 Petrini M, Aramini I, Ricci E, Banchero A. *Gx tempi: valutazione del fabbisogno assistenziale degli anziani*. Prospettive sociali e sanitarie, 1-11-1990.

Prevalenza e determinanti di anemia in pazienti anziani ospedalizzati affetti da BPCO

P. Ranieri[1 2], A. Bianchetti[1 2], S. Franzoni[1 2], C. Cornali[1 2], I. Badi[1 2], E.M. Clini[3], M. Trabucchi[2]

[1] U.O. Medicina, Istituto Clinico "S. Anna", Brescia; [2] Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia; [3] Dipartimento Oncologia e Pneumologia, Università di Modena-Reggio Emilia, Modena, Italia

Premessa. Recenti studi suggeriscono che nei pazienti affetti da BPCO la presenza di anemia si associa ad *outcome* negativi. Tuttavia, le modificazioni dei livelli di emoglobina (Hb) nella BPCO non sono ancora bene caratterizzate.

Obiettivo dello studio. Determinare la prevalenza di anemia in pazienti anziani ospedalizzati affetti da BPCO, ed analizzare le associazioni tra I valori di Hb e le variabili cliniche.

Popolazione di studio. 313 pazienti anziani ospedalizzati affetti da BPCO (età media 81 ± 7 anni). La presenza di anemia è stata definita in accordo con i criteri del WHO.

Risultati. La prevalenza di anemia era del 48%. I pazienti con anemia, rispetto ai non-anemici, erano più vecchi (83 ± 7 *vs.* 81 ± 7 anni; p 0,002), cognitivamente più compromessi (MMSE 20 ± 6 *vs.* 22 ± 6; p 0,07), con BPCO più grave (FEV_1 62 ± 23 *vs.* 77 ± 27; p 0,002), con maggiore disabilità premorbosa ed all'ingresso (IADL 4 ± 3 *vs.* 3 ± 3; p 0,02; Barthel index (BI) pre-ammissione 72 ± 30 *vs.* 80 ± 25, p 0,005; BI all'ammisione 50 ± 34 *vs.* 61 ± 33; p 0,008), comorbilità (Charlson Index (CI) 4,3 ± 3,8; p 0,002),

fragilità (colesterolo 170 ± 42 *vs.* 181 ± 46; p 0,02; albumina 3,4 ± 0,6 *vs.* 3,5 ± 0,5; p 0,034), severità di patologia acuta (Apache II score 9,6 ± 3,9; 0,043), più elevati indici di infiammazione (VES 45 ± 28 *vs.* 32 ± 23; p 0,000), e maggiore prevalenza di patologia renale (urea 71 ± 43 *vs.* 56 ± 36; p 0,000; creatinina 1,5 ± 0,7 *vs.* 1,2 ± 0,7; p 0,001). In analisi multivariata, solo il CI (B 0,28 Sig. 0,082) e la VES (B -0,333, Sig. 0,037) erano le variabili indipendentemente associati ai valori di Hb.

Conclusioni. Lo studio conferma che l'anemia normocitica da disordine cronico è una condizione molto frequente nei pazienti anziani affetti da BPCO. Le variabili indipendentemente associate alla presenza di anemia, nei pazienti affetti da BPCO, risultano essere la comorbilità e lo stato infiammatorio cronico.

Valutazione della sensibilità della Scala VMD INRCA nella misurazione della fragilità attraverso il confronto con i criteri delle Scale di Winograd e VES-13

L. Repetto, C. Locatelli, M. Raffaele, C. Di Bartolomeo, M. Sebastiani[1], L. Spazzafumo[2], per il Gruppo di studio VMD INRCA

U.O. di Oncologia INRCA Roma; [1] Direzione Sanitaria d'Istituto INRCA; [2] Centro di Biometria e Statistica Sanitaria, INRCA

Scopo. I fattori età correlati nel paziente anziano con /senza patologia neoplastica, si associano ad eventi avversi e disabilità varie. L'INRCA ha sviluppato, validato ed implementato una Scala di Valutazione Multidimensionale (VMD) per pazienti di età ≥ 70 anni.

L'obiettivo dello studio è di analizzare la capacità dei criteri di Winograd e VES-13 nel riconoscere la fragilità nei pazienti precedentemente valutati con la VMD.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 6.746 pazienti consecutivi, di età ≥ 70 anni, ricoverati presso le nostre sedi INRCA dal gennaio 2005 al maggio 2007. Tutti i pazienti sono stati valutati tramite VMD, che prevede la somministrazione delle seguenti scale: Scala di Comorbidità (CIRS), *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), *Activities of Daily Living* (ADL), *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), *Informal Social Support* (*Lubben Social Network Scale*), *Health-Related Quality of Life* (SF12), *socio-economic and environmental information* (VSE).

È stato costruito l'Indice di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (MGI), con punteggio 0 a 100 (0 = disabile, 100 = no incapacità) attraverso la combinazione lineare di 2 componenti principali (Analisi delle Componenti Principali). La validità della MGI è stata valutata comparando i punteggi significativi per gruppi differenziati per sesso, età e criteri ICD9.

Risultati. Di 6.746 pazienti 46,3% erano maschi (n = 3122), 53,7% femmine (n = 6624). L'età media era 79,39 ± 5,8 yrs, con un *range* di 70-103 yrs. Il 70% dei pazienti presentavano 3 o più comorbidità, il 28,7% erano incontinenti, il 30,2% un punteggio MMSE ≤ 20, il 9% un punteggio GDS ≥ 10, il 15,6% un ADL ≤ 2 ed il 20,2% dei pazienti un punteggio IADL pari a 0 ≤ IADL ≥ 2. Il 20,1% ha rivelato uno scarso supporto sociale (*Lubben scale* < 19) ed il 39,3% una scarsa qualità di vita (SF12: PCS ≤ 35,7 e MCS ≤ 40,7).

I criteri della VES-13 sono risultati applicabili a 5.328 pazienti, che sono risultati così suddivisi: *healthy* 25,3% (n = 1.350), vulnerable 22,5% (n = 1.198) e frail 52,2% (n = 2.780).

Secondo questi criteri sono risultati *healthy* il 34,9% dei pazienti oncologici e il 24,9% dei pazienti non oncologici; sono risultati frail rispettivamente il 39,5% e 52,8% dei pazienti, con una differenza statisticamente significativa (Chi-quadro = 19,21; p < 0,001). Secondo i criteri di Winograd i pazienti sono risultati così suddivisi: 4188 (62,1%) *frail* e 2558 (37,9%) non frail. Non è stata osservata nessuna differenza significativa tra pazienti oncologici e non oncologici (Chi-quadro = 1,92; p = 0,165).

I punteggi dell'MGI sono stati costruiti con il metodo delle Componenti Principali (PCA) utilizzando 6 scale: CIRS, MMSE, GDS-15 ADL, IADL SF12. È risultato che il MGI discrimina bene i pazienti per sesso ed età (sesso da età-classi F = 2,71, df = 4 p = 0,029), inoltre è risultato che i pazienti oncologici hanno un rischio più basso di disabilità rispetto ai pazienti non oncologici (p < 0,001).

Conclusione. Concludendo: i criteri della VES-13 ed il MGI sono risultati congruenti nel riconoscimento di pazienti fragili con senza malattia oncologica, mentre i criteri di Winograd sono risultati non congruenti.

VES13 e MGI sono risultati strumenti utili per la valutazione di pazienti anziani con cancro.

Fattori modificabili associati con una maggiore sopravvivenza in pazienti longevi

A. Ricci, R. Rozzini, I. Sleiman, P. Barbisoni, A. Morandi, C. Mattanza, A. Giordano, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della longevità nei pazienti anziani, scarsi invece sono i dati in letteratura sullo stato di salute, prevenzione e cure cliniche a loro dedicati [1 2]. In questi pazienti la mortalità avviene abitualmente come conseguenza di una malattia acuta, che richiede l'ospedalizzazione; i suoi effetti e quelli del trattamento possono essere un potenziale target d'intervento per ridurre la mortalità. L'obiettivo del lavoro è di identificare, in una popolazione di longevi, se vi sono dei fattori modificabili correlati con la sopravvivenza.

Materiali e metodi. Lo studio retrospettivo è stato effettuato su 400 pazienti (età media 91,6 ± 2,5 anni, femmine = 69,8%) ricoverati nel reparto di geriatria dell'Ospedale Poliambulanza, Brescia. Sono stati raccolti i seguenti dati: età, sesso, stato cognitivo con *Mini Mental State Examination* (MMSE), comorbilità con il Charlson Inedx, stato funzionale con il Barthel Index e supporto sociale, diagnosi all'ingresso, Charlson Index, APACHE II *score* e APS *score*, il rapporto urea/creatinina (se > 25 è segno di disidratazione) e il numero degli eventi negativi (i.e. delirium, cadute, reazione avversa ai farmaci, piaghe da decubito e infezioni). È stata considerata la mortalità a 3 mesi come *outcome* primario.

Risultati. Le principali diagnosi all'ingresso sono: malattie respiratorie (24,4%), malattie cardiovascolari (17,1%), ictus (12,1%), neoplasie (12,1%) e cirrosi epatica (4,1%). I pazienti deceduti in ospedale sono 50 e quelli deceduti a 3 mesi 123/434 (28,3%). all'analisi bivariata i fattori che predicevano la mortalità erano: Charlson Index (> 2), albumina sierica (< 3,5 g/dl), diabete mellito, malattie respiratorie, ictus, APS (> 4), BADL (0-60), MMSE (< 18), disidratazione, patologie neoplastiche, gli eventi negativi e la l'incapacità di recuperare lo stato funzionale (alla dimissione rispetto all'ingresso in ospedale). Mentre all'analisi multivariata i fattori che predicevano la mortalità erano: APS; BADL, disidratazione, patologie neoplastiche, l'incapacità di recuperare lo stato funzionale durante il ricovero, gli eventi negativi e il MMSE.

Conclusioni. I fattori modificabili che predicono la mortalità sono la disidratazione, gli eventi negativi (delirium, reazioni avverse a farmaci ecc.) e l'incapacità di recuperare lo stato funzionale pre-morboso. È possibile ipotizzare che interventi atti a ridurre gli eventi avversi; come ad esempio prevenire la disidratazione, l'immobilizzazione e il delirium, modificano in modo significativo il rischio di mortalità.

Bibliografia

1 Yates LB, Djoussé L, Kurth T, et al. *Exceptional Longevity in Men Modifiable Factors Associated With Survival and Function to Age 90 Years*. Arch Intern Med 2008;168:284-90.

2 Terry DF, Sebastiani P, Andersen SL, Perls TT. *Disentangling the Roles of Disability and Morbidity in Survival to Exceptional Old Age*. Arch Intern Med 2008;168:277-83.

I disturbi del comportamento (BPSD) nella demenza: studio di un campione di residenti in RSA

G. Ricci[1 2], P. Cosso[1 2], A. Leonetti[1], P. Pagliari[1 2], A.B. Ianes[2]

[1] RSA "Villa San Clemente", Villasanta (MI); [2] Gruppo SEGESTA

Un problema rilevante delle demenze è costituito dal fatto che il 90% circa dei pazienti dementi soffre di alterazioni comportamentali spesso multiple.

In letteratura sono stati individuati 5 specifici *cluster* comportamentali: 1- psicosi (allucinazioni, delusioni e misidentificazioni); 2- depressione (tristezza, pianto, disperazione, scarsa autostima, ansia, colpa); 3- apatia (ritiro sociale, mancanza di interessi e demotivazione); 4- aggressività (resistenza aggressiva, aggressività fisica e verbale); 5- agitazione (affaccendamento, vagabondaggio, pedinamento, irrequietezza, grida, disinibizione, stereotipie, vestirsi/svestirsi, disturbi del sonno).

Scopi. L'evidenza clinica ci dimostra che i BPSD, sono si presenti in tutte le forme di demenza, ma non in tutte le forme con la stessa frequenza o gravità. Obiettivo del presente studio, è, perciò, quello di descrivere e quantificare la presenza di eventuali "Disturbi Psichici e del Comportamento" in un gruppo di pazienti affetti da deterioramento cognitivo a diversa eziologia.

Materiali e metodi. Allo studio hanno partecipato un totale di 231 soggetti con demenza, reclutati e valutati presso l'RSA "Villa San Clemente" di Villasanta (MI): 58 maschi (età: 76,91 ± 5,75) e 173 femmine (età: 79,02 ± 5,34). 77 erano affetti da Malattia di Alzheimer (AD), 53 da Demenza Vascolare (VaD) (39 VaD corticale e 14 VaD sottocorticale), 30 da Demenza a patogenesi mista, 16 da deterioramento ad eziologia non definibile, 3 da Demenza da Corpi di Lewy (LBD), 2 da Parkinson demenza (PDD), 2 da Afasia progressiva Primaria (APP), 31 da *Mild Cognitive Impairment* (MCI), 1 da Psicosi, 17 erano cognitivamente normali. Tutti i soggetti compresi nello studio sono stati sottoposti ad esami ematochimici di routine, ad ECG, Tc o RMN dell'encefalo e batteria neuropsicologica atti a definire (ove possibile) la natura della demenza e da valutazione dello stato psicoaffettivo, (GDS15), comportamentale (NPI) e dell'autonomia (ADL, IADL).

Risultati. Il 90,4% dei soggetti affetti da demenza presenta almeno un disturbo comportamentale, senza differenze significative fra i differenti tipi di demenza (AD = 97,4%; VaD = 94,34%, D. mista = 100%; D. non definibile = 100%). Importante la presenza di BPSD nei soggetti MCI (83,87%). Ansia (63%) e apatia (58,64%) sono i disturbi più frequenti, euforia (6,81%) e disinibizione (10,99%) quelli meno presenti nel nostro campione. Confrontando le 3 forme di demenza più frequenti con il MCI, troviamo che nella AD e nella VaD, i BPSD più rappresentati sono agitazione, depressione, ansia ed apatia, nelle forme "miste" sono più rappresentati depressione, ansia ed apatia. I soggetti MCI presentano, invece, un *patterns* di disturbi molto differente perché ad eccezione dell'ansia, presente nel 58% dei soggetti, la maggioranza dei pazienti non presenta BPSD.

Conclusioni. I soggetti con AD sono gravati da una maggiore frequenza di BPSD rispetto alle altre forme di demenza; lo spettro dei BPSD è sovrapponibile nei soggetti con AD e VaD e si differenzia dalle forme miste per una maggior frequenza di agitazione. Nell'MCI si nota una più bassa frequenza di presenza di BPSD, ma una elevata di soggetti presenta ansia e depressione. In sintesi: pur non potendo delineare la presenza di "*cluster* comportamentali" in quanto ogni soggetto esaminato, presenta "un quadro psico-comportamentale" diverso da tutti gli altri, possiamo concludere che i PBSD rappresentano una manifestazione clinica rilevante e invariabilmente presente in tutte le forme di demenza, compreso quelle "pre-cliniche", quali l'MCI.

Delirium ad insolita etiologia: un caso clinico

D. Riccio, R. Frau, P.F. Putzu

Ospedale "SS. Trinità", Divisione Geriatria, Centro Alzheimer, ASL 8, Cagliari

Introduzione. Il delirium è un grave condizione, frequente negli anziani nei diversi *setting* assistenziali. Nei soggetti ospedalizzati la prevalenza del delirium varia dall'11 al 42% [1] e si associa ad elevata mortalità, prolungamento della degenza, aumento del rischio di istituzionalizzazione. Nell'anziano nell'unità per acuti il delirium è spesso il motivo del ricovero; può essere l'unico sintomo di esordio di qualsiasi patologia, sia medica che chirurgica, od avere una etiologia multifattoriale.

Metodi. Attraverso il seguente caso clinico vogliamo sottolineare l'eterogeneità delle cause di delirium. D.C., donna di 85 anni, già affetta da ipertensione arteriosa, gonartrosi bilaterale, ipoacusia, completamente autosufficiente fino a tre giorni prima del ricovero, avrebbe presentato una caduta a terra a seguito di un episodio vertiginoso, riportando una contusione con vasta ecchimosi a livello della regione anteriore del collo. Al momento del ricovero si evidenzia un grave rallentamento ideo-motorio, disorientamento spazio-temporale, difficoltà nella deambulazione che perduravano da circa due giorni; presenta inoltre temperatura corporea di 37,5 °C. Ha praticato fino a quel momento terapia con amiloride + idroclortiazide 5/50 mg cp e ketoprofene cp al bisogno.

Risultati. All'esame fisico la paziente è lievemente disidratata, presenta un lieve versamento pleurico a sinistra ed è apprezzabile un voluminosa tumefazione nei quadranti inferiori della mammella destra, del diametro di circa 6-7 cm, di consistenza dura, mobile sui piani profondi. I parametri ematochimici mostrano: Calcio 20,4 mg/dl, Creatinina 1,8 mg/dl, Fosforo 5,3 mg/dl, Glicemia 229 mg/dl. Visti i valori di calcemia la paziente è stata sottoposta a trattamento emodialitico urgente. Nei giorni immediatamente successivi al ricovero il dosaggio del paratormone risultava molto elevato: 1.477 pg/ml (v.n. 15-65 pg/ml). L'iter diagnostico ha tenuto conto della diagnostica differenziale dell'ipercalcemia. La paziente è stata sottoposta quindi ad ecografia tiroidea e paratiroidea, scintigrafia tiroidea (gozzo multinodulare) e paratiroidea, ecografia mammaria e mammografia, scintigrafia ossea total body (neoformazione mammaria benigna), TC cranio, emogas arterioso, emocoltura. Dopo adeguata idratazione, terapia con prednisone, bifosfonati, calcitonina si è assistito alla normalizzazione della calcemia, dei livelli di paratormone e alla risoluzione del delirium.

Conclusioni. Il delirium può essere sotteso da cause diverse tra cui: le infezioni, gli squilibri elettrolitici, i farmaci, i disturbi endocrino-metabolici, disturbi intracranici – ictus, edema cerebrale, neoplasie cerebrali ecc. –, compromissione cardiopolmonare, cause sensoriali/ambientali [2]. Nel caso descritto una caduta, con trauma della regione anteriore del collo, avrebbe causato a nostro parere, un abnorme rilascio di paratormone con grave ipercalcemia ed insorgenza di stato confusionale acuto, risoltosi con la normalizzazione dei livelli di paratormone e di calcemia. Il caso clinico mostra come le grandi sindromi geriatriche come le cadute, il delirium, gli squilibri elettrolitici, le comorbidità, la disabilità possano presentarsi assieme in maniera complessa e atipica, richiedendo un grande impegno dal punto di vista diagnostico.

Bibliografia

1 Inuoye SK, Charpentier PA. *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability.* JAMA 1996;275:852-7.

2 Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. *The cause of Delirium in patients with hip fracture.* Arch Intern Med 2000;160:1856-60.

Un ambulatorio geriatrico in RSA per la prevenzione del colpo di calore e per la ricognizione dei soggetti a rischio, attivo nella ASL BAT

V. Roca, R. Canosa[1], F. Mastroianni, G. Grumo, P. De Benedictis

RSA "Madonna della Pace", Andria (BA); [1] Direzione generale ASL BAT

Introduzione. Nei periodi estivi, l'aumento delle temperature e l'elevato tasso di umidità creano condizioni difficili per i soggetti più fragili. Tra questi gli anziani che, soprattutto se affetti da patologie croniche, sono più esposti alla disidratazione e quindi al colpo di calore.

Scopo dello studio. Attivare per il periodo estivo, nei mesi di luglio ed agosto, un ambulatorio aperto al cittadino, al quale rivolgersi, gratuitamente, per ricevere consigli al fine di ridurre il rischio dei soggetti anziani. L'iniziativa ha avuto il patrocinio del *Ministero del lavoro, salute e politiche sociali* e la collaborazione dell'Assessorato Regionale alle politiche della salute e della ASL BAT.

Finalità dell'ambulatorio.

- analisi dei fattori di rischio;
- valutazione delle terapie farmacologiche;
- consigli per la prevenzione del colpo di calore;
- informazioni sulle ondate di caldo (in collaborazione con il servizio meteorologico della protezione civile);
- distribuzione gratuita di materiale informativo per le famiglie;
- punto di ascolto.

Organizzazione. L'attività dell'ambulatorio, attivo ogni martedì e giovedì dalle 16.00 alle 18.00, nei mesi di luglio ed agosto, è gestita da una èquipe costituita da un medico geriatra, un infermiere, uno psicologo e un assistente sociale.
Il cittadino può cosi disporre di un'équipe multidisciplinare che, gratuitamente, somministrerà un questionario per il rilevamento dei bisogni. Il questionario è costituito da una sezione anagrafica, una medico-sanitaria nella quale vengono riportate le patologie e le terapie farmacologiche assunte dal soggetto, una sezione che valuta l'autonomia e l'autosufficienza ed una sezione sociale in cui vengono riportati i dati relativi alla composizione del nucleo familiare ed al carico assistenziale. Infine una sezione è dedicata alle condizioni abitative ed al comfort.
Inoltre è stato realizzato, secondo le Linee Guida ministeriali, un opuscolo informativo che contiene consigli per la prevenzione. L'attività dell'ambulatorio è completata dai dati in tempo reale sulle condizioni meteorologiche che mediante un bollettino diramato dalla protezione civile informa sulla previsione delle ondate di calore secondo i livelli di rischio.
La RSA, nella quale è allestito l'ambulatorio, dispone inoltre del servizio di telecardiologia che in poco meno di tre minuti è in grado di rilevare patologie degne di ospedalizzazione ed evitare cosi ricoveri impropri. Inoltre la precoce identificazione dei soggetti fragili e di coloro che non sono raggiunti dal sistema di protezione sociale e la immediata segnalazione al medico di medicina generale consentirà di attivare forme di assistenza specifica (ADI, Centro diurno, Residenza). L'ambulatorio si inserisce nella rete dei servizi territoriali che la ASL BAT ha realizzato; assistenza domiciliare, residenze sanitarie, centro diurno e nucleo Alzheimer in RSA sono gli anelli della catena che vedono coinvolti i medici di medicina generale e i distretti socio-sanitari.

Disfunzione mitocondriale in differenti aree cerebrali di ratti senescenti: importanza dell'assessment bioenergetico

A.D. Romano[1], G. Serviddio[1], F. Bellanti[1], T. Rollo[1], R. Tamborra[1], G. Vendemiale[1 2]

[1] Centro per lo Studio delle Malattie Radicaliche e dell'Invecchiamento, Cattedra di Geriatria, Università di Foggia; [2] Medicina Generale, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia

Scopo. Le cellule cerebrali per mantenere l'omeostasi ionica durante la loro attività metabolica sono altamente dipendenti dal mantenimento di un elevato stato energetico mitocondriale. Questa condizione è a sua volta dipendente da una piena capacità del mitocondrio di convertire in ATP la cascata degli elettroni generata dall'ossidazione dell'NADH. Diversi lavori hanno mostrato una riduzione dell'attività degli enzimi della catena respiratoria in corso di invecchiamento [1-3]; tale condizione è associata ad un aumento della produzione di radicali liberi dell'ossigeno (ROS) ed è alla base della teoria radicalica dell'invecchiamento [4] secondo cui, il danno cumulativo delle macromolecole cellulari ad opera dei ROS sarebbe responsabile dell'invecchiamento cellulare. Alcuni studi hanno riportato una riduzione dell'attività enzimatica dei complessi della catena respiratoria mitocondriale dei neuroni di ratti senescenti [5]. Scopo del presente lavoro è stato quello di verificare se le modificazioni della bioenergetica mitocondriale sono riproducibili nelle differenti aree cerebrali del cervello anziano.
Materiali e metodi. Sono stati sacrificati ratti maschi Wistar di 6 e 25 mesi; si è proceduto alla separazione delle seguenti aree cerebrali: corteccia (CX), ippocampo (HI) e cervelletto (CV). Le aree escisse da un pool di tre animali sono state utilizzate a fresco per l'estrazione di mitocondri mediante centrifugazione in gradiente di densità di Percoll. I mitocondri isolati sono stati analizzati mediante Ossigrafia con elettrodo di Clark e misurazione del Potenziale di Membrana Mitocondriale (MMP) con elettrodo al TPP+. È stato inoltre valutato l'indice di controllo respiratorio (ICR).
Risultati. La valutazione dell'attività della catena respiratoria mitocondriale è stata testata utilizzando come substrati glutammato + malato (G/M) e succinato rispettivamente per il complesso I e II. Utilizzando G/M non sono state rilevate variazioni significative nel consumo di ossigeno e nell'Indice di Controllo Respiratorio (ICR) sia nello stato IV che nello stato III della respirazione mitocondriale; l'utilizzo di succinato + rotenone ha mostrato un aumento significativo del consumo di ossigeno sia in stato IV che in stato III nell'ippocampo (Anziani *vs.* Giovani, Stato III: $p < 0,01$; Stato IV: $p < 0,05$) e nella corteccia (Anziani *vs.* Giovani, Stato III: $p < 0,05$; Stato IV: $p < 0,05$) dei ratti anziani rispetto ai giovani; tali differenze non sono state osservate a livello cerebellare. L'ICR è risultato essere significativamente più alto nei ratti giovani rispetto agli anziani in CV ($p < 0,05$) e CX ($p < 0,01$). La misura del MMP, ottenuta aggiungendo succinato come substrato, non ha evidenziato variazioni significative nei due gruppi di ratti in tutte le aree esaminate.
Conclusione. I nostri dati confermano l'esistenza di un disaccoppiamento mitocondriale nel cervello di animali anziani rispetto ai controlli giovani ma suggeriscono variazioni aree-dipendenti mai osservate precedentemente. La respirazione in stato III rappresenta una condizione in cui la fosforilazione ossidativa non dipende dalla disponibilità di ADP e nella quale avviene un aumento di produzione di ROS. La respirazione in stato III è aumentata nelle aree CX e HI nel gruppo degli anziani. l'ICR nei ratti giovani è maggiore in CV e CX, pur essendo invariato in HI. I nostri dati mostrano dunque, per la prima volta, che in un modello animale di senescenza i mitocondri presentano alterazione della funzione della catena respiratoria mitocondriale e che tali alterazioni sono area-specifiche. In particolar modo, è risultata significativa la differenza a livello di Corteccia ed Ippocampo ma non a livello Cerebellare. La conservazione del MMP negli anziani è in accordo con osservazioni precedenti, che mostravano una riduzione del MMP solo in fasi più avanzate di senescenza in relazione alla più tardiva compromissione delle biomembrane rispetto all'attività della catena respiratoria. Resta da definire se tali differenze in termini di efficienza energetica si traducono in aumentato stress ossidativo.

Bibliografia

1 Serviddio G, Bellanti F, Romano AD, Tamborra R, Rollo T, Altomare E, et al. *Bioenergetics in aging: mitochondrial proton leak in aging rat liver, kidney and heart*. Redox Rep 2007;12:91-5.
2 Navarro A, Boveris A. *The mitochondrial energy transduction system and the aging process*. Am J Physiol Cell Physiol 2007;292:C670-86.
3 Lenaz G. *Role of mitochondria in oxidative stress and ageing*. Biochim Biophys Acta 1998;1366:53-67.
4 Harman D. *Free radical theory of aging*. Mutat Res 1992;275:257-66.
5 Sandhu SK, Kaur G. *Mitochondrial electron transport chain complexes in aging rat brain and lymphocytes*. Biogerontology 2003;4:19-29.

Appropriatezza nell'utilizzo del Pronto Soccorso, confronto tra giovani ed anziani

P.D. Rossi, L. Bergamaschini, C. Bilotta, S. Mauri, D. Valsecchi, E. Ziglioli, V. Monzani[1], C. Vergani

Unità Operativa di Geriatria (Dipartimento di Medicina Interna); [1] Unità Operativa di Medicina d'Urgenza (Dipartimento di Emergenza Urgenza), Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico IRCCS, Università di Milano, Milano

Scopo. In Italia si registrano 23 milioni di accessi in Pronto Soccorso (PS)/anno di cui 18-20% dovuti a soggetti anziani. Meno del 15% degli accessi in PS sono definiti urgenti in base al codice colore attribuito al *triage* (giallo o rosso) per cui si pone in modo sempre più pressante il tema dell'appropriatezza nell'utilizzo del PS. Il nostro studio è finalizzato a valutare la correlazione tra età ed appropriatezza dell'accesso in PS, tenendo conto della complessità della gestione del soggetto anziano rispetto al giovane, nelle aree di emergenza-urgenza.
Materiali e metodi. Nel 2007 presso il PS dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano sono stati registrati circa 50.000 accessi. Mediante la cartella clinica informatizzata in uso presso il PS, sono state analizzate per ogni accesso le seguenti variabili: codice colore al *triage*, tempo di permanenza in PS, numero di prestazioni effettuate, destino al termine dell'osservazione in PS. La correlazione tra codice colore attribuito al *triage* e necessità di ricovero, alla fine dell'osservazione in PS, è stata effettuata nel sottogruppo di soggetti valutati presso l'area medica e chirurgica, escludendo i pazienti visitati direttamente negli ambulatori dedicati alle urgenze specialistiche

(dermatologia, otorino, oculistica, psichiatria). Il confronto tra classi d'età (< 65 aa, 65-74 aa, 75-84 aa, > 85 aa) è stato effettuato mediante l'analisi della varianza (ANOVA) per le variabili continue e chi-quadrato per il trend per le variabili nominali.

Risultati. Dei 50.000 accessi in PS il 29% era dovuto a soggetti anziani. La stratificazione per fasce d'età dimostra l'aumento con l'avanzare dell'età della prevalenza dei codici colore più grave al *triage* ($p < 0,001$), del numero di esami di laboratorio, radiologici e strumentali richiesti ($p < 0,001$) e del tempo di permanenza in PS ($p < 0,001$). Questi dati sono stati confermati anche considerando distintamente il sottogruppo dei soggetti ricoverati dopo l'osservazione in PS e quello dei soggetti rinviati al domicilio ($p < 0,001$). Nel sottogruppo di soggetti afferenti all'area medica o chirurgica (n° 36.000) la percentuale dei pazienti > 65 aa è risultata del 33%.

In base al codice colore attribuito al *triage*, il campione era così distribuito: codice rosso (2,4%), giallo (15,6%), verde (73,9%), bianco (4,8%); in tabella è riportata la distribuzione dei codici colore per età. La necessità di un ricovero ospedaliero si è verificata nel 43,1% dei soggetti di età > 65 aa, contro il 12,6% dei soggetti con età < 65 aa. Considerando la suddivisione per codice colore al *triage*, emerge che nel gruppo dei soggetti < 65 aa viene rinviato al domicilio il 37,8% di codici rossi e addirittura il 70,9% dei gialli; al contrario, nel caso dei soggetti anziani vi è una forte correlazione tra codice colore attribuito al *triage* e successiva necessità di ricovero o morte; tale correlazione cresce ulteriormente all'aumentare della fascia d'età considerata.

Conclusione. Presso il PS dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano l'88% dei pazienti di età < 65 aa giunge in PS in condizioni non critiche, inoltre una percentuale considerevole di soggetti giovani-adulti con codice di gravità elevata viene rinviata al domicilio ad indicare verosimilmente una sovrastima della gravità nei confronti dei giovani-adulti al momento del *triage*. Al contrario i soggetti anziani si presentano in PS per patologie più gravi, come dimostrato dalla prevalenza dei codici colore rosso e giallo in questo sottogruppo e dalla maggior correlazione tra codice colore attribuito in PS e necessità di successivo ricovero ospedaliero o decesso in PS. Questi dati, riferiti ad un intero anno di attività, sembrano indicare un uso più appropriato del PS da parte dell'utenza di età avanzata rispetto ai giovani-adulti.

Tab. I. Distribuzione delle variabili codice colore ed esito dopo l'osservazione in PS, in rapporto all'età.

	Codice colore	Dimessi	Ricoverati	Deceduti	Totali (n)
Età < 65 aa	Rosso (1,1%)	37,8%	54,6%	7,6%	262
	Giallo (11,2%)	70,9%	29,0%	0,1%	2.713
	Verde (81,6%)	89,8%	10,2%	0,1%	19.745
	Bianco (6,1%)	93,1%	6,9%	0%	1.485
	Tutti	87,3%	12,6%	0,1%	24.205
Età > 65 aa	Rosso (5,0%)	5,3%	76,1%	18,6%	590
	Giallo (26,0%)	37,6%	61,0%	0,5%	3.052
	Verde (66,9%)	65,6%	34,3%	0,1%	7.867
	Bianco (2,1%)	87,7%	12,3%	0%	244
	Tutti	55,8%	43,1%	1,1	11.753

Test-and-treat anche per la popolazione geriatrica con Hp-infezione?

G. Rotolo, V. Sarakatsianou, D. Mangiaracina, G. Di Bella, G. Antista, A. Di Prima, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O. di Geriatria, Università di Palermo

Scopo. A tutt'oggi le problematiche clinico-diagnostiche ed il management dell'infezione da *Helicobacter Pylori* (Hp) e delle espressioni cliniche relate nell'anziano non sono ancora state del tutto solidificate sul piano pratico. Infatti, nonostante l'elevata prevalenza dell'infezione nella popolazione geriatrica, la sua diagnosi e il relativo trattamento eradicante sono praticate in una esigua percentuale di soggetti. Nel presente lavoro vengono riportati i risultati di un programma di eradicazione dell'Hp- infezione su un gruppo di pazienti geriatrici con e senza sintomi dispeptici, e i rilievi endoscopici.

Materiali e metodi. 140 soggetti di età superiore a 60 anni (F:M = 86:54, età media: 68,6 ± 5,4 aa, sintomatici n° 68, 48,57%, asintomatici n°72, 51,43%) Hp positivi all'*Urea Breath Test* (HBT) sono stati sottoposti a valutazione clinica; i soggetti con dispepsia sono stati suddivisi secondo il sintomo dominante (*ulcer like*, *dismotility like and aspecific dyspepsia*). Tutti i soggetti Hp-positivi sono stati inoltre sottoposti a EGDS.

Risultati. È stata rilevata una elevata incidenza di patologia organica in ambito digestivo alto (gastroduodenite cronica: 33%, malattia peptica: 9%, esofagite da reflusso: 21%). E analogo trend epidemiologico è stato rilevato anche nei soggetti anziani Hp-positivi e senza sintomaticità dispeptica apprezzabile. L'Hp eradicazione è stata ottenuta nell'87,9% dei soggetti adottando la terapia di I linea (omeprazolo 20 mg x 2/die, claritromicina 500 mg x 2/die, amoxicillina 1000 mg x 2/die per una settimana).

Conclusione. Il *management* dell'infezione da Hp è sottostimato nella popolazione geriatrica. In questo articolo gli Autori propongono di traslare anche nella popolazione geriatrica la procedura del *Test and Treat*, già codificata nei giovani adulti con infezione da Hp. Questa procedura si basa sul principio di eradicare tutti i soggetti con Hp-infezione senza una preliminare investigazione endoscopica, riservando l'EGDS in prima battuta solo a coloro che presentano ulteriori fattori di allarme (oltre l'età).

Diabete mellito, iperglicemia, e normoglicemia: ruolo prognostico in pazienti anziani ospedalizzati per scompenso cardiaco

R. Rozzini, I. Sleiman, P. Barbisoni, C. Mattanza, A. Ricci, A. Morandi, S. Boffelli, N. Travaglini, A. Giordano, M. Ferri, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. Nei pazienti con scompenso cardiaco, la presenza del diabete mellito determina un prognosi peggiore rispetto a quelli affetti da scompenso cardiaco senza diabete mellito [1 2]. Pochi dati, invece, valutano il rapporto tra l'iperglicemia di nuovo riscontro, lo scompenso cardiaco e l'*outcome* clinico. Scopo del lavoro è quello di studiare in una popolazione di pazienti anziani ricoverata per scompenso cardiaco il rapporto tra diabete mellito, iperglicemia e mortalità.

Materiali e metodi. Lo studio è stato effettuato su 348 pazienti anziani (età media 78,9 ± 8,0 anni) consecutivamente ricoverati per scompenso cardiaco nella divisione di Geriatria dell'Ospedale Poliambulanza, Brescia. Sono stati raccolti i seguenti dati: età, sesso, stato cognitivo (MMSE), depressione (GDS), stato funzionale (BADL), la comorbidità (Charlson Index), APACHE II Score, la glicemia sierica dopo digiuno notturno, creatinina e azotemia sierici, la presenza di anemia, il numero dei farmaci, e le giornate di degenza in ospedale. Sono stati inoltre raccolte, la classe NYHA e la frazione di eiezione ventricolare. I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi: a) 205 pazienti con diagnosi nota di diabete mellito, b) 104 pazienti con iperglicemia senza diagnosi già nota di diabete e c) 39 pazienti con valori normali di glicemia. È stata considerata come *outcome* primario la mortalità a 3 mesi.

Risultati. La mortalità totale era del 8,1%, nei pazienti con valori normali di glicemia del 5,6%, del 9,6% e 18% nei pazienti con diagnosi nota di diabete mellito e in quelli con iperglicemia senza diagnosi già note di diabete mellito rispettivamente. All'analisi multivariata i fattori indipendentemente correlati alla mortalità erano la demenza (MMSE < 18) (OR 0,9; CI 0,9-1,0), la APACHE II Score(OR 1,1; CI 1,0-1,2), la presenza già nota di diabete mellito (OR 1,6; CI 0,7-4,1) e l'iperglicemia in assenza di diagnosi già nota di diabete mellito (OR 3,1; CI 1,1-8,6).

Conclusioni. I dati evidenziano che la presenza di iperglicemia senza diagnosi di diabete mellito nei pazienti con scompenso cardiaco è associata ad un elevata mortalità a 3 mesi. Questi ci permettono di ipotizzare che una terapia ipoglicemizzante in questi pazienti possa migliorare la prognosi; sono tuttavia necessari studi di intervento per dimostrare questa ipotesi.

Bibliografia

1 Puente AJ, Alegria JG, Cocina EG, et al. *Predictive variable of early hospital readmission in cardiac failure*. Rev Clin Esp 1998;198:799-804.

2 Suskin N, McKelvie RS, Burns RJ, et al. *Glucose and insuline abnormalities relate to functional capacity in patients with congestive heart failure*. Eur Heart J 2000;21:1368-75.

Impatto di disabilità e comorbidità sulla mortalità in una popolazione di anziani fragili residenti in comunità: lo studio Sirente

A. Russo, R. Liperoti, R. Bernabei, G. Onder, F. Landi

Dipartimento di Gerontologia e Geriatria, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma

Premessa. La valutazione dell'impatto della disabilità e della comorbidità sulla mortalità tra i soggetti anziani fragili è un importante e complesso argomento. Nel presente studio, abbiamo valutato l'impatto della disabilità e delle patologie associate sul rischio di mortalità per tutte le cause in un'ampia popolazione di individui fragili ultra ottantenni residenti nel proprio domicilio.
Materiali e metodi. Abbiamo analizzato i dati provenienti da il Sirente Study uno studio prospettico che ha raccolto i dati di un campione di individui ultra ottantenni ed ultranovantenni residenti nel territorio di una comunità montana della regione Abruzzo (n. 364).
Il principale *outcome* considerato era relativo al tasso di mortalità dopo quattro anni di disabilità associata o meno a presenza di comorbidità.
Risultati. Durante il periodo di follow-up di quattro anni si sono verificati un totale di 150 decessi (55 uomini e 95 donne).
I dati evidenziano una non omogenea stratificazione del rischio. Sessantasette individui (44,6%) morivano tra il gruppo dei non disabili comparato a 83 individui (55,3%) nel gruppo dei disabili ($p < 0,01$). Nel gruppo dei disabili trentanove soggetti (26%) non presentavano comorbidità rispetto ai 46 soggetti (30,6%) con comorbidità associata di due patologie e ai 65 soggetti (43,3%) con comorbidità associata di tre o più malattie (p per trend < 0,001). Analizzando l'effetto combinato della comorbidità e della disabilità al *baseline* il sottogruppo di soggetti con disabilità presentava un rischio di mortalità indipendente dal numero di malattie estremamente maggiore. Aggiustato per modello statistico i soggetti disabili con due malattie e quelli con tre o più malattie avevano maggiore probabilità di morire rispetto ai soggetti senza disabilità e comorbidità.
Conclusioni. I nostri risultati ottenuti da un campione rappresentativo di soggetti particolarmente vecchi e fragili residenti in comunità dimostrano che la disabilità esercita un importante influenza sulla mortalità, indipendentemente dall'età e da altre variabili cliniche e funzionali. Questi risultati supportano l'ipotesi di un ruolo fondamentale della disabilità nella possibilità di una vita estremamente lunga e prosperosa.

Quando compilare la Modified Cumulative Illness Rating Scale negli anziani ospedalizzati?

F. Salvi, A. Grilli, R. Giorgi, L. Mancinelli, V. Morichi, F.M. Trotta, E. Espinosa, P. Dessì-Fulgheri

Clinica Medicina Interna, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Scopo. La valutazione della comorbilità è fondamentale nella valutazione multidimensionale (VMD) dell'anziano fragile, soprattutto in Ospedale, la principale porta di ingresso nella rete sanitaria. La Modified *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) è uno dei più noti ed utilizzati indici di comorbilità ed è efficace in diversi *setting* (Ospedale, Lungodegenza, Riabilitazione), essendo in grado di correlare sia con le caratteristiche cliniche dei pazienti che con *outcomes* a breve e lungo termine. Inoltre, sono state recentemente messe a disposizione e validate in anziani ospedalizzati delle dettagliate Linee Guida per la sua compilazione [1]. Non è ben chiaro, però, se nel paziente ospedalizzato sia più utile tenere conto dello stato clinico nella fase di acuzie (ingresso) oppure alla più o meno completa risoluzione (dimissione). Scopo dello studio è stato valutare la performance della CIRS compilata all'ingresso ed alla dimissione da un Reparto per Acuti in termini di correlazione con il quadro clinico, capacità di coglierne le modificazioni durante il ricovero ed *outcomes* (mortalità, ospedalizzazione) a 18 mesi.
Materiali e metodi. Studio retrospettivo di anziani (età ≥ 65 anni) ricoverati in un Reparto di Medicina Interna. Sono stati raccolti: età, sesso, motivo del ricovero, parametri clinici (Hb, creatinina, *clearance* creatinina, assetto glico-lipidico, albumina), durata della degenza, numero di farmaci all'ingresso ed alla dimissione. Durante il ricovero, i pazienti erano stati sottoposti a VMD mediante: *Mini Nutritional Assessment* Short Form e Norton plus; *Mini Mental State Examination* e *Geriatric Depression Scale* a 15 *items*; Barthel Index ed *Instrumental Activities of Daily Living*. La CIRS è stata compilata in maniera retrospettiva tenendo conto dei dati in cartella relativi all'ingresso ed alla dimissione. Sono stati considerati i seguenti indici: *total score* (TSC), severità (SV) e comorbidità (CM), sia come variabili continue che categoriche (terzili di distribuzione). I pazienti sono stati sottoposti a follow-up telefonico a 18 mesi per mortalità ed ospedalizzazione.
Risultati. Sono stati studiati 408 pazienti (età media 76,8 ± 7 anni; 244 maschi). I punteggi medi di TSC e SV non differivano tra ingresso e dimissione, mentre quelli di CM sì (5,8 ± 2 *vs.* 6,1 ± 2, $p < 0,0001$). Al contrario, considerando i terzili di distribuzione dei tre indici, vi erano differenze significative tra ingresso e dimissione per tutti gli indici ($p < 0,0001$). Nell'insieme, gli indici CIRS erano in grado di cogliere solo il 10% di pazienti migliorati o peggiorati. Tutti gli indici CIRS correlavano con il quadro clinico e le variabili della VMD sia all'ingresso che alla dimissione, con minime differenze a favore degli indici calcolati all'ingresso. Al contrario, nessuno di loro era capace di predirre il declino funzionale durante il ricovero. Tutti sono risultati fattori di rischio per ospedalizzazione a 18 mesi, con un lieve vantaggio quando considerati alla dimissione. Ed infatti, soltanto gli indici CIRS compilati alla dimissione erano in grado di stimare la mortalità a 18 mesi, ad eccezione del CM, che era in grado di stimare la prognosi anche quando compilato all'ingresso. Il miglioramento o il peggioramento degli indici CIRS alla dimissione rispetto all'ingresso non costituivano, rispettivamente, fattore protettivo o di rischio per mortalità ed ospedalizzazione a 18 mesi, né di declino funzionale durante il ricovero.
Conclusione. La CIRS si conferma un ottimo strumento per la valutazione della comorbilità, specialmente in fase stabilizzata, in quanto poco sensibile ai rapidi mutamenti delle condizioni cliniche in relazione ad un evento acuto che determina l'ospedalizzazione. Per questo, il CM, che deriva dalla selezione delle malattie in grado di incidere sulla prognosi, compilato alla dimissione (quando tali patologie coesistenti nel soggetto sono note e stadiate) sembra esserne l'espressione migliore [1].

Bibliografia

1 Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, et al. *A manual of guidelines to score the Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) and its validation in acute hospitalized elderly patients*. J Am Geriatr Soc 2008 (in press).

Valutazione della mortalità a breve e lungo termine di pazienti anziani con ictus ischemico utilizzando il Multidimensional Prognostic Index (MPI)

D. Sancarlo, M. Franceschi, V. Niro, C. Scarcelli, L. Cascavilla, F. Paris, L.P. D'Ambrosio, A. Pazienza, F. Addante, G. D'Onofrio, A. Pilotto

Unità Operativa di Geriatria e Laboratorio di Gerontologia-Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

Scopo. Valutare l'utilità del *Multidimensional Prognostic Index* (MPI), come strumento predittore di mortalità a breve e lungo termine in pazienti anziani ricoverati presso un reparto ospedaliero per ictus ischemico.
Metodi. Sono stati screenati tutti i pazienti con età maggiore di 65 anni, ricoverati con diagnosi di ictus ischemico dal gennaio 2004 a marzo 2007 presso la U.O. di Geriatria di "Casa Sollievo della Sofferenza", IRCCS, San Giovanni Rotondo.

Il *Multidimensional Prognostic Index* (MPI) è stato costruito dai dati di una Valutazione Multidimensionale (VMD) comprendente valutazione clinica, nutrizionale (MNA), funzionale (ADL, IADL), cognitiva (SPMSQ), rischio di lesioni da decubito (scala di Exton-Smith), comorbidità (CIRS), numero di farmaci e stato abitativo. In base al valore di MPI i soggetti sono stati divisi in tre gruppi: MPI-1, basso rischio di mortalità (MPI = 0,0-0,33), MPI-2, moderato rischio (MPI = 0,34-0,66) e MPI-3, severo rischio (MPI = 0,67-1,0).
L'analisi statistica è stata condotta mediante la Regressione di Cox corretta per età e sesso per l'analisi della sopravvivenza e le curve ROC per valutare la sensibilità e la specificità dell'MPI.
Risultati. Sono stati inclusi nello studio 308 pazienti (M = 157, F = 151, età media = 79,1 ± 7 anni, range 65-99 anni). I pazienti stratificati secondo il grado dell'MPI erano: 137 MPI 1 (media 0,17 ± 0,08), 101 MPI 2 (media 0,46 ± 0,09) e 70 MPI 3 (media 0,7 ± 0,1). La mortalità totale è stata 13,5% dopo 30 giorni, 20,5% dopo 6 mesi e 22,1% dopo 12 mesi di follow-up. I diversi gradi di MPI si sono associati ai seguenti tassi di mortalità: a 30 giorni (MPI 1: 4%, MPI 2: 14,5% e MPI 3: 27%) a sei mesi (MPI 1: 6,4%, MPI 2: 21%, MPI 3: 50%), a un anno (I: 10%, II: 23%, III: 55%). L'analisi attraverso l'utilizzo della curva ROC mostrava a 30 giorni un'area di 0,733 (IC 95%: 0,657-0,810), a 6 mesi di 0,758 (IC 95% 0,692-0,823), e a 1 anno di 0,738 (IC 95% 0,670-0,805) di follow-up.
Conclusioni. Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) derivato da una VMD rappresenta un utile indice prognostico per valutare la mortalità a breve e lungo termine dei pazienti anziani ricoverati per ictus ischemico.

Ruolo della pentosidina sulla cascata pro-infiammatoria in colture primarie di osteoblasti umani

R. Sanguineti, D. Storace, F. Monacelli, L. Molfetta[1], P. Odetti

U.O. Geriatria-Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova; [1] A.O.U. Ospedale "San Martino", U.O. Traumatologia e Ortopedia, Az. Ospedaliera-Universitaria "San Martino", Genova

Scopo. Esiste una stretta relazione tra ridotta funzionalità dell'osteoblasto e decremento della massa ossea età-correlato 1; quest'ultimo potrebbe essere dovuto ad un accumulo di prodotti finali di glicazione avanzata (AGEs) 2. Abbiamo ipotizzato che nell'osso gli osteoblasti, attraverso il rilascio di alcune citochine indotto dall'accumulo degli AGEs mantengano uno stato infiammatorio favorendo il riassorbimento osseo. Abbiamo pertanto studiato l'effetto indotto dal trattamento con pentosidina (Pent) (uno tra gli AGEs maggiormente studiati), su osteoblasti umani (hOB) in coltura, quantificando l'espressione genica e proteica di interleuchina 1 (IL-1) e leukemia inhibitory factor (LIF). È stata inoltre valutata l'azione di Vitamina D3 e K2 (VD3 e VK2).
Materiali e metodi. Osteoblasti umani, isolati da osso trabecolare, sono coltivati in DMEM con FBS, L-glutammina e antibiotici. La mineralizzazione è indotta da fattori di differenziamento osteogenico (desametasone, } -glicerofosfato e ascorbato) per 21 giorni. Dopo trattamento con 0,25 µM e 1 µM Pent, in associazione o meno con (VD3 + VK2), sono valutati: mineralizzazione ossea (Alizarin Red S staining), l'espressione genica di RAGE e di specifici markers di derivazione osteoblastica [fosfatasi alcalina (ALP), collagene I (Col I| 1) e osteocalcina (BGP)] (RT-PCR) e l'espressione genica e proteica di IL-1 e LIF (RT-PCR e Western Blot). I dati sono presentati come media ± DS; la significatività è stata calcolata mediante test Anova seguito da post-test di Dunnet. Sono stati considerati significativi valori con $p < 0,01$.
Risultati. Il trattamento degli hOB con Pent (0,25 µM e 1 µM) determina mancata espressione genica di IL-1, mentre l'espressione proteica è significativamente aumentata per entrambe le concentrazioni (+ 100%). L'espressione genica e proteica di LIF aumentano significativamente (rispettivamente + 80% e + 100%) per entrambe le concentrazioni di Pent. Il trattamento Pent + (VD3 + VK2) induce una marcata inibizione dell'espressione genica di IL-1 (-80% per 0,25 µM e -50% per 1 µM) e un lieve aumento dose-dipendente dell'espressione proteica. Anche l'espressione genica di LIF è marcatamente inibita, l'espressione proteica risulta significativamente aumentata con 1 µM Pent (+ 40%). Il trattamento Pent + (VD3 + VK2) induce una significativa riduzione dell'mRNA di ALP solo con 1 µM Pent (-50%). L'espressione genica di COL I| 1 è significativamente aumentata con 0,25 µM Pent + (VD3 + VK2) (+ 85%). L'mRNA di BGP, con 0,25 µM e 1 µM Pent + (VD3 + VK2), risulta inibito. L'espressione genica di RAGE, nonostante trattamento con vitamine, permane a livello del controllo. La deposizione di matrice ossea è significativamente inibita dal trattamento con sola Pent (-50% e -95% rispettivamente per 0,25 µM e 1 µM); il trattamento Pent + (VD3 + VK2) migliora lo stato della matrice in corso di deposizione anche se si osserva una significativa inibizione, non dose-dipendente del 40%.
Conclusione. Negli hOB, nelle nostre condizioni sperimentali, la Pent determina una significativa modulazione di due importanti markers pro-infiammatori. L'espressione genica e proteica di LIF aumenta significativamente mentre si nota una completa inibizione genica di IL-1 e un significativo aumento dell'espressione proteica; ciò potrebbe essere determinato dallo stato infiammatorio conseguente all'accumulo intracellulare di IL-1 che esercita un tipico effetto switch off (feed-back negativo a livello nucleare) 3. Il trattamento Pent + (VD3 + VK2) determina la riduzione significativa dell'espressione genica e proteica di IL-1 e di LIF. L'associazione (VD3 + VK2) sembra antagonizzare l'effetto della sola Pent sulla deposizione di matrice ossea, nonostante il danno sia ancora significativamente visibile e quantificabile. L'associazione Pent + (VD3 + VK2) induce un modesto aumento dell'espressione genica dei marker osteoblastici confermando "l'effetto nutrizionale" delle vitamine sull'osso. L'invariata espressione genica di RAGE, rispetto al controllo, nonostante il trattamento con vitamine, fa ipotizzare il coinvolgimento di un diverso recettore di membrana per la Pent. L'alterazione funzionale degli osteoblasti conseguente al trattamento con Pent e lo stato infiammatorio evidenziato, contribuiscono al deterioramento della deposizione e mineralizzazione di matrice ossea, confermando un legame tra processo infiammatorio età-correlato (inflamm-aging) e osteoporosi 4.

Bibliografia

1 Hein Gert E. Clin Chim Acta 2006;371:32-6.
2 Sanguineti R, et al. Ann NY Acad Sci 2008;1126:166-72.
3 Dinarello CA. Blood 1991;77:1627-52.
4 Ginaldi L, et al. Immunity Ageing 2005;2:14-9.

Effetti della musicoterapia, quale trattamento complementare non farmacologico, in un caso di delirium in psicosi cronica: case report

I. Santi, A. Gaddi, M. Gandelli, A. Fasolino, M. Scarangella, M. Gianotto, M. Monti

Nuclei Alzheimer RSA Azienda di Servizi alla Persona, IMMeS e "Pio Albergo Trivulzio", Milano

Riportiamo il caso clinico della signora L.B., di 71 anni, istituzionalizzata in età giovanile per Psicosi in assenza di un supporto familiare. Dieci mesi fa L.B., a causa della chiusura per ristrutturazione della Casa Albergo in cui risiedeva, è stata trasferita in un nucleo RSA, ma l'adattamento al nuovo ambiente è risultato pessimo, con peggioramento dei disturbi psico-comportamentali (BPSD) (deliri di persecuzione, allucinazioni visive, affaccendamento, vocalizzi, urla, aggressività verbale e fisica e peggioramento dell'autonomia funzionale). È stato quindi proposto un nuovo trasferimento presso il nostro Nucleo Alzheimer RSA, ove il personale di assistenza risulta opportunamente addestrato e si dispone di programmi multidisciplinari individuali o di gruppo di Terapia Occupazionale (TO), Psicomotricità (PMT) e Musicoterapica (MT). Giunta alla nostra osservazione, escluse patologie organiche acute, è stato impostato un Piano di Assistenza Integrato (PAI) per favorire l'adattamento al nuovo ambiente e la remissione del quadro clinico insorto, da considerarsi un delirium. Il PAI comprendeva la terapia farmacologica con antipsicotici ed antidepressivi, TO e PMT individuali ed il coinvolgimento parallelo di Volontari e del Servizio Sociale. Considerati gli scarsi risultati iniziali ed il persistere dei BPSD, compreso canto persistente, anche notturno, è stato proposto, in aggiunta, un programma individuale di MT al fine di controllare i BPSD e di favorire canali comunicativo-relazionali alternativi, migliorando la qualità di vita dell'ospite. Dopo un periodo

iniziale di osservazione e conoscenza da parte del Musicoterapista, caratterizzato da qualche difficoltà legata alle modalità di L.B. di rapportarsi, alternando atteggiamenti di paura, a richieste di attenzione affettiva, L.B. ha compreso che il musicoterapista apparteneva al suo mondo terapeutico ed ha anche interiorizzato le tempistiche della proposta. L'anamnesi sonora è stata raccolta con l'ospite e completata dal resoconto del personale del Nucleo. L.B. ha un intenso amore per la musica, sviluppato sin da bambina, grazie all'uso costante da parte della famiglia della radio. L.B. non è mai andata a ballare, non suona nessun tipo di strumento, non ha sviluppato le sue capacità canore, non legge e non scrive musica, ma ha una buona cultura musicale, riconosce tanghi, walzer, mazurche ed anche ritmiche più complesse come samba e rumba. Adora la canzone napoletana e ricorda molte sigle di programmi radio che seguiva da ragazzina. L.B. ha ascoltato molto la radio che ha funzionato come "collante" nelle relazioni familiari. Quando racconta di momenti felici o semplicemente intensi, li associa sempre al ricordo della sua famiglia che, intenta nelle faccende domestiche, ascoltava la radio. La condivisione di questi momenti di ascolto musicale e perciò di emozioni, ha fatto si che anche oggi, L.B. viva la dimensione dell'ascolto in modo profondo e coinvolgente. Tale aspetto ha permesso di lavorare soprattutto sulla gestione degli stati confusionali e di agitazione, consentendo di entrare in relazione in modo più veloce e costruttivo, dapprima con il Musicoterapista e successivamente anche con l'intera èquipe. Per quanto riguarda l'uso del canto, L.B. sembra utilizzarlo come momento catartico personale. Difficilmente ne condivide i piaceri, ripete in modo ossessivo il suo repertorio, usa un volume molto alto al limite dell'urlo. Quando canta perde il contatto con l'ambiente circostante. La capacità di attenzione è discontinua; si distrae con stimoli visivi, ha un rapporto maniacale con gli oggetti che scopre nell'ambiente. Lo strumentario proposto, invece non ha mai indotto L.B. a questo tipo di attenzioni ossessive, sembra che sappia che è un materiale che serve esclusivamente per gli incontri terapeutici. Sulla base del quadro clinico di L.B., dell'anamnesi sonora raccolta e di ciò che è emerso dal periodo di osservazione e conoscenza, è stato impostato il percorso musicoterapico che prevedeva una seduta settimanale di un'ora, con momenti di verifica, estesi all'équipe ogni due mesi. Gli obiettivi comprendono il mantenimento delle capacità cognitive residue, culturali e sociali; creare un momento rilassante e sinceramente libero; trasformare la sua ossessività nel canto e nel suonare in capacità espressive di se stessa; creare momenti d'ascolto condivisibili e rendere il rapporto con gli oggetti meno patologico. Le fasi della seduta prevedono l'incontro con saluti di rito e presa visione dello stato psicofisico di L.B.; liberi momenti di improvvisazione musicale, solitamente con partenza da parte di un qualunque stimolo da lei proposto, dando così attenzione alla sua espressività, associando anche solo dei movimenti al suono; rivisitazione del proprio vissuto sonoro, attraverso la canzone; ricercare spunti di riflessione per una rievocazione del passato ed una condivisione di ciò con il terapista; valutazione delle aspettative e richieste per l'incontro successivo, attraverso la valutazione del suo stato psicofisico al termine dell'incontro; valutazione del gradimento, soddisfazione, rilassamento ed implicazione emotivo-relazionale e, infine, congedo. L'attività del musicoterapista si conclude con la compilazione delle schede relative alla seduta svolta, secondo il protocollo.

Conclusioni. Il rapporto di fiducia e la relazione con il canto ha permesso a tutta l'équipe di ottenere un canale comunicativo e relazionale con L.B., che ha facilitato la gestione assistenziale, la somministrazione delle terapie farmacologiche e l'attuazione dei percorsi riabilitativi di TO e PMT, con recupero dell'orientamento temporo-spaziale, dell'autonomia funzionale e di un adeguato tono dell'umore. I BPSD risultano meglio controllati e L.B. è in buon compenso clinico e psichico e ben adattata all'ambiente.

Studio dell'*aging heart* mediante 2-D *Strain* e *Strain Rate Imaging*

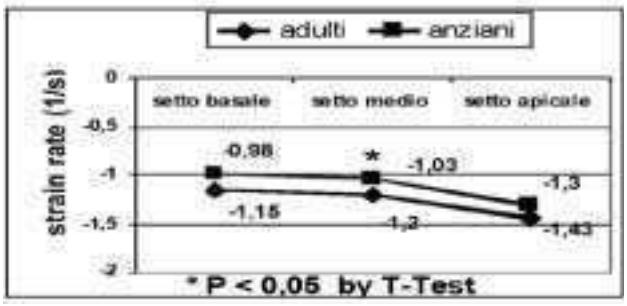
E. Santillo, G. Ventura, S. Cassano, A. Ritacco, R. Rago, T. Lamprinoudi, A. Ferraro, I. Corsini, F. Rosselli, G. Grosso, M. Migale[1], F.P. Cariello

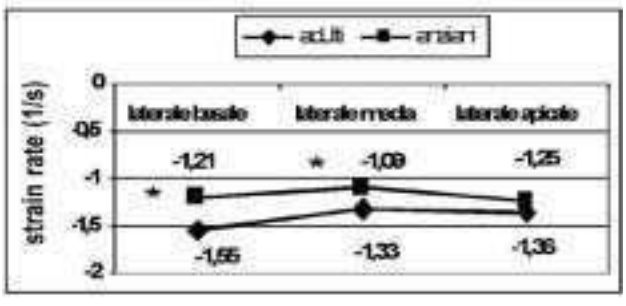
Istituto "Ninetta Rosano", Casa di Cura "Tricarico" Polispecialistica, Divisione Cardiovascolare, Belvedere Marittimo (CS); [1] DEA U.O. Pronto Soccorso, Presidio Ospedaliero, Praia a Mare (CS)

Scopo. È noto che il miocardio senile, pur conservando, in individui sani, valori normali di frazione d'eiezione (FE), si caratterizza per una riduzione della contrattilità massimale intrinseca riconducibile in parte ad una alterata modulazione autonomica. Oggi le tecniche ecocardiografiche di Strain (S) e Strain Rate (SR) imaging rappresentano un utile e validato strumento per l'analisi rispettivamente della deformazione miocardica regionale e della velocità di deformazione miocardica regionale. In particolare lo S sistolico è stato dimostrato correlare con lo stroke volume cardiaco, mentre lo SR sistolico con la contrattilità stessa. Tuttavia, ad oggi, scarse sono le evidenze relative alle variazioni dipendenti dall'età dei valori di S e SR sistolico. Scopo del nostro studio, pertanto, è stato quello di verificare l'esistenza di eventuali modificazioni età-correlate dei patterns di deformazione e di velocità di deformazione segmentaria miocardica in un gruppo di pazienti adulti ed anziani.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 39 pazienti di cui 16 anziani (età media: 77 ± 9 anni; 6 femmine) e 23 adulti (età media: 44 ± 11; 15 femmine) ricoveratisi presso il nostro Istituto, nei quali è stato effettuato esame clinico, misurazione della pressione arteriosa, calcolo dell'indice di massa corporea ed esami ematochimici. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad ecocardiogramma con valutazione della massa ventricolare sinistra indicizzata (MVSI), calcolo della frazione d'eiezione (FE) secondo Simpson ed analisi mediante 2D S e SR dei 6 segmenti individuabili in proiezione apicale 4 camere: setto interventricolare (SIV) basale, medio e distale; parete laterale (PL) basale, media e distale. Sono stati esclusi pazienti con cardiopatia ischemica nota, finestra eco inadeguata e coloro che presentavano anomalie della cinetica segmentaria in condizioni basali. L'analisi statistica è stata eseguita con software SPSS 10.0.

Risultati. L'esecuzione del test T di Student ha consentito di documentare valori di MVSI significativamente più elevati nel gruppo degli anziani (p: < 0,05) e nessuna differenza significativa nei valori di FE (p: NS). L'analisi dello Strain sistolico segmentario ha evidenziato nei pazienti anziani una deformazione tendenzialmente inferiore per tutti i segmenti esplorati con raggiungimento della significatività per i segmenti medio e basale della parete laterale (PL basale: -16,19% *vs.* -21,13%; PL media: -17,8% *vs.* -22% p < 0,05). Per quanto riguarda lo Strain Rate segmentario, analogamente, i soggetti anziani presentavano velocità di deformazione inferiori agli adulti a carico di tutti segmenti esplorati (Figure), in modo significativo segnatamente al segmento medio del SIV ed ai segmenti medio e basale della parete laterale (SIV medio: -1,03 s-1 *vs.* -1,2 s-1; PL basale: -1,21 s-1 *vs.* -1,55 s-1; PL media: -1,09 s-1 *vs.* -1,33 s-1; p < 0,05).





Conclusione. L'evidenza di valori di Strain/Strain Rate inferiori negli anziani rispetto agli adulti appare in linea con la già nota riduzione della riserva contrattile peculiare del cuore senile 1 2. Se è ammissibile che ai risultati ottenuti possano aver contribuito fattori patologici misconosciuti (p.e. ischemia miocardica subclinica), è verosimile che le ridotte velocità di deformazione segmentarie miocardiche riscontrate negli anziani siano in buona parte attribuibili alle modifiche strutturali e funzionali età-correlate capaci di incidere sulla contrattilità cardiaca. Lo Strain/Strain Rate imaging, pertanto, si configura, oggi, come una metodica valida per realizzare, anche negli anziani, un'utile integrazione tra i parametri regionali di funzione sistolica con gli indici di funzione globale. Ulteriori studi di maggiore numerosità sono auspicabili al fine di meglio definire le variazioni dei patterns di deformazione e di velocità di deformazione segmentaria miocardica caratteristici dell'invecchiamento.

Bibliografia

1 Fonseca CG, Oxenham HC, Cowan BR, Occleshaw CJ, Young AA. *Aging alters patterns of regional nonuniformity in LV strain relaxation: a 3-D MR tissue tagging study.* Am J Physiol Heart Circ Physiol 2003;285:H621-30.

2 Fleg JL, O'Connor FC, Gerstenblith G, et al. *Impact of age on the cardiovascular response to dynamic upright exercise in healthy men and women.* J Appl Physiol 1995;78:890-900.

Aumentato rischio di polmonite associato all'uso di antipsicotici

M. Santoro, M. Tosato, G. Gambassi

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

Contesto. Sebbene gli antipsicotici non siano ad oggi farmaci approvati per il trattamento della demenza, essi vengono spesso utilizzati per il controllo di manifestazioni cliniche ad essa correlate quali agitazione, ansia, rabbia, aggressività, idee paranoidi, disturbi del sonno. Tuttavia, tali farmaci presentano non pochi effetti collaterali. Recentemente la Food and Drug Administration ha messo in evidenza un incremento della mortalità correlato all'utilizzo di antipsicotici atipici in pazienti anziani affetti da demenza. Tale incremento è stato ricondotto ad un eccesso di rischio di problemi cardiologici 1 (alterazioni della conduzione cardiaca come allungamento del tratto QT e rischio di insorgenza di gravi aritmie, scompenso cardiaco, morte improvvisa), eventi avversi cerebrovascolari (stroke) 1 2 ed infezioni. A questo proposito, le polmoniti rappresentano una delle cause di morte più frequentemente riportate 3. Dati preliminari della letteratura hanno messo in evidenza come l'utilizzo di antipsicotici atipici negli anziani possa essere associato ad un incremento del rischio di polmoniti. Tale rischio sarebbe maggiore nel periodo immediatamente successivo l'inizio del trattamento 4. Nello stesso tempo non può, tuttavia, essere escluso un rischio analogo associato all'utilizzo di antipsicotici convenzionali.

Obiettivo. Obiettivo principale del nostro studio era quello di valutare se l'uso di antipsicotici tipici od atipici possa essere associato all'insorgenza di polmonite fatale o non fatale nei pazienti anziani che vivono in comunità.

Materiali e metodi. È stato condotto uno studio retrospettivo, caso-controllo, in una coorte di pazienti (età ≥ 65 anni) in trattamento con antipsicotici, utilizzando un database derivato dall'archivio elettronico medico dell'IPCI (Integrated Primary Care Information) e basato sui dati relativi agli anni dal 1996 al 2006.

Tutti i casi considerati erano rappresentati da pazienti affetti da polmonite (fatale o non fatale) acquisita in comunità. Sono stati selezionati fino a 20 controlli per ciascun caso, paragonati per età, sesso e anno di comparsa della polmonite.

L'utilizzo di antipsicotici è stato classificato per tipo, durata e dose giornaliera; l'associazione con la polmonite è stata valutata mediante regressione logistica condizionale.

Risultati. 258 casi di polmonite sono stati paragonati a 1.686 controlli. Di questi 64 (24,8%) sono deceduti entro 30 giorni e sono stati quindi considerati casi fatali. L'utilizzo di antipsicotici atipici (OR: 2,64; IC 95%: 1,51-4,61) e tipici (OR: 1,74; IC 95%: 1,22-2,49) è stato associato ad un aumento dose-dipendente del rischio di polmonite se confrontato ad un pregresso utilizzo di qualunque antipsicotico. L'associazione tra utilizzo di antipsicotici atipici e polmonite è risultata più forte per eventi fatali (OR: 5,5; IC 95%: 1,5-20,6).

Conclusione. I pazienti anziani che utilizzano antipsicotici, sia tipici che atipici, presentano un rischio aumentato di sviluppare polmonite acquisita in comunità. I farmaci atipici sono strettamente associati con un più alto rischio di eventi fatali.

Bibliografia

1 Liperoti R, Gambassi G, Bernabei R, et al. *Conventional and atypical antipsichotics and the risk of hospitalization for ventricular arrhythmias or cardiac arrest.* Arch Intern Med 2005;165:696-701.

2 Liperoti R, Gambassi G, Bernabei R, et al. *Cerebrovascular events among elderly nursing home patients treated with conventional or atypical antipsychotics.* J Clin Psychiatry 2005;66:1090-6.

3 Barnett JM, Perry PJ, Alexnder B, Kaboli PJ. *Risk of mortality associated with antipsychotic and other neuropsychiatric drug in pneumonia patients*. J Clin Psychopharmacol 2006;26:182-7.

4 Knol W, Van Marum RJ, Jansen PAF, Souverein PC, et al. *Antipsychotics drug use and risk of pneumonia in elderly people.* JAGS 2008;56:661-6.

Gestione delle cadute accidentali nelle RSA del consorzio "San Raffaele"

N. Saracino, M. Moret Iurilli, B. Besozzi, L.M. Addante

Consorzio "San Raffaele", Modugno (BA)

Scopo. Nel ventunesimo secolo la sicurezza è diventata una delle problematiche di maggior interesse a livello internazionale: l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni non sono sufficienti per garantire una adeguata qualità delle cure ai cittadini che chiedono sempre dei servizi sicuri. Le cadute rappresentano un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero in ospedale dei pazienti, soprattutto anziani. Da una caduta accidentale nascono spesso spiacevoli conseguenze per il paziente e la sua famiglia, per i sanitari, e per l'azienda. Una caduta accidentale, infatti, può provocare lesioni e fratture e può compromettere o peggiorare la qualità della vita del paziente riducendone la motilità ed aumentando il suo grado di dipendenza. Nelle persone anziane in particolare, la caduta è un evento che, sia per la frequenza con cui si verifica, sia per le conseguenze che ne possono derivare, richiede un apporto multidisciplinare, articolato a diversi livelli, finalizzato alla prevenzione e al contenimento del rischio. Secondo numerosi Autori, le cadute dipendono sia dalle caratteristiche del paziente, sia dalle caratteristiche della struttura che lo ospita. Il verificarsi di un evento inaspettato e del conseguente danno a carico del paziente che impone agli operatori una riflessione sul problema del rischio clinico. Con l'utilizzo di strumenti, una valutazione individuale e la successiva attuazione di interventi mirati a modificare i fattori di rischio, insieme ad interventi finalizzati a modificare i rischi ambientali, possiamo ridurre il numero delle persone anziane che cadono. Le cadute sono una causa importante di fratture traumatiche e il 65% delle morti da caduta si verificano in pazienti con più di 75 anni. La percentuale di cadute che porta a morte è più alto tra gli uomini che tra le donne. La caduta è la causa più diretta di frattura scheletrica e nell'anziano il femore è il segmento più pericolosamente colpito. Nel 5-10% dei pazienti anziani che presentano cadute si verificano fratture, traumi cranici e lacerazioni con conseguente aumento del rischio di ospedalizzazione. In circa l'1% dei pazienti che cadono si verifica una frattura di femore con mortalità ad un anno del 20-30% e importanti ripercussioni sulla capacità funzionale. Una percentuale variabile dal 30% al 73% i pazienti con caduta sviluppano una sindrome ansioso-depressiva post-caduta legata alla paura di nuovi eventi con conseguente disabilità dovuta ad una autolimitazione nelle attività della vita quotidiana. Inoltre, la disabilità associata alla caduta comporta spesso l'istituzionalizzazione del paziente con ovvie e drammatiche conseguenze sulla sua qualità e aspettativa.

Materiali e metodi. L'intervento assistenziale primario da attuare per tentare di prevenire le cadute consiste nell'individuare precocemente quali siano i pazienti a rischio, per poter applicare interventi mirati di tipo preven-

tivo e di sorveglianza. È importante l'informazione e la formazione di tutto il personale su comportamenti da adottare e l'utilizzo di protocolli per la prevenzione del rischio di caduta formati da: questionario di rilevazione rischio caduta, scale di valutazione di caduta Conley (è composta da 6 fattori che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio), *Tinetti Balance and gait* (definisce i soggetti da sottoporre a particolare sorveglianza, definisce l'efficacia o gli effetti collaterali negativi di terapie, valuta l'equilibrio dell'andatura), *Berg Balance* (che consente di discriminare facilmente i pazienti a rischio di caduta). Inoltre l'utilizzo di scheda segnalazione caduta, protocolli di prevenzione rischio caduta, protocolli post-caduta, questionario di soddisfazione paziente o utente, indicatori di risultato.

Risultati. L'utilizzo di questa metodica nelle RSA del Consorzio San Raffaele ci ha permesso di evidenziare quelle che sono le cause di caduta i luoghi più comuni di dove esse avvengono, la modalità e gli orari, ed ha permesso individuare il paziente o l'ospite più a rischio.

Conclusione. Oggi non è più sufficiente far bene le cose; diventa fondamentale fare bene le cose giuste e necessarie, dove giusto è strettamente connesso da una parte il paziente cliente dall'altra il sistema organizzativo. La responsabilità del miglioramento della qualità implica l'impegno degli operatori soprattutto nella definizione degli indicatori e nella raccolta dei dati. Uno dei fattori che viene considerato come principale determinante di errore in ambito clinico è l'inefficace comunicazione e informazione. La comunicazione efficace implica il fornire ai pazienti e alle loro famiglie informazioni precise in merito al rischio, alla valutazione, all'impiego degli strumenti.

Bibliografia

Spairani C, Lavalle T. *Procedure protocolli e Linee Guida di assistenza infermieristica*. Milano: Masson 2000.

Ungar A, Mussi C. *La sincope e le cadute nel paziente anziano*. Società italiana di Gerontologia e Geriatria, Pacini Editore 2004.

Sabatin S. *L'accoglienza del malato in ospedale*. Studi e Ricerche 2002;2.

http://www.geriatria.unimo.it/fallsprevention.htm - http://www.evidencebasednursing.it.

Applicabilità del concetto di Clinical Governance per lo studio di una popolazione anziana nell'ambulatorio del medico di famiglia

F. Sardi, S. Santacroce[1], P. Piana, G. Ricevuti

Università Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Università di Pavia, Divisione di Geriatria, IDR "S. Margherita", ASP Pavia, Pavia, Italy; [1]ASL Pavia

Scopo. Il concetto di *Clinical Governance* non è ancora stato diffusamente introdotto nella realtà ambulatoriale ed ospedaliera italiana. In particolare, per i pazienti anziani [1], si sta facendo sempre più necessaria una valutazione dell'attività ambulatoriale e gestionale esercitata dal medico di medicina generale, dal momento che il suo ruolo sta assumendo una centralità sempre più spiccata per quanto riguarda la gestione cronica di questi assistiti. Inoltre, l'accesso all'assistenza primaria è privo di limitazioni, e dunque lo studio del suo utilizzo è uno specchio fedele della domanda e dei bisogni della popolazione.

Materiali e metodi. In accordo con le ultime definizioni di "anziano" [2], si è deciso di arruolare pazienti che avessero un'età pari o superiore a 65 anni. L'arruolamento dei pazienti è stato svolto durante l'attività ambulatoriale e domiciliare, proponendo agli assistiti la compilazione di un modulo di consenso informato all'utilizzo dei dati sensibili; questa fase ha avuto luogo dal settembre 2005 al maggio 2007. Successivamente al consenso, sono state acquisite le cartelle cliniche contenute nell'archivio informatizzato. I parametri utilizzati sono stati: età, sesso, numero degli accessi per anno, patologie croniche e anno della diagnosi, terapie croniche, ricoveri, visite specialistiche, esami strumentali. I software utilizzati per l'analisi dei dati sono stati Hippocrates® ed Excel.

Risultati. Sono stati arruolati 19 pazienti (12 M e 7 F), di cui 7 in assistenza domiciliare programmata (ADP). L'aumento degli accessi è lineare rispetto all'età e gli uomini accedono maggiormente rispetto alle donne (in media 7 accessi al mese contro 4). I ricoveri appaiono più numerosi nei pazienti di età minore rispetto al gruppo di grandi anziani gestiti al domicilio; i due gruppi tuttavia non differiscono significativamente per quanto riguarda la comorbilità [3]. La polifarmacoterapia è una realtà diffusa in quanto sia i pazienti autonomi che i pazienti ADP utilizzano in media 4 farmaci. Quello che si è ottenuto è dunque una valutazione della popolazione anziana afferente allo studio e la raccolta di dati relativi all'utilizzo del servizio territoriale di medicina generale, al tipo di domanda più frequente e alle patologie con maggior presenza nel territorio. Questo ha portato anche alla possibilità di formulare previsioni [4] circa i bisogni a cui far fronte nei prossimi anni, e i problemi clinici che caratterizzeranno questa popolazione.

Conclusione. Nonostante i pazienti "over 65" rappresentino una percentuale abbastanza contenuta della popolazione degli assistiti, la loro gestione necessita di maggior tempo ed impegno, considerando anche la difficoltà di proporre a livello ambulatoriale gli strumenti a tutt'oggi utilizzati per la valutazione multidimensionale. La *Clinical Governance* [5-7] rappresenta ancora un concetto nuovo e poco diffuso; la valutazione dell'attività clinica ambulatoriale e delle prestazioni, tuttavia, diventerà di fondamentale importanza di fronte ad una popolazione in via di mutamento soprattutto dal punto di vista demografico, a cui corrispondono importanti modificazioni cliniche e, conseguentemente, gestionali. La nostra osservazione ci ha permesso di concludere che l'introduzione dello studio della popolazione degli assistiti [8] con questi criteri porta a risultati soprattutto in termini di riduzione dei ricoveri e di migliore gestione domiciliare di assistiti affetti da importanti patologie croniche.

Bibliografia

1 Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. *Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 2006;54:991-1001.

2 Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. *Reviewing the definition of "elderly"*. Geriatr Gerontol Int 2006;6:149-58.

3 Abete P, Testa G, Della Morte D, Mazzella F, Galizia G, D'Ambrosio D, et al. *Comorbility in the elderly: epidemiology and clinical features*. Giornale di Gerontologia 2004;52:267-72.

4 Piano Socio-Sanitario Regionale 2007-2009. Regione Lombardia 2007.

5 Favaretti C, De Pieri P, Fontana F, Guarrera GM, Baldantoni E, Betta A, et al. *Clinical Governance o Integrated Governance? L'approccio dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento*. Clinical Governance 2005;III:29-35.

6 Ceglie D. *Il governo della complessità*. Clinical Governance 2006;febbraio:36-40.

7 Scally G, Donaldson LJ. *The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. BMJ 1998;317:61-5.

8 O'Brien J, McCulloch I. *Sviluppare procedure di monitoraggio delle prestazioni dei medici di medicina generale in un'azienda sanitaria di assistenza primaria: un processo in evoluzione*. Clinical Governance 2006;III:15-8.

Formazione degli operatori in Residenza Sanitaria Assistenziale: la comunicazione interpersonale e l'integrazione culturale

L. Scaglia, B. Chizzoli, B. Gozio, D. Squassina

Fondazione "Richiedei", Gussago (Brescia)

Scopo. Gli strumenti adottati per realizzare l'assistenza in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (scale di valutazione, Progetto Assistenziale Individualizzato, coinvolgimento della famiglia nella cura) richiedono agli operatori una base culturale che presuppone conoscenza degli strumenti e capacità di comunicazione in èquipe. Da alcuni anni si assiste ad un progressivo aumento numerico di operatori stranieri all'interno dei Nuclei della RSA della Fondazione "Richiedei" (94 ospiti residenti in Nucleo Alzheimer, Nucleo per persone in Stato Vegetativo Persistente e Nucleo per persone non autosufficienti a causa di patologia fisica o psichiatrica). Ogni turno è caratterizzato dalla presenza di operatori appartenenti a diverse etnie, spes-

so con scarsa esperienza e frequentemente caratterizzati da alto ricambio. Questa situazione inoltre determina problemi di ostilità da parte di alcuni utenti (nel Nucleo Alzheimer spesso gli ospiti reagiscono con aggressività nei confronti degli operatori di colore) e di molti familiari che ritengono incapaci gli operatori stranieri. Si è reso necessario intervenire su più fronti: quello linguistico, quello culturale gerontologico e quello riguardante l'integrazione. Mentre per i primi due fronti (la formazione mirata e continua eseguita durante le riunioni settimanali di Nucleo ed attraverso riunioni straordinarie rivolte alle singole professionalità) l'operazione si è dimostrata relativamente facile, restava difficile affrontare il problema del pregiudizio razziale a volte espresso al contrario ("sono proprio bravi, tutti bravi questi neri, poverini").

Lo scopo di questo lavoro consiste nel valutare se il metodo adottato per risolvere questo problema sia stato valido.

Materiali e metodi. Da circa dieci anni la Fondazione "Richiedei" promuove un'attività di Laboratorio Teatrale offerta agli operatori come formazione relativa alla comunicazione. Tale laboratorio si avvale della collaborazione di due professionisti dello spettacolo. Si è pertanto deciso di utilizzare il Laboratorio Teatrale per affrontare il tema dell'integrazione allestendo uno spettacolo liberamente tratto dal racconto di Elisabetta Jankovic "Verde Menta" [1].

La commedia realizzata, dal titolo "La sposa Colorata" è stata allestita da un gruppo di operatori di diverse nazionalità (italiana, filippina, ghanese, colombiana) ed è stata rappresentata nel pomeriggio della Festa annuale della RSA (festa degli affetti) a cui partecipano gli ospiti, i loro familiari e la popolazione del comune di Gussago. Il messaggio, fortemente antirazzista, è comunicato attraverso il racconto della storia d'amore tra un ragazzo, Josè (figlio del capo di un villaggio chiuso a contatti con altri popoli) ed una straniera che riesce, con il contributo della vecchia pazza del paese (anche questo fortemente legato al contesto della RSA), ad abbattere le alte mura inaccessibili dentro cui viveva il popolo di Josè.

Risultati. Lo spettacolo ha riscosso enorme successo dal pubblico presente. Nei giorni successivi si è rilevato un minor numero di lamentele da parte dei familiari nei confronti degli operatori stranieri. A distanza di mesi, la successiva immissione di un gran numero di operatori stranieri nella RSA dovuta ad una scelta amministrativa di affidare molti turni ad una Cooperativa ha determinato nei familiari la sola richiesta di continuità degli operatori (e non la diffidenza nei confronti delle loro capacità). Altri cambiamenti nell'organizzazione dell'RSA sono stati affrontati in modo più costruttivo dagli operatori che hanno partecipato al Laboratorio Teatrale.

Conclusione. Il Laboratorio Teatrale si è dimostrato essere strumento formativo sul piano relazionale, sulle capacità psicologiche dell'accoglienza e dell'adattamento a situazioni nuove. Il Laboratorio Teatrale deve essere condotto da professionisti ed essere svolto come attività formativa ufficiale dell'Ente.

Bibliografia

[1] Jankovic E. *Verde Menta e altre storie.* Bruno Mondadori ed. 1998.

La sindrome di Heyde come possibile causa di anemia nell'anziano

G. Scala, A. Baldaccini, T. Peppe, G. Capobianco

U.O.C. Geriatria Ospedale "S. Eugenio", ASL RMC, Roma

Scopo. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato un aumento della prevalenza delle malattie croniche degenerative con notevoli implicazioni sul piano socio-economico e sanitario.

Uno stato anemico può presentarsi nell'anziano in maniera atipica e deve essere sempre indagato.

Materiali e metodi. Una donna di 83 anni, in stato di relative benessere, portatrice di stenosi aortica moderata-severa, in buon compenso emodinamico, giungeva alla nostra osservazione per la presenza da alcuni mesi di deficit cognitivo, astenia, adinamia e dispnea da sforzo. Obiettivamente si apprezzava pallore della cute e delle mucose visibili, tachicardia sinusale, edemi declivi. Veniva presa in carico dal nostro DH Geriatrico e sottoposta ad esami di laboratorio che evidenziavano un importante stato anemico (Hb 6,9 g/dl), trattato con emotrasfusione di emazia concentrate. La paziente non assumeva antiaggreganti piastrinici, corticosteroidi, FANS o altri farmaci gastrolesivi. La ricerca di sangue occulto risultava negativa a tre controlli seriati. La gastroscopia mostrava: "poliposi diffusa, lieve iperemia bulbare, normale mucosa duodenale"; il clisma: "diverticolosi del colon sn, presenza di gavoccioli emorroidali interni"; alla colonscopia: "presenza di alcuni diverticoli nel sigma e nel discendente, a colletto beante e mucosa integra". Veniva posta diagnosi di anemia ipocromica sideropenica da verosimile perdita cronica di origine imprecisata (la presenza di patologie dell'apparato digerente poteva giustificare precedenti sanguinamenti occulti), e la paziente era dimessa in condizioni di benessere e con valori di emoglobina accettabili (Hb 11 d/dl). Circa un anno dopo la paziente presentava un episodio di franca rettorragia con nuovo riscontro di stato anemico (Hb 7,1) che richiedeva ancora terapia emotrasfusionale. La ricerca di sangue occulto risultava naturalmente positiva, mentre i marcatori tumorali e gli altri esami di laboratorio erano nella norma. Una nuova gastroscopia mostrava: "stomaco regolare con mucosa pallida ed ipotrofica, piccoli polipi sessili del corpo gastrico a mucosa regolare, nulla al duodeno"; e la colonscopia: "normalità dell'ileo distale, non lesioni significative a livello del fondo e del colon destro, nulla al retto, congestione della mucosa anale". Dopo tre settimane si verificavano ripetuti episodi di melena, che richiedevano continua assistenza presso il nostro DH, per emotrasfusioni e cicli di terapia marziale.

Risultati. Poiché gli accertamenti fin qui eseguiti non spiegavano l'insorgenza di una sintomatologia così drammatica si decise di effettuare una enteroscopia con video capsula che faceva osservare: "a livello del digiuno si evidenzia piccola area di mucosa iperemia sospetta per angiodisplasia …". Si procedeva quindi ad effettuare una angiografia dei vasi viscerali: "… presenza di alcuni foci di aumento della vascolarizzazione a carico del digiuno e del primo tratto dell'ileo, compatibili con piccole zone angiodisplasiche. Si decide di non effettuare embolizzazione definitiva in relazione al rischio di una necrosi acuta del tratto intestinale, ma di utilizzare una embolizzazione di minima con materiale riassorbibile". Alla stabilizzazione del quadro clinico la paziente veniva dimessa con terapia gastroprotettiva e con consiglio di controlli periodici.

Conclusione. L'angiodisplasia del colon è una lesione degenerativa, caratterizzata dalla presenza di vasi venosi dilatati e distorti, nella mucosa del piccolo intestine e del colon, che può causare un sanguinamento del tratto gastrointestinale. Nei soggetti ultrasettantacinquenni può essere la causa di circa un quarto degli episodi di sanguinamento. La diagnosi viene posta sulla base della colonscopia e dell'angiografia mesenterica. Il trattamento è conservativo con trasfusioni di sangue o somministrazione di ferro.

Risultati favorevoli ma temporanei si sono ottenuti con l'octreotide; se possibile si può effettuare una elettrocoagulazione o l'iniezione di sostanze sclerosanti (vasocostrittori e/o embolizzazione).

In caso di sanguinamento grave si può somministrare vasopressina e.v., mentre in soggetti con lesioni angiodisplastiche multiple o con sanguinamenti massivi può essere indicata una emicolectomia destra.

La letteratura riferisce l'associazione di angiodisplasia mesenterica con la stenosi aortica, la sindrome di Von Willebrand (deficit fatt. VIII), l'insufficienza renale, la cirrosi epatica e le malattie polmonari. Heyde, nel 1958, descrisse per primo l'associazione tra stenosi aortica severa e sanguinamento delle vie digestive, e numerosi studi si sono occupati della sindrome che da lui prende il nome, confermandola o negandola.

La stenosi aortica e l'angiodisplasia intestinale sono entrambe relativamente frequenti nel paziente anziano, ma la relazione fisiopatologia tra le due entità cliniche rimane ancora inspiegata, alcuni sostengono che si tratta solo di coincidenza, altri invece ne sottolineano la correlazione dal momento che gli episodi di emorragia cessano dopo l'intervento di sostituzione valvolare.

Di fronte al riscontro di uno stato anemico la ricerca delle possibili cause deve essere perseguita anche nell'anziano, evitando sia l'astensionismo acritico che l'interventismo afinalistico, ed in effetti nel caso descritto si è proceduto ad indagini invasive che pur nella non definitiva soluzione (impossibilità alla completa embolizzazione), hanno modificato la successiva gestione terapeutica e migliorato la qualità della vita della paziente.

Bibliografia

1 Henne S, et al. *Recurrent gastrointestinal bleeding and aortic valve stenosis*. Gastroenterology 2007;45:245-9.
2 Morishima A, et al. *Successful aortic valve replacement for Heyde sindrome*. Ann Thorac Surg 2007; 83:287-8.
3 Scheffold N, et al. *Heydés syndrome – a critical review*. Dtsch Med 2006;131:1679-84.

Demenze e rischio di fratture osteoporotiche negli anziani. Studio osservazionale in un'unità valutativa Alzheimer (n° 6) di Palermo

L. Scalisi, S. Miraglia, G. Di Bella, G. Antista, C. Arizzi, A. Di Prima, V. Brucato, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O. di Geriatria, Università di Palermo

Scopo. L'obiettivo del presente studio è quello di verificare l'esistenza di un aumento del rischio di fratture osteoporotiche in pazienti geriatrici affetti da demenza; al fine di stabilire se questo possa complicare inevitabilmente la qualità della vita, la prognosi e il decorso clinico.
Materiali e metodi. Nel presente studio sono stati arruolati 50 pazienti affetti da Demenza, afferenti al Centro Unità Valutativa Alzheimer n° 6 di Palermo e 50 pazienti seguiti per altre patologie presso il DH di Geriatria del Policlinico "Paolo Giaccone", questi ultimi utilizzati come gruppo controllo. Entrambi i gruppi comprendevano 32 donne e 12 uomini. Il gruppo campione aveva un'età compresa fra 62 e 90 anni; il gruppo controllo tra 60 e 88 anni. La sfera cognitiva è stata analizzata mediante il MMSE ed il *Clock drawing test*, quella affettiva tramite il GDS e quella funzionale tramite le ADL e IADL. I pazienti sono stati sottoposti inoltre a radiografia della colonna (regione dorso-lombare), ultrasonografia calcaneare, e infine è stata ricercata la presenza anamnestica di cadute, di fratture al femore e al polso.
Risultati. Le scale di valutazione adoperate (funzionale, cognitiva e affettiva) mostrano una maggiore limitazione funzionale, uno scadimento delle funzioni cognitive e un carente stato affettivo nei pazienti con demenza. La valutazione del rischio osteoporotico è stata effettuata tramite l'ultrasonografia calcaneare e ha messo in evidenza che il 38% dei pazienti campione presentava valori inferiori a -2,5 DS (osteoporosi) a differenza del 20% del gruppo controllo. Valori normali sono stati riscontrati solo nel 12% del gruppo campione a fronte del 36% del gruppo controllo. La radiografia della colonna (regione dorso-lombare) eseguita allo scopo di svelare la presenza di fratture vertebrali dimostra che queste si presentano con una percentuale maggiore nel gruppo campione (92%) rispetto al gruppo controllo (76%). Inoltre i pazienti sono stati classificati in 4 gruppi a seconda del numero di fratture presenti: il gruppo che ha tra 9 e 12 vertebre fratturate è presente nel 10% dei pazienti dementi e solo nel 2% dei pazienti non dementi. Per la classificazione delle fratture è stata utilizzata la scala di Genant che prevede la suddivisione delle fratture in: lievi (20-25%), moderate (25-40%) e severe (> 40%). Nel gruppo campione è presente una maggiore incidenza di fratture severe (10,6%) rispetto al gruppo controllo (3,3%), a differenza delle fratture lievi presenti nel 55,6% dei soggetti del gruppo campione contro il 66,4% del gruppo controllo. La presenza di cadute nel gruppo campione è circa 4 superiore rispetto a quella del controllo; circa la metà dei pazienti dementi è caduta almeno una volta nell'ultimo anno. La valutazione anamnestica delle fratture di Colles e di femore non ha mostrato una differente incidenza tra il gruppo campione e il gruppo controllo.
Conclusione. L'indagine ultrasonografica e lo studio della colonna (regione dorso-lombare) mostrano una maggiore prevalenza di osteoporosi nei pazienti con demenza. I nostri dati suggeriscono di inserire nella valutazione multidimensionale del paziente anziano affetto da demenza, oltre alla valutazione cognitiva, fisica e nutrizionale, anche la valutazione del rischio osteoporotico, al fine di ridurre la mortalità ma soprattutto la disabilità di questi pazienti migliorando così la loro qualità di vita.

Giornate per lo screening dei deficit cognitivi in un campione di anziani afferenti ad alcune parrocchie milanesi

M. Scarangella, I. Santi, M. Gandelli, A. Fasolino, M. Gianotto, M. Monti

Nuclei Alzheimer RSA, Azienda di Servizi alla Persona, IMMeS e "Pio Albergo Trivulzio", Milano

La popolazione italiana è una delle più longeve al mondo e ciò comporta un incremento dell'incidenza di molte patologie croniche severe, tra cui le diverse forme di demenza.
Il rapporto sulla Demenza in Europa del 2006 (Dementia in Europe, yearbook 2006 – Alzheimer Europe) ha evidenziato una prevalenza nella Comunità Europea di circa 6 milioni di persone tra i 30 e i 99 anni, pari all'1,2% della popolazione considerata.
In Italia la prevalenza sul totale della popolazione (58,5 milioni) risulta compresa tra l'1,4 e l'1,5%, pari a 900 mila casi circa.
Il periodo medio intercorrente tra la comparsa dei primi deficit e la diagnosi è ancora mediamente di alcuni anni.
L'impatto sociale è enorme con elevati costi diretti ed indiretti, che impongono una pianificazione e l'organizzazione di *screening* per una diagnosi precoce e la creazione di una rete di supporto adeguato per fronteggiare i differenti bisogni dei malati e delle loro famiglie.
L'équipe dei Nuclei Alzheimer RSA dell'ASP IMMeS e "Pio Albergo Trivulzio" di Milano, ha partecipato all'iniziativa "I Giorni della Salute", promossa dall'Assessorato alla Salute del Comune di Milano tra il 5 e il 15 Giugno 2008, comprendente centinaia di iniziative di prevenzione rivolte alla cittadinanza, con la stesura e realizzazione di un piccolo Progetto di *Screening* dei Deficit Cognitivi in un campione della popolazione anziana milanese, afferente ad alcune parrocchie della città, con la collaborazione della Onlus Memoria e dei Gruppi parrocchiali della Terza Età.
Obiettivi. Offrire ad un campione di cittadini milanesi anziani una occasione di diagnosi precoce di Decadimento Cognitivo, identificare i soggetti con deficit cognitivi o con fattori di rischio ed indirizzarli agli Ambulatori Specialistici (UVA) per ulteriori accertamenti diagnostici.
Metodi. Abbiamo messo a punto una scheda ad hoc in duplice copia, una per il cittadino ed una per l'operatore, per la raccolta dei dati socio-demografici, dei fattori di rischio (familiarità, trauma cranico, depressione, psicosi, delirium, disorientamento, BPSD …), delle terapie farmacologiche in atto (antipertensivi, betabloccanti, nitroderivati, antiaritmici, anticoagulanti, antiaggreganti, ansiolitici, antipsicotici, antidepressivi …) e della comorbilità (per cardiopatia, neuropatie, malattie metaboliche ecc.)
Due micro-équipe composte dal Medico e Caposala dei due Nuclei Alzheimer RSA dell'ASP IMMeS e "Pio Albergo Trivulzio" di Milano si è fatta carico di somministrare presso sei parrocchie milanesi, il Test *Mini Mental State Examination* di Folstein (MMSE) e la scheda suddetta, ai soggetti ultrasessantenni afferenti al Centro Terza Età quel pomeriggio. Sono state coinvolte sei parrocchie (Santi Michele e Rita, Santa Bernardetta, Sant'Apollinaire, San Vito, Immacolata Concezione e Sant'Agostino), in sei successivi pomeriggi.
Risultati. Sono stati valutati complessivamente 126 soggetti, 99 di sesso femminile (età media 74,5 anni) e 27 di sesso maschile (età media 73 anni), afferenti alle parrocchie tramite i Gruppi della Terza Età.
Dei 126 soggetti indagati, 20 presentavano un MMSE patologico (< 24/30), solo 2 erano stati sottoposti in passato al suddetto Test e presentavano una Diagnosi di Demenza, nessuno era in carico alle UVA, nessuno assumeva terapie farmacologiche per la Demenza. I soggetti meritevoli di ulteriori accertamenti presso le UVA, sono stati informati della rete dei Servizi Territoriali esistente e delle modalità di accesso, nonché delle Associazioni di Volontariato che offrono interventi e supporto al malato a ai familiari.
Conclusioni. La nostra esperienza, se pur su un campione assai limitato della popolazione anziana milanese, mostra una elevata prevalenza, di soggetti con Deficit Cognitivi e/o fattori di rischio per Demenza (15,8%).
Mostra, inoltre, la scarsa diffusione dell'informazione relativa alla Patologia, alla rete dei Servizi Territoriali, alle Associazioni impegnate in questo ambito, alla normativa legislativa a tutela dei soggetti incapaci (Amministrazione

di Sostegno, ADS) e la necessità quindi di investire risorse al fine di colmare queste lacune e le molteplici problematiche correlate alla Demenza.
Va affrontato, inoltre, il problema della seconda vittima della malattia, il *caregiver* affettivo (familiare o persona cara di riferimento) o formale (badante, personale di assistenza), spesso colpiti da difficoltà psicologiche, fisiche ed economiche con ulteriori ricadute negative.
Oggi è acceso il dibattito etico relativo alla comunicazione della diagnosi di una patologia così severa che mina lentamente e progressivamente le facoltà intellettive dell'individuo con severe ripercussioni sulla vita stessa del paziente e della sua famiglia.

La motricità nell'anziano con demenza

R. Scarsini[2], M. Venturelli[1 2], E. Rubini[2], R. Bottura[2], F. Schena[1]

[1] Università di Verona, Dipartimento di Scienze Neurologiche della Visione, Verona; [2] Fondazione ONLUS "Mons. Arrigo Mazzali", Reparto Alzheimer, Mantova

La patologia di Alzheimer è una delle malattie età correlate con prevalenza ed incidenza maggiori nella popolazione anziana, inoltre il trend di crescita esponenziale di questa popolazione impone un'importante riflessione scientifica sui meccanismi che possono essere alla base di tali processi degenerativi, ipotizzandone una prevenzione e/o controllo.
Il deterioramento cognitivo dei processi legati alla patologia di Alzheimer sono stati studiati da diversi autori, ma la variabilità interpersonale e l'eziologia della patologia influenzano spesso le misure a tal punto da non poter standardizzare delle valutazioni specifiche.
Scopo. Lo scopo principale di questo studio era di verificare attraverso un test (contare *vs.* contare durante un task motorio) in una popolazione di anziani con patologia di Alzheimer di II grado se la combinazione tra stimolo motorio e cognitivo implichi un diverso risultato.
Materiali e metodi. Su un campione di 86 pazienti residenti all'interno della stessa struttura assistenziale ma da 2 diversi reparti: (Alzheimer 38) Alz ed (RSA 42) RSA sono stati reclutati i soggetti che hanno partecipato allo studio. I criteri d'inclusione prevedevano di verificare il livello di degenerazione della patologia di Alzheimer per il gruppo Alz, il numero delle comorbilità, il livello di motricità degli arti superiori e il livello cognitivo. 30 pazienti 26 donne e 4 uomini sono risultati inseribili all'interno del gruppo Alz, 28 pazienti 27 donne ed 1 uomo sono stati inseriti nel gruppo RSA. Dopo familiarizzazione ogni soggetto è stato valutato 3 volte attraverso un test psico-motorio basato sul gioco adattato: il paziente posto davanti all'operatore ad una distanza di 2 m doveva eseguire e contemporaneamente contare il massimo numero di passaggi di una palla MPP. Il test terminava quando il paziente non riusciva più a contare correttamente i passaggi in senso crescente. Lo stesso test è stato inoltre effettuato senza lo stimolo motorio, chiedendo ai pazienti di contare semplicemente in senso crescente MC, il test terminava quando il soggetto faceva un errore. I dati raccolti sono stati analizzati e confrontati attraverso analisi statistica con Anova per misure ripetute e test di correlazione lineare.
Risultati. La correlazione tra i test indica una minima variabilità della misura $R = 0{,}887$ e $0{,}785$; $p < 0{,}001$ per il gruppo Alz in entrambi i metodi della misura ed $R = 0{,}608$ e $0{,}755$; $p < 0{,}001$ per il gruppo RSA in entrambi i metodi. Tutti i soggetti del gruppo Alz erano al II grado della patologia; il numero delle comorbilità, l'età; il livello di motricità degli arti superiori ed il livello cognitivo erano simili per entrambe i gruppi con nessuna differenza significativa $p > 0{,}05$. I dati relativi al MPP indicano che il gruppo RSA ha una performance migliore rispetto al gruppo Alz; ed il MC per il gruppo RSA risulta essere significativamente maggiore rispetto al MPP ed al relativo MPP del gruppo Alz. I dati relativi al MPP e MC del gruppo Alz non sono significativamente diversi (Fig. 1).

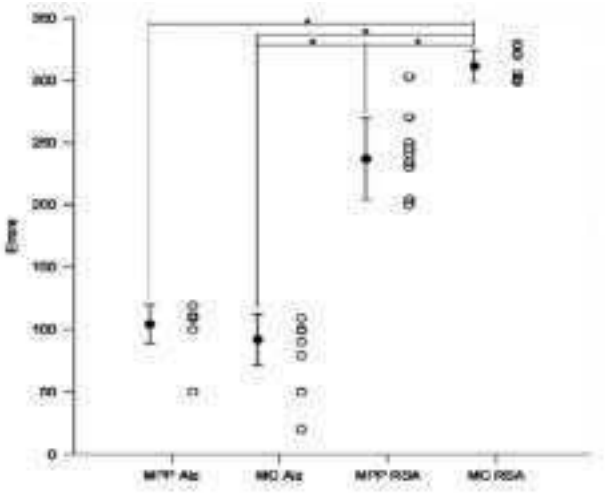


Fig. 1. Media ± deviazione standard.

	MPP	MC
Alz	104,2 ± 15,5	91,8 ± 20,2
RSA	236,9 ± 32,7*	311,4 ± 12,4*†

MPP = max passaggi contati con la palla; MC = max numero contato; Alz = gruppo Alzheimer; RSA = gruppo non Alzheimer; * = $p < 0{,}05$.

Conclusione. I MPP e MC nel gruppo Alz sono significativamente inferiori rispetto al gruppo RSA, probabilmente a parità di un generale deterioramento cognitivo nei pazienti Alzheimer contare numeri in senso crescente implica l'utilizzo di aree corticali ormai compromesse dalla patologia. I pazienti Alzheimer non dimostrano comunque una differenza significativa tra MPP e MC, ovvero l'aggiunta del task motorio non influenza la performance cognitiva e viceversa, mentre nel gruppo RSA sembra che il compito motorio e cognitivo eseguiti contemporaneamente influisca fortemente sulla performance cognitiva. Tale risultato suggerisce un diverso meccanismo d'interazione tra task cognitivo e motorio nei pazienti Alzheimer, probabilmente il deterioramento corticale in questi pazienti cancella alcuni schemi neuronali presenti in anziani non Alzheimer, le sinapsi che collegano le aree cognitive e motorie sono ridotte, probabilmente anche la somma dei due stimoli: motorio + cognitivo non influisce negativamente sul risultato. Maggiori studi sono comunque necessari, ipotizzando inoltre una mappatura specifica delle aree corticali coinvolte durante il test con FMRI.

Bibliografia

Karlawish J, et al. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:568-74.
Reisberg B, et al. Am J Psychiatry 1982;139:1136-9.
Rikli RE, Jones CJ. JAPA 1999;7:129-61.
Wouters H, et al. Alzheimer Dis Assoc Disord 2008.

L'uso degli antibiotici in un'Unità Operativa di Geriatria

R. Scotto, C. Vedele, I. Manfredini, C. Mussi

Cattedra di Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione. L'uso di antibiotici (A) negli anziani ospedalizzati ha implicazioni di appropriatezza, costo-efficacia ed interazione fra farmaci; nella loro prescrizione si dovrebbe tener conto dei risultati ottenuti, valutando le abitudini prescrittive all'interno delle Unità Operative di Geriatria (UOG). Scopo dello studio è la valutazione dell'appropriatezza della prescrizione di antibiotici nei pazienti ricoverati presso un'UOG e dell'influenza dell'uso degli A sui principali *outcome* clinici.
Materiali e metodi. Sono state analizzate retrospettivamente le cartelle cliniche di 171 pazienti consecutivamente ricoverati presso l'UOG del Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino-Estense", di età media 84,7 ± 7,0, 64,2% femmine. Abbiamo selezionato i 106 pazienti (62%) ai quali sono stati prescritti A durante il ricovero.

Risultati. I tipi di A prescritti nelle diverse patologie, il tempo intercorso tra ricovero ed inizio della terapia antibiotica, le percentuali di esecuzione degli esami colturali e le relative positività sono descritti nella Tabella I. Nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) la diagnosi di polmonite compare nel 29,2% dei casi. La diagnosi di infezione localizzata, nella maggior parte delle vie urinarie, è stata posta nel 32%, mentre quella di sepsi alla dimissione nel 16%. All'ingresso l'82,5% dei pazienti presenta i criteri di sepsi e l'87,6% criteri clinici di infezione delle basse vie respiratorie. Ben 21 pazienti assumono A senza aver eseguito alcun esame colturale. Le penicilline sono prescritte senza richiedere esami colturali nel 23,3% dei casi, seguite dalle cefalosporine (21,2%), dalla vancomicina (16,7%) e dai chinolonici (11,4%). Gli A più costosi (carbapenemi) sono sempre somministrati in base ad almeno un esame colturale. Nell'84% dei casi la somministrazione avveniva per via endovenosa. La terapia antibiotica è stata efficace nell'81,3%; i decessi sono stati 18 (18,8% della casistica). Non esistono correlazioni significative tra decesso e uso di A specifici; i pazienti deceduti presentano maggior grado di comorbilità, malnutrizione e funzionalità renale compromessa. L'incidenza di delirium è stata pari al 23,6%; non esistono associazioni tra delirium e tipo di A, tranne che per i Carbapenemi (60,0% *vs.* 19,8%, p = 0,01); il dato è confermato anche correggendo il risultato per comorbilità, febbre e presenza di sepsi.

Conclusioni. Le penicilline sono gli A maggiormente prescritti nella casistica studiata che presenta prevalentemente broncopolmoniti, infezioni localizzate e sepsi; seguono poi i chinolonici e le cefalosporine di terza generazione. Frequente è la prescrizione di A in assenza di indicazioni laboratoristiche: la motivazione clinica è per "copertura", comportamento non raccomandato dalle Linee Guida; questo atteggiamento è sospettabile valutando il diverso tempo di latenza (Tab. I) tra ricovero e inizio della terapia antibiotica (più breve per le penicilline, ritardato per i carbapenemi e i sulfamidici, prescritti sempre in base all'antibiogramma). Nella nostra casistica l'indagine microbiologica è sottovalutata anche nelle infezioni dell'apparato respiratorio e nella sepsi; la sua positività è notevolmente più rara rispetto al sospetto clinico, infatti la performance diagnostica degli esami colturali non è elevata, superando il 60% soltanto nel caso dell'urinocoltura. Il tampone cutaneo è stato eseguito in pochi pazienti selezionati, affetti da piaga da decubito purulenta: è stato diagnostico nel 100% dei casi fornendo indicazioni per un'efficace terapia mirata. L'*outcome* principale (mortalità) non sembra influenzato dal tipo di A usato, ma piuttosto dalle caratteristiche cliniche del paziente. La tempestività della terapia antibiotica è migliorabile se sarà iniziata già all'accettazione ospedaliera in base alle caratteristiche cliniche del paziente anziano e alla sua comorbilità. Negli anziani l'uso degli A deve essere cauto ed oculato potendo causare effetti collaterali come aritmie, disturbi gastrointestinali ed interazioni con altri farmaci.

La depressione aumenta il rischio di ipertrofia concentrica nell'anziano indipendentemente dai valori pressori

A. Scuteri[1], L. Castello[1 3], R. Coluccia[1 3], E. Nevola[3], G. Viscogliosi[1], A.M. Brancati[1], M. Volpe[3 5], F. Lattanzio[2]

[1] U.O. Geriatria, INRCA IRCCS, Roma; [2] Direzione Scientifica, INRCA IRCCS, Ancona; [3] UOC Cardiologia, Ospedale "S. Andrea", Univ. "La Sapienza", Roma; [4] U.O. Cardiologia, INRCA IRCCS, Roma; [5] NEUROMED, Pozzilli (IS)

Scopo. L'ipertrofia ventricolare sinistra (LVH), uno dei più frequenti danni d'organo dell'ipertensione arteriosa(HT), costituisce un fattore di rischio indipendente per eventi cardiovascolari (CV). Tale associazione è stata documentata soprattutto in relazione a specifici patterns di rimodellamento ventricolare, quali l'LVH concentrica. L'obiettivo del nostro studio è quello di valutare la presenza di sintomi depressivi quale fattore di rischio per LVH concentrica nel soggetto anziano.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 370 soggetti (73%, F, età media 79 ± 6 aa) ospedalizzati La Geriatric Depression Scale (GDS) è stata somministrata come test di screening per la diagnosi di depressione (punteggio < 6 = no depressione, 6-15 = presenza di sintomi depressivi). La LV mass è stata misurata utilizzando i criteri dell'American Society of Echocardiography. La presenza di LVH è stata definita come LV mass indicizzata per BSA > 125g/m2 nell'uomo o > 110g/m2 nella donna, oppure come LV mass indicizzata per altezza 2,7 > 50 g/m2. Relative wall thickness (RWT) è stato misurato nella fase telediastolica come RWT = 2PWT/LVID; adottando come valore soglia un RWT > 0,44 sulla base di studi precedenti. I pattern di adattamento LV sono stati definiti combinando LVMI e RWT: LVH concentrica = LVH con aumento RWT; LVH eccentrico = LVH con norm RWT; rimodellamento concentrico = no LVH con aumento RWT; LV normale = no LVH con norm RWT.

Risultati. La prevalenza di HT e diabete è risultata pari al 70,5% e 24,7% della popolazione, rispettivamente (p = n.s. depressi *vs.* non depressi). I soggetti affetti da sintomi depressivi (n = 165) presentavano una maggiore frequenza di LVH concentrica, anche dopo aggiustamento per età, sesso, e presenza di ipertensione (p < 0,001 ANCOVA analysis). Tale maggior frequenza di LVH concentrica risulta indipendente dai valori medi di pressione arteriosa rilevati nei due gruppi (depressi *vs.* non depressi: 134,7 ± 1,4 *vs.* 135,3 ± 1,8 mmHg; 77,1 ± 0,8 *vs.* 76,3 ± 1,0 mmHg per SBP e DBP rispettivamente; p = ns dopo aggiustamento per età e sesso).

Conclusione. La presenza di sintomi depressivi nel soggetto anziano si accompagna ad un maggiore rischio di LVH concentrica, indipendentemente dai livelli pressori. Gli effetti della depressione sulla geometria del VL possono concorrere a spiegare il maggior rischio di eventi CV osservabile nei depressi anziani.

Tab. I. Prevalenza della prescrizione delle diverse classi di antibiotici nel periodo esaminato, giorni che intercorrono dal ricovero all'inizio della terapia, percentuale di esecuzione e relativa positività degli esami colturali. I dati sono espressi in % sul totale o come media ± DS.

	Polmonite (N = 31)	Infezione localizzata (N = 34)	Sepsi (N = 17)	Tempo di latenza
Penicilline	74,2	58,8	88,2	2,0 ± 3,7
Cefalosporine	32,3	23,5	29,4	4,7 ± 6,5
Macrolidi	25,8	17,6	17,6	6,4 ± 4,3
Chinolonici	54,8	38,2	35,3	6,4 ± 5,9
Sulfamidici	6,5	8,8	11,8	12,2 ± 10,6
Glicopeptidi	19,4	14,7	17,6	7,9 ± 9,9
Carbapenemi	22,6	17,6	5,9	10,6 ± 10,4
Emocoltura	41,9 (30,8-4)	47,1 (31,3-5)	52,9 (55,6-5)	
Espettorato	19,4 (33,3-2)		11,8 (50,0-1)	
Urinocoltura		70,6 (62,5-15)	82,4 (42,9-6)	
Coprocoltura		17,6 (0-0)		
Tampone da ulcera		11,8 (100-4)	23,5 (100-4)	

Tra parentesi: percentuale di positività delle colture eseguite-numero di pazienti risultati positivi.

Effetti dell'invecchiamento sulla funzione endocrina e sulla risposta infiammatoria del tessuto adiposo: un esperimento in vitro con cellule 3T3-L1

A. Sepe, E. Zoico, D. Olioso, G. Mazzali, A. Zivelonghi, I. Cera, K. Giuliano, O. Bosello, M. Zamboni

Cattedra di Geriatria e Nutrizione Clinica, Università di Verona, Verona

Scopo. Di recente è stato ipotizzato che la funzione endocrina del tessuto adiposo possa modificarsi con l'invecchiamento cellulare. Tali modificazioni intrinseche nelle proprietà secretorie della cellula adiposa potrebbero in qualche modo contribuire a spiegare l'aumentato rischio metabolico e cardiovascolare del soggetto anziano.
Lo scopo di questo lavoro è stato pertanto quello di studiare ***in vitro***, in linee cellulari di adipociti murini, 3T3-L1, gli effetti dell'invecchiamento cellulare su capacità secretoria e risposta alla flogosi della cellula adiposa.
Materiali e metodi. Cellule 3T3-L1 sono state differenziate in vitro in condizioni standard. All'induzione della differenziazione e a distanza di 5 (pre-adipocita), 10 (adipocita), 15 (adipocita maturo) e 20 giorni (adipocita vecchio) è stata valutata mediante Real-time PCR, l'mRNA di leptina, adiponectina, IL-6, TNF-| , MCP-1, IKK, PPAR~, CEBP-| , CHOP e GLUT-4 e mediante ELISA la concentrazione nel medium delle rispettive citochine secrete. Queste determinazioni sono state effettuate in presenza o meno di stimolo pro-infiammatorio acuto rappresentato da LPS 1 µg/ml per 16 ore.
Risultati. Cellule coltivate in vitro fino al 20° giorno presentavano aumentata espressione genica di IL-6 e TNF-| rispetto ad adipociti ad uno stadio di crescita in vitro più giovane. Parallelamente all'invecchiamento cellulare, si assisteva in coltura anche ad aumentata produzione di mRNA per MCP-1 con tendenza a raggiungere il plateau dopo il 15° giorno in coltura.
Conclusioni. I risultati ancora preliminari di questo studio sembrano suggerire che la funzione endocrina dell'adipocita si modifica con l'invecchiamento cellulare e che l'adipocita più vecchio possa produrre un pattern di adipochine più pro-infiammatorio.

Polimorfismo del gene Klotho nella demenza vascolare e nella malattia di Alzheimer

D. Seripa, M.G. Matera, M. Franceschi, F. Paris, L. Cascavilla, G. D'Onofrio, C. Gravina, M. Urbano, F. Addante, D. Sancarlo, A. Pilotto

Unità Operativa di Geriatria e Laboratorio di Gerontologia-Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

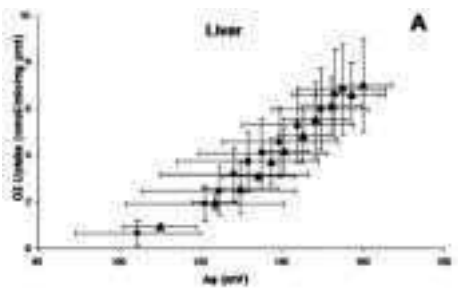
Introduzione. Il gene Klotho (kl) codifica per una proteina della membrana cellulare che sembra avere un ruolo importante nell'invecchiamento sano e patologico. La proteina kl si presenta in due forme, kl propriamente detta, legata alla membrana cellulare esterna come proteina di membrana di tipo I, e kl1, che si forma da un processo di splicing alternativo del trascritto del gene. Mentre Kl1 sembra coinvolta nel metabolismo osseo e del fattore di crescita IGF-1, in animali da esperimento alterazioni dell'espressione di kl si associano a longevità e/o invecchiamento precoce.
Scopo. Esaminare la distribuzione delle frequenze genotipiche di una variante polimorfica del gene klotho (kl) in soggetti anziani affetta da demenza degenerativa di Alzheimer (AD) e demenza vascolare (VaD).
Materiali e metodi. La variante di singolo nucleotide rs9536314 (T^{1055} g G), codificante per la sostituzione aminoacidica Phe^{352} g Val nell'esone 2 del gene kl, è stata esaminata in 296 pazienti (130 maschi e 166 femmine, età media 78,55 ± 7,05 anni con un intervallo di età dai 60 ai 100 anni), di cui 134 con diagnosi clinica di AD, 81 con VaD e 81 senza deficit cognitivi (NoCI). All'ammissione, tutti i soggetti sono stati sottoposti alla valutazione multidimensionale (VMD). La valutazione genetica è stata effettuata su DNA genomico purificato da sangue periferico tramite estrazione proteica con solventi organici e precipitazione alcolica, per mezzo di amplificazione per PCR e digestione con enzima di restrizione MaeIII e successiva analisi elettroforetica dei frammenti di restrizione. Su tutti i soggetti è stato esaminato anche il polimorfismo dell'apolipoproteina E (APOE) secondo metodo standard. L'analisi statistica è stata effettuata con il test del chi-quadrato di Pearson, il test esatto di Fisher, e la regressione logistica multinomiale.
Risultati. Confrontando le frequenze genotipiche del gene kl tra i gruppi AD, VaD e NoCI, nessuna differenza è stata osservata nella distribuzione del genotipo G/G (2,24% *vs.* 1,23% *vs.* 0%; p = 0,385), G/T (27,61% *vs.* 30,86% *vs.* 24,69%; p = 0,680) o T/T (70,15% *vs.* 67,90% *vs.* 75,31%; p = 0,562). Confrontando le frequenze genotipiche del gene APOE tra i gruppi AD, VaD e NoCI, nessuna differenza è stata osservata nella distribuzione dei genotipi ◊2+ (6,72% *vs.* 12,35% *vs.* 12,35%; p = 0,269) ed ◊3/◊3 (58,96% *vs.* 66,67% *vs.* 69,14%; p = 0,266), mentre è stata osservata una differenza significativa nella distribuzione dei genotipi ◊4+ (34,33% *vs.* 20,99% *vs.* 18,52%; p = 0,017). La correzione per APOE delle stime di associazione dei genotipi kl non cambia significativamente il trend osservato per le stime non-corrette.
Conclusione. Nessuna associazione tra polimorfismo T^{1055} g G del gene klotho e AD o VaD è stata riscontrata in questa popolazione. L'APOE si conferma un fattore di rischio per l'AD, senza alcun ruolo nella VaD.

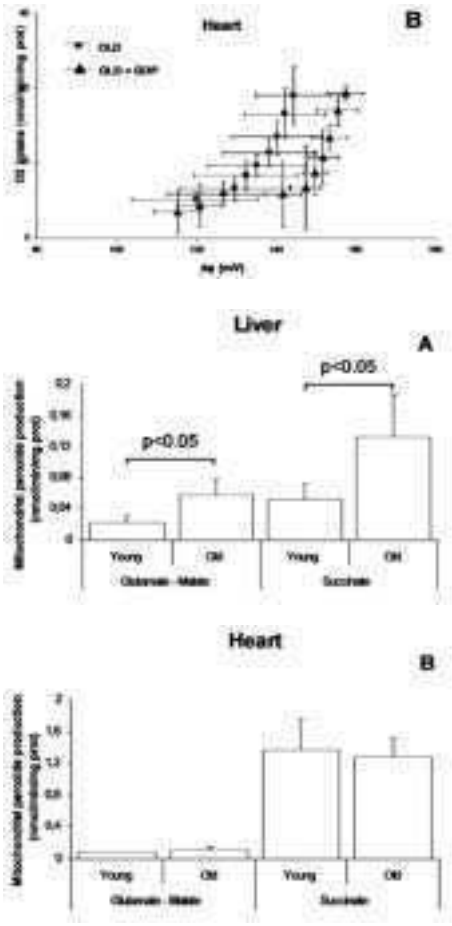
Aging e disaccoppiamento mitocondriale: diverso effetto sulla produzione di radicali liberi in tessuti mitotici e post-mitotici

G. Serviddio[1], R. Tamborra[1], F. Bellanti[1], A.D. Romano[1], T. Rollo[1], D. Bruno[1], C. Capurso[1], E. Altomare[1], G. Vendemiale[1 2]

[1] Centro per lo Studio delle Malattie Radicaliche e dell'Invecchiamento, Cattedra di Geriatria, Università di Foggia; [2] Medicina Generale, IRCCS, "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia

Scopo della ricerca. Le specie reattive dell'ossigeno (ROS) prodotte dal metabolismo cellulare determinano l'invecchiamento ossidando membrane, proteine ed acidi nucleici. I mitocondri sono la principale fonte cellulare di ROS: l'accumulo di mitocondri danneggiati è un fattore primario nei processi di aging. Durante l'invecchiamento nei mitocondri si verifica la riduzione del trasporto elettronico, della permeabilità della membrana interna e della sintesi di ATP, nonché un aumento della produzione di ROS 1. Poiché il metabolismo mitocondriale è organo-specifico, si ipotizza che le sue alterazioni in corso di invecchiamento possano essere organo-dipendenti 2. Il disaccoppiamento mitocondriale (proton leak) svincola il trasporto di elettroni dalla sintesi di ATP, riducendo la pressione ossidativa ed influenzando la produzione di ROS 3. L'obiettivo di questo studio è analizzare il disaccoppiamento mitocondriale ed i suoi effetti sulla produzione di ROS nel cuore (post-mitotico) e nel fegato (mitotico) di ratti anziani.
Materiali e metodi. Sono stati estratti i mitocondri da cuore e fegato di ratti Wistar maschi giovani (età = 5 mesi) ed anziani (età = 25 mesi) mediante centrifugazione in gradiente di Percoll. L'analisi del proton leak è stata effettuata mediante l'interpolazione della misurazione simultanea del consumo di ossigeno (elettrodo di Clark) e del potenziale di membrana mitocondriale (elettrodo al TPP+). La velocità di produzione di perossido d'idrogeno è stata effettuata mediante una metodica di rivelazione fluorimetrica.
Risultati. Il proton leak mitocondriale era aumentato sia nel cuore che nel fegato dei ratti anziani, ma l'aggiunta di GDP, inibitore selettivo delle uncoupling proteins (UCPs) neutralizzava l'effetto disaccoppiante nel cuore, ma non nel fegato (Fig. 1A e B). La velocità di sintesi di perossido d'idrogeno era aumentata nei mitocondri del fegato dei ratti anziani rispetto ai giovani, ma era limitata nei mitocondri cardiaci (Fig. 2A e B).





Conclusioni. Durante l'invecchiamento si verifica un aumento del proton leak mitocondriale sia in tessuti mitotici che post-mitotici, ma l'origine del disaccoppiamento è differente è può essere condotta alle UCPs nei tessuti post-mitotici (cuore) ma non in quelli mitotici (fegato). Il proton leak mediato dalle UCPs si associa ad una limitazione nel progressivo aumento della produzione di ROS mitocondriali. Sebbene il meccanismo non sia ancora precisamente definito, ipotizziamo che l'attivazione delle UCPs possa prevenire il danno ossidativo nei tessuti post-mitotici, contribuendo alla protezione delle cellule.

Bibliografia

1. Navarro A, Boveris A. *The mitochondrial energy transduction system and the aging process*. Am J Physiol Cell Physiol 2007;292:670-86.
2. Benard G, Faustin B, Passerieux E, Galinier A, Rocher C, Bellance N, et al. *Physiological diversity of mitochondrial oxidative phosphorylation*. Am J Physiol Cell Physiol 2006;291:1172-82.
3. Serviddio G, Bellanti F, Romano AD, Tamborra R, Rollo T, Altomare E, et al. *Bioenergetics in aging: mitochondrial proton leak in aging rat liver, kidney and heart*. Redox Rep 2007;12:91-5.

Polimorfismi dei recettori della vitamina D e cadute in una popolazione di anziani che vivono a domicilio

S. Settanni, P. Danese, M. Battaglia, B. Giannone, A. Russo, S. Mastropaolo, G. Ruffilli, R. Bernabei, G. Onder, F. Landi

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma

Scopo. I genotipi del recettore della vitamina D sono stati associati a disturbi cognitivi, ai sintomi depressivi, alla forza muscolare e alla sarcopenia, ma non ci sono studi sulla loro correlazione con le cadute. L'obiettivo del presente studio è di valutare se, in una popolazione di anziani che vivono al domicilio, i genotipi VDR FokI e BsmI siano associati con le cadute.

Materiale e metodi. I dati provengono dalla valutazione al *baseline* dello studio "*ilSirente*", che ha arruolato gli anziani di età uguale o superiore agli 80 anni che vivono al domicilio in Italia. Il personale dello studio ha raccolto informazioni sulle cadute che si erano verificate nei 90 giorni precedenti la valutazione.

Risultati. L'età media dei 343 partecipanti allo studio era 85,8 anni (Deviazione standard 4,8), 229 (66,8%) erano donne. Complessivamente, 47 (13,7%) partecipanti riportavano una o più cadute. La frequenza delle cadute era 18,6% nei partecipanti con genotipo BB, 12,8% in quelli con genotipo Bb e 7,6% in quelli con genotipo bb (p per trend lineare = 0,03). In seguito alle correzioni per i potenziali fattori confondenti, comparato con i partecipanti con il genotipo BB, l'OR per le cadute era 0,60 (95% CI 0,29-1,23) per quelli con il genotipo Bb e 0,32 (95% CI 0,11-0,98) per quelli con il genotipo bb. Al contrario la frequenza delle cadute non differiva significativamente tra i polimorfismi di FokI (FF: 15,9%, Ff: 12,0%, ff: 11,5%, p = 0,58).

Conclusioni. Il genotipo VDR bb del gene BsmI è associato ad una ridotta frequenza di cadute rispetto al genotipo BB. Ulteriori studi condotti in una popolazione più vasta sono necessari per confermare l'associazione tra il genotipo BsmI e le cadute e per capire la ragione di questa associazione.

Diabete mellito e deficit cognitivo in un gruppo di pazienti anziani ricoverati in nursing home

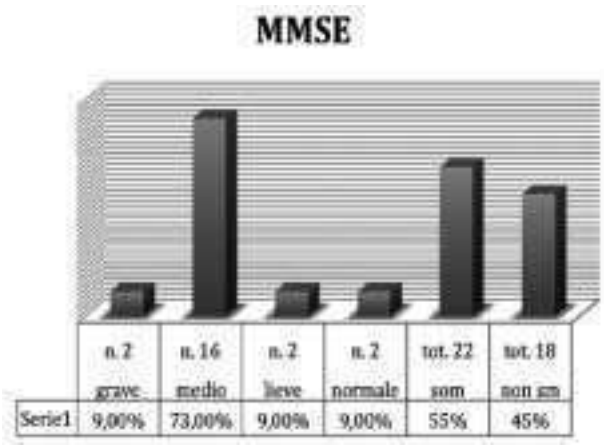
G. Sgrò, S. Biamonte, V. Bambara

Fondazione "Betania" Onlus, Dipartimento Anziani, Catanzaro

Scopo. Il Diabete Mellito è una condizione cronica in costante e continuo aumento nei paesi industrializzati, che negli ultimi anni sta assumendo i caratteri di una vera e propria epidemia, sostenuta dall'incremento della sua prevalenza nei soggetti anziani [1]. Si stima che negli USA nei prossimi dieci anni i soggetti ultrasessantacinquenni saranno la maggior parte dei pazienti diabetici e di questi, quelli con età maggiore o uguale a 75 anni saranno il 30% di tutti i casi [2]. Nell'ultimo decennio alcuni studi hanno riportato un aumentato rischio di demenza tra i pazienti diabetici, risultato questo, non confermato da altri studi [3]. Non è ancora noto se il diabete costituisce un elemento di ulteriore deterioramento della funzione cognitiva [4]. Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare la prevalenza di Diabete Mellito nei pazienti ricoverati nel nostro Istituto, e in questi la presenza e la stratificazione del deficit cognitivo.

Materiali e metodi. Abbiamo analizzato 179 pazienti attualmente ricoverati, e selezionato quelli che presentavano diagnosi di Diabete Mellito. È stata effettuata la valutazione multidimensionale. Il deficit cognitivo è stato valutato con il MMSE. Sono state evidenziate le patologie concomitanti.

Risultati. Il 22% dei pazienti ricoverati presso la nostra struttura è affetto di Diabete Mellito (Fig. 1). L'età media dei pazienti selezionati è di 82 anni, il 72,50% sono donne ed il 27,50% maschi. Al 55% dei pazienti selezionati è stato somministrato il MMSE, mentre al 45% di essi non è stato possibile somministrarlo, per rifiuto in n. 3 pazienti, e per deficit cognitivo severo e disturbi neurosensoriali in 15 pazienti. Dei pazienti ai quali è stato somministrato il MMSE, il 9% presentava un deficit cognitivo grave, il 73% un deficit cognitivo medio, il 9% un deficit cognitivo lieve, e solo il 9% presentava un MMSE normale (Fig. 2). Dalla valutazione delle patologie concomitanti è emerso che il 62,50% dei pazienti presentava Ipertensione arteriosa, il 45% Vasculopatia Cerebrale Cronica, il 25% artrosi, il 17,50% Cardiopatia Ischemica e BPCO, il 15% M di Parkinson, il 12,50% Demenza senile ed Arteriopatia Obliterante Periferica.



Conclusione. La prevalenza di soggetti affetti da Diabete Mellito all'interno della nostra struttura è in linea con il trend d'incremento dimostrato nella maggior parte degli studi epidemiologici presenti in letteratura. I dati del MMSE dimostrano una correlazione tra il deficit cognitivo di grado medio e il diabete mellito. I pazienti con diabete mellito presentano un'elevata comorbidità, in particolare per ipertensione arteriosa e vascolopatia cerebrale cronica. Interessante la prevalenza di pazienti affetti da artrosi nel campione selezionato.

Bibliografia

1. Volpato S, et al. *Il diabete mellito come fattore di rischio di disabilità nel soggetto anziano*. Giornale di Gerontologia 2005;53:120.
2. Paolisso G, et al. *Il target metabolico e la compliance nel diabetico anziano*. Giornale di Gerontologia 2004;52:316.
3. Gregg EW, et al. *Is Diabetes Associated with Cognitive Impairment and Cognitive Decline Among Older Women?* Arch Intern Med 2000;160:174-80.
4. Di Bonito P, et al. *Diabete mellito e funzione cognitiva in soggetti anziani*. GIDM 2005;25:53-7.

La gestione nelle RSA degli anziani affetti da demenza

A. Sibilano, S. Lopez, M.G. Stefanoni, C. Zuffinetti, E. Aiello, G. Gazzardi

Struttura Complessa Vigilanza e Controllo, ASL della Provincia di Milano 1, Legnano (MI)

Scopo. La demenza rappresenta la principale causa di istituzionalizzazione degli anziani. Il rischio attribuibile alla demenza per il ricovero in RSA, secondo studi longitudinali è del 61% [1]. Nelle RSA i valori di prevalenza delle demenze sono sensibilmente superiori rispetto a quelle osservate nella popolazione generale, oscillando tra il 47% ed il 56% dei residenti [2]. I dati del Progetto ULISSE evidenziano come il 41,5% degli anziani che vive in RSA sia affetto da demenza di grado severo. La UOC Vigilanza e Controllo della ASL Milano 1, nell'ambito della sua attività istituzionale, ha effettuato controlli di appropriatezza sulla gestione delle demenze nelle RSA del proprio territorio, mediante visita "in loco" da parte degli autori e con la collaborazione dei colleghi medici di tali strutture.

Materiali e metodi. La scelta del campione è stata mirata agli ospiti rendicontati nelle classi SOSIA (sistema di descrizione degli ospiti nelle RSA lombarde) che prevedono una cognitività grave. Gli indicatori scelti per la rilevazione sono stati: cadute, incontinenza urinaria, lesioni cutanee da pressione, malnutrizione, contenzione fisica, stato cognitivo, comorbilità, eventi clinici avversi (ACEs), trattamento farmacologico.

Risultati. Dal campione totale di 656 ospiti sottoposti a verifica, 539 ospiti (82,16%) avevano riscontro oggettivo di demenza (diagnosi supportata da scale di valutazione) e sono stati oggetto di analisi; di questi il 77,73% era rappresentato da ospiti di sesso femminile, il 22,26% da ospiti di sesso maschile. Gli ospiti < 65 anni con diagnosi di demenza (presenile) erano il 2,41%. Relativamente alla tipologia di demenza diagnosticata dai medici delle RSA, le demenze maggiormente rappresentate erano quelle vascolari (dati letteratura 14%, dati RSA ASL Mi 1 51,6%) seguite dalla demenza di Alzheimer (dati letteratura 55%, dati RSA ASL Mi 1 22,6%). Le demenze di tipo misto erano presenti nel campione nel 3,3% dei casi *vs.* il 13% riportato in letteratura. Le cadute sono occorse nel 42,67% degli ospiti dementi (letteratura 30-60%), le lesioni cutanee da pressione nel 15,58% (letteratura 10%). I portatori di catetere vescicale erano pari al 17,43%, gli incontinenti che utilizzavano il pannolone il 94%. Il 38,58% degli ospiti era totalmente dipendente per l'alimentazione; il 7,78% era portatore di nutrizione artificiale. Gli ospiti contenuti fisicamente erano il 51,94% *vs.* dati di letteratura che riportano il 41,3% [3]. Relativamente alla valutazione dello stato cognitivo il 65,86% degli ospiti aveva una demenza di grado moderato- severo (MMSE < 15) con variazioni cliniche significative, in peggioramento o in miglioramento, occorse nei primi sei mesi dall'ingresso in RSA. La media delle patologie associate alla demenza era pari a 5,27 (dati di letteratura riportano 3-8), trattandosi nella maggior parte di problematiche relative all'apparato muscoloscheletrico (69,21%), al sistema nervoso centrale e periferico (64,84%), all'ipertensione (46,26%), al cuore (42,62%), alla depressione (24,67%). Nei 12 mesi precedenti il controllo ASL, la percentuale dei ricoveri in ospedale è risultata pari al 26,34%, in particolare per patologie dell'apparato muscoloscheletrico (7,97%) e respiratorio (4,08%). I farmaci assunti dagli ospiti con demenza, erano soprattutto relativi all'apparato gastrointestinale e metabolismo (58,83%), agli antipsicotici tipici ed atipici (51,9%), al sangue ed organi emopoietici (48,60%), al cuore (45,70%), agli antipertensivi (36,40%), agli ansiolitici ed ipnoinducenti (36%), agli antidepressivi (20,76%). Riguardo la somministrazione dei neurolettici tipici ed atipici, considerati *markers* di contenzione farmacologia e degli ansiolitici (benzodiazepine), si è rilevato quanti assumessero 2 psicofarmaci contemporaneamente riscontrando: ansiolitici e neurolettici tipici nel 7,79%, ansiolitici e neurolettici atipici nel 5,75%, due neurolettici tipici nel 2,22%, neurolettici tipici e atipici nell'1,29%. Si è riflettuto inoltre sul comportamento dei medici delle RSA del territorio ASL MI1, relativamente alla somministrazione giornaliera di 2 neurolettici, presente nell'8,88% dei casi e l'uso concomitante di neurolettici e ansiolitici pari al 17,24%, in quanto tali associazioni sono entrambe sconsigliate dall'Agenzia Italiana del Farmaco [4].

Conclusioni. Nelle RSA la gestione delle persone con demenza richiede un considerevole impegno assistenziale in tutte le fasi della malattia, in particolare per la comparsa di complicanze che inducono un rapido peggioramento delle funzioni cognitive, del comportamento e dell'autonomia del paziente. Tra le criticità emerse, si menziona la contenzione fisica presente nel 51,94% delle persone con diagnosi di demenza e la percentuale relativa alla somministrazione di neurolettici e ansiolitici pari al 17,24%

Bibliografia

1. Aguero-Torres H, Von Strass E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. *Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population based study*. J Clin Epidemiol 2001;54:795-801.
2. Zanetti O, Geroldi C. *Il geriatra e la gestione del paziente con deficit cognitivii, Le basi culturali della geriatria*. Soc Italiana Geriatria e Gerontologia 2005:121-40.
3. Evans LK, Strumpf NE. *Tying down the ederly. A review of the literature on physical restraint*. J Am Geriatr Soc 1989;37:65-74.
4. Agenzia Italiana del Farmaco. *Il trattamento farmacologico dei disturbi psicotici nei pazienti affetti da demenza, 2005*. Aggiornamenti 2006.

Grasso epicardico e grasso periviscerale addominale: due stime ecografiche a confronto nell'anziano affetto da sindrome metabolica

F. Sica[2], A. Greco[1], G. Stramaglia[1], A. De Matthaeis[1], A. Romano[2], M. Sperandeo[1], G. Vendemiale[1 2]

[1] UOC di Medicina Interna IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG); [2] Cattedra di Geriatria Università di Foggia

Scopo. La sindrome metabolica (MS) è un importante fattore di rischio cardiovascolare nell'anziano.

Il tessuto adiposo periviscerale totale (PFT), inteso come l'insieme di tutto il grasso periviscerale corporeo (principalmente addominale e cardiaco) gioca un ruolo determinante in questa sindrome in quanto attivo metabolicamente ed in grado di condizionare processi patologici quali l'aterosclerosi mediante la secrezione di adipochine. Nel passato la stima del PFT era effettuata mediante l'impiego di procedure diagnostiche ad alto costo quali la risonanza magnetica (MRI) o la tomografia assiale computerizzata (CT). Più recentemente è stato dimostrato il ruolo dell'ecografia con la validazione nel giovane adulto della stima del grasso periviscerale addominale (PAF) mediante ecografia internistica [1] e del grasso epicardico (EF) mediante ecocardiografia [2]. Scopo del nostro lavoro è stato: 1) Comparare nell'anziano le due misure; 2) Valutare il grado di associazione di ciascuna di queste due stime ecografiche alla sindrome metabolica al fine di identificarne il *best predictor*.

Materiali e metodi. È stato studiato un campione di 76 pazienti anziani provenienti dall'ambulatorio dedicato allo studio delle malattie metaboliche afferente all'Unità Operativa di Medicina Interna dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG). Criteri di inclusione allo studio erano: età = > a 65 anni; presenza di sindrome metabolica definito in base ai criteri NCEP ATP III; presenza di adeguata finestra acustica per l'esecuzione dell'ecografia addominale o dell'ecocardiografia. In tutti i pazienti eleggibili allo studio sono state eseguite: 1) valutazione biochimica con assetto glicidico e lipidico con il calcolo dell'indice di HOMA per l'insulino-resistenza; 2) ecografia addominale; 3) ecocardiografia. La misura di EF è stata eseguita attraverso la misura dello spazio ipercogeno presente sulla superficie anteriore del ventricolo destro. La misura di PAF è stata ottenuta mediante la seguente formula 0.9.008 + 1.191x[distanza (mm) tra la superficie interna del muscolo retto interno e la vena splenica] + 0.987x[la distanza(mm) tra la superficie interna del muscolo retto e la parete posteriore dell'aorta a livello dell'ombelico] + 3.644x[spessore(mm) del tessuto adiposo della parete renale posteriore (mm)].

Risultati. Sono stati studiati 76 pazienti di età media 69,0 ± 4,7 anni di cui 32 maschi e 34 femmine.

I valori medi delle variabili oggetto dello studio sono stati rispettivamente: HOMA 4,5 ± 2,7.;EF 13,1 ± 2,3 mm; PAF 121,9 ± 26,0 mm. EF e PAF erano entrambi significativamente correlati tra loro (R^2 0,8 $p < 0,001$). La correlazione di EF ed HOMA è stata migliore di quella tra HOMA e PAF: (EF $R^2$0,5 $p < 0,001$; PAF R^2 0,3 $p < 0,01$).

Conclusione. Il grasso epicardico rappresenta nell'anziano affetto da sindrome metabolica un migliore predittore di insulino-resistenza e quindi di rischio cardiovascolare.

Bibliografia

1 Hirooka M, Kumogy T, Kurore K, Noramishi S, Michitaka k, Matsuma B, et al. *A tecnique for the measurement of the viscerela fat by ultrasonography: comparison of measurement by ultrasonography and computed tomography*. Int Med 2005;44:794-9.

2 Iacobellis GL, Ribaudo MC, Assael F, Vecci E, Tiberti C, Zappaterreno A, et al. *Echocardiographic epicardial adipose tissue is relted to anthropometric and clinical parameters of metabolic syndrome: a new indicator of cardiovascular risk*. J Clin Endocrinol Met 2008;88:5163-8.

Combinazione di 2 diverse metodiche per identificare la prevalenza dei vari tipi di ipertensione arteriosa in una coorte di anziani ricoverati

M. Simonato, A. Franchin, V. Giantin, G. Panzuto, K. Baccaglini, F. Zanatta, G. Grosso, M. Maselli, G. Enzi, E. Manzato

Clinica Geriatrica, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

Scopo. Determinare la prevalenza di ipertensione da camice bianco (WCH) e di ipertensione mascherata (MH) in una coorte di pazienti anziani ricoverati in un reparto per acuti, utilizzando sia la metodica sfigmomanometrica (SF) che il monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 ore (ABPM).

Materiali e metodi. Sono stati studiati 250 pazienti (152 F, 98 M; età media 78,9 ± 6,9 anni, *range* 65-94) ricoverati presso la Clinica Geriatrica. A ciascuno venivano effettuate in reparto misurazioni ripetute della PA e della frequenza cardiaca (FC) in clino e ortostatismo con SF; veniva quindi posizionato sul braccio non dominante ABPM (Takeda TM2430) per monitoraggio PA/24h, ripetendo le prove in clino e ortostatismo. Per la diagnosi di ipertensione si sono utilizzati i limiti proposti dalle nuove Linee Guida Europee ESH-ESC 2007. Sono stati classificati come normotesi (NT) i soggetti che avevano PA nella norma sia allo SF che allo ABPM, ipertesi (HT) coloro che presentavano ipertensione all'ABPM e allo SF, con ipertensione mascherata (MH) quelli normotesi allo SF e ipertesi all'ABPM, con ipertensione da camice bianco (WCH) quelli ipertesi solo allo SF.

Risultati. Nel totale dei 250 soggetti, all'anamnesi il 56,4% risultava iperteso e il 19,2% normotesi (vedi anche Figura 1 e 2). La prevalenza di ipertensione dopo ABPM è salita al 73,2% a causa anche di un 16,8% rappresentato da soggetti con MH. Nei soggetti anamnesticamente normotesi (35) è stato possibile fare neodiagnosi di sicura ipertensione nel 17,1% dei casi e di MH nel 28,6%. Nei soggetti ipertesi all'anamnesi (215) solo il 14,9% è risultato in buon controllo pressorio e quindi NT per terapia, mentre nel rimanente 85,1% la pressione risultava mal controllata, e un 14,9% presentava una MH (Tab. I).

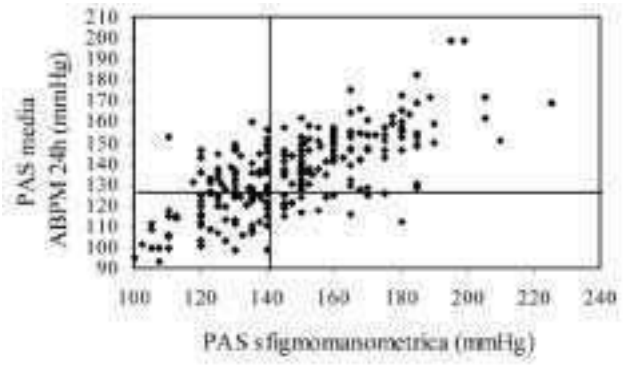


Fig. 1. PAS sfigmomanometrica (MMHg).

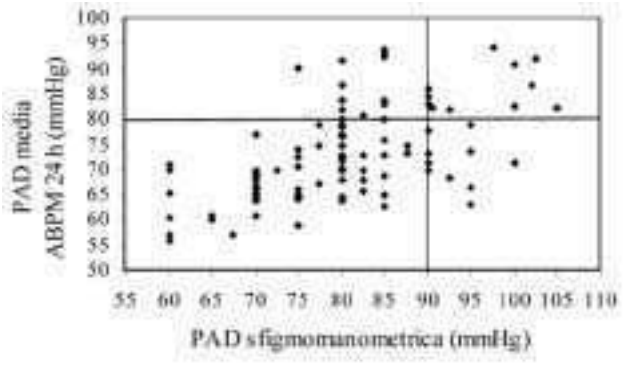


Fig. 2. PAD sfigmomanometrica (MMHg).

Tab. I. Tutti i Soggetti (n = 250).			
		PA - sfigmomanometro	
		Normale	Alta
PA	Alta	MH = 16,8%	HT = 56,4%
ABPM	Normale	NT = 19,2%	WCH = 7,6%

Conclusione. Nella popolazione generale la prevalenza di ipertensione mascherata (MH o "*Masked Hypertension*") è ritenuta pari circa al 5% (Pickering, 2003). Negli anziani ipertesi la percentuale si attesta attorno al 20% (Wing, 2002). La prevalenza generale della "*white coat hypertension*"

(WCH) è stata stimata nella popolazione anziana italiana del 9% (Verdecchia, 2005). Nella nostra coorte di anziani ospedalizzati l'ipertensione arteriosa mascherata (MH) ha una significativa prevalenza, pari al 16,8% del campione totale. Questi soggetti hanno un'incidenza di morbidità cardiovascolare maggiore, paragonabile a quella osservata nell'ipertensione clinica (SF) o ambulatoriale (Bjork-Lund, 2003; Bobrie, 2004). Solo grazie all'uso dell'ABPM 24h è stato possibile identificare i soggetti MH, che altrimenti sarebbero sfuggiti alla diagnosi e a un'adeguata terapia. L'ipertensione da camice bianco (WCH) è risultata sovrapponibile al dato di letteratura in tutta la nostra coorte, attestandosi intorno al 7,6%.

L'anemia nel paziente geriatrico: elevata prevalenza di forme da causa multipla e di forme "idiopatiche"

F. Sioulis, C. Maraldi, C. Ceriotti, S. Volpato, R. Fellin

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Università di Ferrara

Scopo. L'anemia è una condizione frequente nel soggetto anziano. Numerosi studi hanno confermato questo dato sia in soggetti *free-living* [1] sia in soggetti istituzionalizzati mentre più scarsi sono i dati relativi a pazienti anziani ospedalizzati [2 3]. Inoltre nel paziente anziano frequentemente la causa dell'anemia non è identificabile. Alcuni studi epidemiologici, infatti, hanno riportato che in oltre 1/3 dei casi la causa dell'anemia non è identificabile (anemia idiopatica) [1]. Scopo di questo studio è stato quindi quello di stimare la prevalenza delle diverse forme di anemia in pazienti anziani ospedalizzati e descriverne le caratteristiche cliniche.
Materiali e metodi. Sono stati esaminati retrospettivamente i dati di 1005 pazienti consecutivamente ricoverati presso la nostra U.O. nel periodo gennaio-agosto 2008; criteri d'inclusione nello studio erano età ≥ 70 anni e un periodo di degenza ≥ 4 giorni. Abbiamo cosi ottenuto un campione di 573 soggetti con età media di 81 anni. L'anemia è stata definita, in base ai criteri OMS, per valori di emoglobina inferiori a 13 g/dl per gli uomini e inferiori a 12 g/dl per le donne. Come cause di anemia sono state considerate: l'anemia sideropenica, l'anemia post-emorragica, le forme da deficit di vitamina B12 e/o acido folico, l'anemia da insufficienza renale cronica, l'anemia da infiammazione cronica (definita in presenza di bassi livelli di sideremia e livelli normali o aumentati di ferritina), l'anemia da patologie ematologiche (mieloma, sindrome mielodisplastica, betatalassemia eterozigote) e la forma idiopatica (dopo esclusione di tutte le altre forme).
Risultati. L'età media del campione era 81,6 anni, il 56% del campione era composto da donne. La prevalenza di anemia era del 58,5%, 64% negli uomini e 54% nelle donne. La prevalenza di anemia aumentava all'aumentare dell'età in entrambi i sessi ($p < 0,01$). Per un sottogruppo di 105 pazienti erano disponibili tutti i dati per la diagnosi differenziale delle diverse cause di anemia. In oltre un terzo di questi pazienti (34,3%) erano riscontrabili due o più cause di anemia, un quarto dei pazienti (25,7%) aveva una forma idiopatica, il 15,2% aveva anemia da infiammazione cronica mentre tutte le altre forme avevano una prevalenza inferiore al 10%. Tra i pazienti con anemia da causa multipla l'89% aveva due cause concomitanti mentre il restante 11% aveva tre cause. Tra le forme da causa multipla le associazioni più comuni erano deficit di Vit. B12 e/o folati associato ad anemia post-emorragica (22,2%) e anemia da infiammazione cronica associata a deficit di Vit. B12 e/o folati (19,4%). Per quanto riguarda la gravità dell'anemia, i pazienti con anemia da causa multipla avevano una forma grave (3 g o più sotto il *cut-off* diagnostico) nel 58,3% dei casi mentre nei pazienti con forma idiopatica la frequenza era del 18,5%.
Conclusione. Nei pazienti anziani ospedalizzati, l'anemia da causa multipla e l'anemia idiopatica costituiscono il 60% di tutte le forme di anemia. Questi risultati suggeriscono una potenziale inadeguatezza in ambito geriatrico dei comuni algoritmi diagnostici, sottolineando la necessità, per un migliore inquadramento diagnostico e terapeutico, di una ricerca sistematica di tutte le possibili cause.

Bibliografia

1 Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. *Prevalence of anemia in persons 65 and older in the United states: evidence for a high rate of unexplained anemia*. Blood 2004;104:2263-8.
2 Joosten E, Pelemans W, Hiele M, et al. *Prevalence and causes of anemia in a geriatric hospitalized population*. Gerontology 1992;38:111-7.
3 Maraldi S, Blé A, Zuliani G, Guralnik JM, Mussi C, Fellin R, et al. *The association between anemia and physical disability in older patients: the role of comorbidity*. Aging Clin Exp Res 2006;18:485-92.

La traiettoria dello stato funzionale durante l'ospedalizzazione: ruolo prognostico per il paziente anziano

I. Sleiman, R. Rozzini, P. Barbisoni, A. Giordano, A. Morandi, A. Ricci, C. Mattanza, S. Boffelli, N. Travaglini, M. Ferri, M. Trabucchi

Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Ospedale Poliambulanza e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Scopo. I pazienti anziani sono una popolazione eterogenea, in cui l'età di per sé non riflette la loro riserva funzionale e la spettanza di vita [1]. Per questo l'approccio è multi dimensionale per meglio catturare questa eterogeneità a scopo prognostico. È stato dimostrato che una riduzione dello stato funzionale durante una malattia acuta rispetto allo stato pre-morboso sia correlata alla mortalità [2]. Tuttavia vi sono pochi dati in letteratura sul complesso della traiettoria funzionale (dallo stato pre-morboso, all'impatto della malattia e dello stato funzionale alla dimissione). Scopo del lavoro è di valutare se le alterazioni dello stato funzionale durante il ricovero sono correlati con la mortalità a 3 mesi.
Materiali e metodi. Lo studio, retrospettivo, è stato effettuato su 1119 pazienti anziani ricoverati in Unità di Cura Sub Intensiva geriatria (età media 80,6 ± 7,8). I pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi in accordo con il declino funzionale al momento del ricovero rispetto allo stato pre-morboso e la capacità di recuperare o meno lo stato funzionale alla dimissione del reparto: quelli con modesta perdita (< 30 in BADL), in grado di recuperare (gruppo a) e non in grado di recuperare lo stato funzionale (gruppo b); quelli con severa perdita (> 30), in grado di recuperare (gruppo c) e non in grado di recuperare lo stato funzione (gruppo d) durante il ricovero in ospedale. Sono stati rilevati i seguenti parametri: età, sesso, stato cognitivo e funzionale l'albumina sierica, APS score, APACHE II score, la comorbilità, numero dei farmaci e le giornate di degenza.
Risultati. La mortalità totale a 3 mesi era del 17,9%, mentre era del 10,7%, 17,6%, 14,5% e 36,7% nei gruppi a), b), c) e d) rispettivamente. All'analisi bivariata sono risultati predire la mortalità l'età (> 80), il sesso (maschile), il Charlson Index (≥ 4), l'albumina sierica (< 3,5 g/dl), APACHE score (≥ 15), MMSE (< 18) e numero dei farmaci (≥ 8). All'analisi multivariata sono risultati predire la mortalità a 3 mesi MMSE (< 18), l'albumina sierica (< 3,5 g/dl), APACHE II (≥ 15), Charlson Index (≥ 4), numero dei farmaci (≥ 8), la perdita dello stato funzionale all'ingresso e l'inabilità a recuperare lo stato funzionale durante il ricovero; In particolare per il gruppo b l'*odds ratio* è risultata di 1,5 (95% CI, 1,0-2,6) e di 2,1 (95% CI, 1,3-3,6) per il gruppo d.
Conclusioni. Nei pazienti anziani con malattia acuta l'incapacità di riguadagnare lo stato funzionale durante il ricovero ospedaliero è associato ad un elevata mortalità rispetto a quelli in grado di recuperare lo stato funzionale

Bibliografia

1 Inouye SK, Bogardus ST Jr, Vitagliano G, et al. *Burden of illness score for elderly persons: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities, and functional impairments*. Med Care 2003;41:70-83.
2 Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, et al. *Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness*. J Gerontol Med Sci 2005;60:1180-3.

L'Indice di Valutazione MultiDimensionale Geriatrica è un valido strumento per differenziare pazienti anziani ospedalizzati a rischio di fragilità?

L. Spazzafumo, C. Sirolla, M. Sebastiani[1], F. Lattanzio[2] (per il gruppo di studio INRCA – Progetto VMD)

Centro di Biometria e Statistica INRCA, Ancona; [1] Direzione Sanitaria d'Istituto INRCA, Ancona; [2] Direttore Scientifico INRCA

Scopo. La Valutazione MultiDimensionale Geriatrica [1] è una metodologia grazie alla quale sono identificati i molteplici problemi dei pazienti anziani attraverso l'analisi delle diverse dimensioni dello stato di salute e dello stato economicosociale. La VMD è lo strumento fondamentale per la predisposizione del PAI nei soggetti a rischio di disabilità e ospedalizzazione ed è stato ampiamente dimostrato che la VMD migliora gli esiti di salute e permette una più appropriata utilizzazione delle risorse sanitarie. Nel presente lavoro è stato sviluppato un processo di analisi volto ad identificare e validare un indice empirico di Valutazione Multidimensionale Geriatrico (MGI) come misura sintetica dei pazienti a rischio di fragilità [2].

Materiali e metodi. L'INRCA ha sviluppato un processo di VMD Geriatrica di uso routinario che consente di individuare le esigenze assistenziali socio-sanitarie dei pazienti ricoverati. Da gennaio 2005 a maggio 2007 sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica n = 6870 pazienti con età superiore a 70 anni ricoverati presso le 7 Sedi ospedaliere INRCA di Ancona, Fermo, Appignano, Roma, Casatenovo, Cosenza e Cagliari.

I pazienti sono stati esaminati sotto il profilo clinico, della salute mentale e dello stato funzionale. In particolare sono state adottate le seguenti scale di valutazione: CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*), MMSE, GDS-15, BADL, IADL, e SF12. È stata applicata l'analisi delle Componenti Principali [3] al fine di esplorare le correlazioni tra le diverse scale di valutazione ed identificare le sottodimensioni e costruire un indice sintetico. Il metodo statistico delle Componenti Principali è stato utilizzato per la riduzione dei dati in quanto permette di identificare un numero relativamente piccolo di fattori che spiegano il modello di correlazione all'interno di un insieme delle variabili osservate. Nel caso specifico sono state prese in considerazione le componenti principali con autovalore > 1 (normalizzazione di Kaiser) ed è stata applicata la rotazione Varimax per l'ortogonalità. Successivamente le 2 Componenti Principali che spiegavano la maggior quantità di variabilità totale, sono state combinate e normalizzate per la costruzione dell'Indice Multidimensionale Geriatrico. L'MGI è stato validato confrontando i punteggi medi per sesso, classi di età e tipi di patologie (*know-group validity*) con l'Anova.

Risultati. Il campione di pazienti anziani utilizzato nelle analisi è stato di n = 5.977 (M = 2.862; F = 3.115; età media 79,5 ± 5,9 aa, *range* 70-103 aa), sono stati escluse le VMD di 900 pazienti perché i dati erano incompleti. L'analisi delle Componenti principali relative alle 6 scale di valutazione dello stato di salute del paziente dimesso dalle sedi ospedaliere INRCA (CIRS, MMSE, GDS-15, BADL, IADL e SF12) ha identificato 2 componenti con autovalore > 1 che spiegano il 58,2% della variabilità totale. La prima componente principale correla con IADL (*factor loading* = 0,860), ADL (*factor loading* = 0,838), MMSE (*factor loading* = 0,588), Physical Component SF12 (*factor loading* = 0,576) e CIRS (*factor loading* = 0,502). La seconda componente principale correla con Mental Component dell'SF12 (*factor loading* = 0,868) e la GDS-15 (*factor loading* = 0,846). Attraverso il calcolo di un algoritmo che considera il peso (*factor loading*) di ciascuna scala nei fattori, è stato costruito il punteggio normalizzato dell'Indice Multidimensionale Geriatrico compreso tra 0 e 100 in cui l'estremo superiore indica ottime performance di salute. Bassi livelli di MGI sono associati con età elevata (r = -0,31, p < 0,0001). L'Anova ha mostrato che l'MGI discrimina per età e sesso (F = 2,71, df = 4, p = 0,029) e che i pazienti affetti da patologie del sistema nervoso ((MGI = 43,5 ± 11,5), dell'apparato circolatorio (MGI = 49,7 ± 11,6) e quelli con patologie relative al sistema muscoloscheletrico (MGI = 48,4 ± 10,2) hanno punteggi più bassi di MGI rispetto agli altri pazienti (F = 19,8, df = 6, p < 0,001).

Conclusione. Dall'analisi possiamo concludere che l'Indice di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (MGI), costruito sulla base della VMD, permette di avere a disposizione una misura unica delle performance di salute del paziente anziano ospedalizzato che spiega una parte più che consistente della variabilità del fenomeno. Inoltre l'MGI è in grado di ben discriminare per sesso ed età e tipo di patologie e può essere uno strumento utile per identificare i pazienti a rischio di disabilità e riospedalizzazione. Ulteriori studi sono necessari per verificare l'esportabilità del modello.

Bibliografia

1. Ellis G, Langhorne P. *Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients*. Br Med Bull 2005;71:45-59.
2. Jones D, et al. *Evaluation of a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment in a population based study of elderly Canadians*. Aging Clin Rxp Res 2005;17:465-71.
3. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Boston: Ed Allyn & Bacon 2001.

La rete assistenziale per la fragilità in Puglia: l'esperienza delle RSA del consorzio "San Raffaele"

A. Spica, L.M. Addante, M. Fattori, A. Bertolini

Consorzio "San Raffaele", Modugno (BA)

Scopo. Negli ultimi decenni la struttura della popolazione ha subito importanti e significativi cambiamenti, tra questi spicca l'allungamento della vita media. Quindi si è assistito alla crescita rapidissima di una nuova categoria di pazienti, di età avanzata o molto avanzata, con comorbilità, polifarmacoterapia che ha portato all'aumento dell'incidenza e prevalenza delle malattie cronico-degenerative e della disabilità. Questo paziente, definito "anziano fragile" (*frail elderly*), per incapacità di reagire efficacemente ad eventi che turbano la loro precaria omeostasi, ha messo in crisi il modello assistenziale fondato sul duopolio ospedale-medico di medicina generale (MMG). Il termine fragilità viene utilizzato per indicare quella condizione in cui un paziente è esposto a rischio di eventi avversi come morbilità, perdita di autosufficienza ed exitus. Tra i vari elementi che concorrono alla fragilità Rockwood ritiene che l'aspetto fondamentale sia la cognizione del rischio dovuto ad instabilità. La fragilità rappresenta il precursore del deterioramento funzionale, che determina ospedalizzazioni ricorrenti, istituzionalizzazione e morte. La patogenesi della fragilità non è del tutto chiara, ma sicuramente vi concorrono quattro fattori maggiori: sarcopenia, aterosclerosi, decadimento cognitivo e malnutrizione. Altri fattori come la bassa scolarità, il disagio economico e sociale, concorrono a determinare la severità della fragilità. Tuttavia. la fragilità può essere condizionata anche da problematiche psico-affettive ed economico-sociali associate ad uno stato proinfiammatorio e ad alterazioni della coagulazione e del metabolismo.

Materiali e metodi. Il metodo di valutazione ed intervento delle RSA del Consorzio "San Raffaele", che rispecchia le indicazioni della SIGG, è caratterizzato dai seguenti elementi:

- valutazione multidimensionale (VDM), metodologia con la quale vengono identificati e spiegati i molteplici problemi del paziente anziano, valutate le sue limitazioni e le sue risorse, definite le sue necessità assistenziali ed elaborato un piano di assistenza individualizzato (PAI) commisurato a tali necessità;
- cura delle malattie croniche, attraverso la presa in carico del paziente per l'intera durata della sua esistenza, con particolare attenzione a garantirne la migliore qualità di vita;
- costante attenzione a disturbi cognitivi ed emozionali con significativo impatto su stato di salute complessivo e qualità di vita;
- interventi riabilitativi, diretti a prevenire o ridurre la disabilità e la conseguente dipendenza;
- lavoro in équipe multidisciplinare, data la molteplicità degli aspetti da considerare ai fini della definizione del PAI;
- continuità assistenziale in tutte le strutture e servizi garantendo una efficace integrazione socio-sanitaria.

Risultati. Il Consorzio "San Raffaele" gestisce, per conto della Regione Puglia, 12 strutture sanitarie destinate a RSA (Residenze Sanitarie Assistite) distribuite sull'intero territori per un totale di 622 posti letto dedicati ad una

fascia di popolazione debole e fragile. I dati di attività, espressi con i più comuni indicatori segnalano nel primo trimestre del 2008 un tasso di occupazione dei posti letto dell'90%, una degenza media di 4,34 m. Tale indice risulta non elevato anche in considerazione della cronica carenza di personale infermieristico. Nel corso del 2007 sono stati ricoverati 736 pazienti, contro i 601 del 2006, i 228 del 2005, tutti in regime di ricovero ordinario, con un età media di 79 anni. L'andamento dei ricoveri negli ultimi tre anni è statisticamente significativo con un coefficiente di correlazione positivo.

Conclusione. È specifico merito delle RSA del Consorzio "San Raffaele" aver dimostrato, attraverso un rigoroso processo scientifico-culturale, che l'anziano fragile, paziente ignorato dalla medicina tradizionale fino ad un recente passato, ha reali possibilità di recupero in una rete integrata di strutture e servizi, che vede nella RSA il fulcro. Numerose evidenze scientifiche, infatti hanno dimostrato la superiorità del modello assistenziale dell'RSA, rispetto a quello tradizionale, nella gestione del paziente anziano fragile in termini di riduzione delle ospedalizzazioni, delle istituzionalizzazioni, della disabilità e della mortalità. Le RSA del Consorzio "San Raffaele" assicurano una assistenza sanitaria adeguata alle esigenze dell'anziano affetto da comorbilità e disabilità. L'attenzione alla persona e non alla patologia rappresenta il punto di forza dell'organizzazione e si esprime attraverso interventi mirati e personalizzati.

Sarcopenia ed equilibrio redox nel paziente anziano fragile

G. Stramaglia[1], D. de Pinto[1], A.D. Romano[2], A. de Matthaeis[1], N. Marzulli[1], G. Guglielmi[3], G. Vendemiale[1 2]

[1] Medicina Generale, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG); [2] Centro per lo Studio delle Malattie Radicaliche e dell'Invecchiamento Cattedra di Geriatria, Università di Foggia; [3] Cattedra di Radiologia Università di Foggia

Scopo. Nonostante la sindrome clinica da fragilità rappresenti l'entità centrale nello studio della patologia geriatria, non esiste attualmente uno strumento diagnostico ed operativo universalmente accettato per l'individuazione di tale condizione. Un ruolo centrale nel determinismo di tale sindrome è attribuito alla sarcopenia, alla cui genesi concorrono numerosi fattori tra cui anche lo stress ossidativo. In letteratura esistono pochi dati sul ruolo delle alterazioni dell'equilibrio redox nel determinismo della fragilità nell'anziano; pertanto lo scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare se i livelli sierici di glutatione ossidato (GSSG) e ridotto (GSH) siano significativamente diversi in soggetti anziani con e senza fragilità fisica, in rapporto alle variazioni della composizione corporea che fisiologicamente si realizzano durante l'invecchiamento.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 38 pazienti (26 F e 11 M) con età media di 75 ± 2,3 anni, ricoverati presso l'U.O. di Medicina dell'IRCCS di S. Giovanni Rotondo, Foggia, tra il 01-03-08 ed il 31-05-08. I pazienti sono stati sottoposti ad un'accurata anamnesi, esame obiettivo ed alle seguenti valutazioni clinico-laboratoristiche e strumentali: 1) valutazioni antropometriche: peso, altezza, Body Mass Index (BMI) e circonferenza vita; 2) parametri ematochimici: emocromo, test di funzionalità epatica e renale, colesterolo totale, HDL, LDL, insulinemia, indice HOMA, VES, PCR; 3) determinazione dei livelli sierici di GSSG e GSH mediante misurazione spettrofotometrica; 4) valutazione della fragilità secondo i criteri di Fried [1]; 5) test di Valutazione Multidimensionale: *Mini Nutritional Assessment* (MNA), *Activities of Daily Living* (ADL), *Instrumental Activities of Daily Living* IADL; 6) Densitometria ossea *total body* (DEXA), per lo studio della composizione corporea. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti affetti da patologie in grado di modificare e/o alterare lo stato degli indici di flogosi e dell'equilibrio redox: insufficienza epatica e/o renale, processi flogistici in atto, malattie reumatologiche in fase di riattivazione e malattie neoplastiche.

Risultati. Abbiamo suddiviso il nostro campione in due gruppi in base alla presenza (n = 20) o assenza (n = 18) di fragilità. I due gruppi presentavano simile distribuzione di patologia e/o condizioni potenzialmente correlate ad alterazioni dell'equilibrio redox (dismetabolismo, BPCO, obesità centrale). Per ogni gruppo abbiamo effettuato una regressione lineare semplice in cui abbiamo utilizzato come variabile dipendente lo stress ossidativo espresso come rapporto GSSG/GSH e come variabile indipendente alcuni parametri antropometrici come la massa grassa addominale e la massa magra a livello della coscia valutati mediante DEXA. I risultati ottenuti mostrano che i pazienti fragili hanno una massa magra periferica (mmp), espressa in grammi, inferiore rispetto al gruppo controllo (media: 187,56 ± 31,94 *vs.* 369,74 ± 46,49 rispettivamente con p = 0,01). Inoltre all'interno del gruppo dei fragili abbiamo osservato che quelli che presentavano valori di mmp più bassa presentavano una maggior alterazione del rapporto GSSG/GSH (r = 0,81 e p < 0,01) (Fig. 1). Ciò non accadeva nel gruppo dei pazienti sani. Nessuno degli individui arruolati era disabile e tutti conservavano un soddisfacente stato di autonomia funzionale con valori medi di ADL = 4 e IADL = 6.

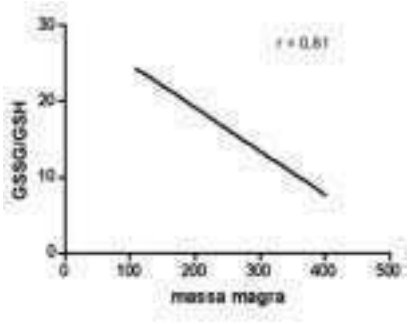


Fig. 1. Rrelazione esistente tra stress ossidativo e massa magra periferica, in grammi, in pazienti anziani fragili.

Conclusioni. Già da tempo Mecocci et al. [2], hanno sottolineato il ruolo dello stress ossidativo nella genesi della sarcopenia. Tuttavia la possibilità di poter quantificare nel sangue umano lo squilibrio esistente tra fattori ossidanti ed antiossidanti sotto forma di rapporto GSSG/GSH ed il fatto che tale rapporto sia alterato solo negli individui già francamente fragili ma ancora autonomi, suggerisce che lo stress ossidativo sia un marcatore precoce della condizione di fragilità e svolga un ruolo patogenetico di rilievo nel complesso processo che porta ad una lenta e progressiva distruzione della fibrocellula muscolare e che si manifesta clinicamente con astenia, alterazioni di forza, aumentato rischio di cadute e fratture, immobilità, disabilità, ospedalizzazione e morte.

Bibliografia

1 Fried LP, et al. *Frailty in older adults. Evidence for a phenotype*. J Gerontol 2001;56:M146-7.

2 Mecocci, et al. *Age-dependent increase in oxidative damage to DNA, lipids, and proteins in human skeletal muscle*. Free Radical Biol Med 1999;26:303-8.

Miglioramento degli indici di fragilità in anziani con sindrome metabolica e ipogonadismo tardivo trattati con testosterone

F. Strollo[1], P. Magni[2], M. Broccoli[1], I. Carucci[1], R. Angelici[1], G. Angelici[1], G. Strollo[3], M. Morè[1]

[1] INRCA-IRCCS, UOC Endocrinologia e Malattie del Ricambio, Roma; [2] Istituto di Endocrinologia, Università di Milano; [3] Ospedale "FBF S. Pietro", Servizio di Endocrinologia, Roma

Scopo della ricerca. L'ipogonadismo tardivo (LOH), una condizione clinica maschile simile alla menopausa, si concretizza in sintomi psichici – quali depressione e ipomnesia – e fisici – quali astenia (fisica e sessuale), osteoporosi e sarcopenia 1. Esso è particolarmente frequente nei soggetti con sindrome metabolica (SM) e ancora di più negli anziani, ma a tutt'oggi l'LOH è in gran parte sottovalutato da pazienti e medici curanti, che tendono a confondere il quadro clinico con il fisiologico declino funzionale legato all'età, anche se spesso la sintomatologia trae notevoli vantaggi dalla terapia sostitutiva 2. A tale proposito la Aging Male Symptoms' Rating Scale (AMSRS), validata in lingua italiana dal nostro gruppo 3, consente di quantifi-

care il miglioramento clinico in corso di terapia Scopo del presente lavoro è stato quello di verificare l'effetto del trattamento sostitutivo con testosterone (T) sulla fragilità di soggetti anziani ipogonadici.

Materiali e metodi. 326 uomini consecutivamente afferenti ai nostri ambulatori perché affetti da patologia metabolica sono stati sottoposti a screening per LOH con dosaggio plasmatico di T e questionario AMSRS. Fra questi è stato possibile identificare 29 soggetti di 65-75 anni con valori circolanti di T ≤ 7 nM, obesità addominale (circonferenza vita [W] ≥ 102 cm) e altri due segni tipici di SM secondo la classificazione ATPIII (glicemia a digiuno > 100 mg/dL, colesterolo HDL < 40 mg/dL, trigliceridemia > 150 mg/dL, ipertensione arteriosa) ed esenti da segni clinici (sintomatologia, esplorazione rettale ed ecografia pelvica) o dati anamnestici relativi a patologia prostatica. Previo consenso informato, 15 di essi hanno iniziato terapia sostitutiva con T undecanoato 80 mg/die per sei mesi (gruppo trattato o GT), mentre altri 14 hanno rifiutato la terapia; questi ultimi sono stati seguiti per sei mesi con le stesse modalità dei primi (gruppo di controllo o GC), qui di seguito specificate. All'inizio ed al termine dello studio, oltre alla W, al PSA, alla crasi ematica ed ai parametri metabolici circolanti, sono stati registrati i valori relativi ai seguenti test funzionali: handgrip (HG in kg), 6 min walking distance (6MWD in m), Geriatric Depression Scale short form (GDS-SF, v.n. ≤ 5) e AMSRS (v.n. ≤ 26). L'analisi statistica si è avvalsa del test dei ranghi di Wilcoxon all'interno del singolo gruppo e dell'analisi della varianza all'interno di o fra gruppi.

Risultati. Il GT ha conseguito un netto miglioramento degli indici funzionali: il punteggio della GDS-SF si è ridotto significativamente ed altrettanto è avvenuto per quello dell'AMSRS ($p < 0,001$) mentre sono aumentati sia la forza di presa (HG) sia la 6MWD ($p < 0,001$). Nei pazienti in trattamento non sono stati osservati né un aumento clinicamente significativo del PSA, né sintomi riferibili a patologia prostatica o valori di ematocrito patologici. Il GC non ha mostrato variazioni significative dei parametri esaminati e si è diversificato dal GT a 6 mesi ($p < 0,01$).

Conclusioni. La terapia con T ha ridotto il potenziale di fragilità dei soggetti ipogonadici di età anziana affetti da SM, migliorando il tono dell'umore, la cenestesi generale, la forza muscolare e la resistenza allo sforzo. Il numero di casi di LOH vero osservati è esiguo solo in apparenza perché: a) esso è in linea con i dati epidemiologici disponibili e b) le difficoltà incontrate nella selezione dei soggetti da trattare riflette le fluttuazioni nel tempo dell'atteggiamento dei medici di famiglia nei confronti del potenziale rischio di slatentizzazione del cancro della prostata (CaP) per opera del trattamento con T; oggi il timore in tal senso si è molto attenuato grazie al ripetersi di segnalazioni in letteratura relative al maggior rischio di CaP proprio nei casi di LOH non trattati per lungo tempo 2 4. I nostri risultati indicano che una terapia ben condotta, realizzata cioè sotto attento monitoraggio clinico, è in grado di migliorare la fragilità dell'anziano legata alla depressione ed alle cadute con frattura, rese inevitabili dalla sarcopenia. Il miglioramento consensuale del quadro metabolico legato al trattamento con T garantisce poi che alla riduzione dei fenomeni acuti di tipo meccanico si associ quella dei danni subdoli ed altrettanto invalidanti tipici del cosiddetto rischio cardiovascolare globale.

Bibliografia

1 Sato Y, Tanda H, Kato S, Onishi S, Nakajima H, Nanbu A, et al. *Prevalence of major depressive disorder in self-referred patients in a late onset hypogonadism clinic*. Int J Impot Res 2007;9:407-10.

2 Morgentaler A. *Testosterone replacement therapy and prostate cancer*. Urol Clin North Am 2007;34:555-63.

3 Valenti G, Gontero P, Saccò M, Fontana F, Strollo F, Castellucci A, et al. *Harmonized Italian version of the Aging Males' Symptoms scale*. Aging Male 2005;8:180-3.

4 Algarté-Génin M, Cussenot O, Costa P. *Prevention of prostate cancer by androgens: experimental paradox or clinical reality*. Eur Urol 2004;46:285-94.

Valutazione dei marcatori biologici (omocisteina ed allele di ApoE) nella risposta al protocollo di Cognitive Activation Therapy (CAT) in pazienti affetti da malattia di Alzheimer

E. Talassi, D. Gollin, A. Ferrari, A.M. Chiamenti, A. Peruzzi, C. Ruaro, U. Wierer, C. Basso, A. Codemo, S. Bertocco, N. Del Grosso Destreri, C. Gabelli

Centro Regionale per lo Studio e la Cura dell'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), Azienda Ospedaliera-Università di Padova

Scopo della ricerca. Il polimorfismo genetico di ApoE ed i livelli plasmatici di Omocisteina (Hcy) rappresentano fattori di rischio indipendenti per la Malattia di Alzheimer. Gli attuali schemi per il trattamento farmacologico di detta patologia hanno per il momento ottenuto risposte limitate sotto il profilo costo-beneficio, pertanto il nostro gruppo, dal 2001, ha implementato un protocollo di attivazione cognitiva da affiancare alla terapia farmacologia. Accanto alla valutazione di efficacia è stata attuata una raccolta di dati sulle possibili variabili che possono influenzare l'eventuale risposta al trattamento, con particolare attenzione ai 2 fattori di rischio principali: allele di ApoE e Hcy.

Materiali e metodi. Il trattamento è rivolto a piccoli gruppi di pazienti (3-5 persone) con AD in fase lieve-moderata (MMSE: 10-25) in terapia farmacologia stabilizzata. Viene eseguito in modalità intensiva (TI), a cadenza quotidiana, o diluita (TD), a cadenza bisettimanale, per un totale di 18 sedute di 4 ore ciascuna.

All'inizio e al termine di ogni ciclo viene eseguita una valutazione cognitiva (MMSE), funzionale (DAFS) e della percezione della qualità della vita (SF-12). Nel campione di soggetti esaminati è stata effettuata la ricerca dei *markers* biologici Apo E ed Omocisteina (Hcy).

Risultati. Al termine del primo ciclo di trattamento, sia il gruppo TI (n = 165) che il gruppo TD (n = 43) mostrano un aumento significativo ($p < 0,001$) dei punteggi al MMSE rispetto ai valori basali, con un incremento rispettivamente + 1,4 e + 1,6 punti. Alla DAFS si osserva un aumento percentuale significativo ($p < 0,001$) del punteggio rispettivamente di + 8,7% e + 8,5%. Alla SF-12 solo il gruppo TI giudica significativamente migliore ($p < 0,005$) il proprio stato di salute fisico (t0 = 46,5 ± 9,7, t1 = 48,4 ± 8,7), mentre entrambi i gruppi non percepiscono modificazioni del proprio stato di salute mentale. Il 40% di pazienti che hanno seguito il ciclo di TI, è portatore di ApoE4+, mentre lo è il 56% di pazienti che hanno seguito il ciclo TD. In entrambi i tipi di trattamento gli E4+ hanno un andamento cognitivo e funzionale sovrapponibile e statisticamente non significativamente diverso da quello degli E4- (Tab. I).

Tab. I. Σ: Differenza tra le medie alla *baseline* e alla fine del trattamento.

	TI (n = 162)		TD (n = 43)	
	ApoE4+ (n = 68)	ApoE4- (n = 94)	ApoE4+ (n = 24)	ApoE4- (n = 19)
Σ MMSE	+ 2	+ 1,1	+ 2,1	+ 0,8
Σ DAFS %	+ 7	+ 9,8	+ 7,2	+ 10,2
Σ SF12 fisico	+ 2,3	+ 1,8	+ 1	+ 0,3
Σ SF12 mentale	+ 3	+ 1	-0,7	-2,7

TI = Trattamento intensivo; TD = trattamento diluito.

Conclusioni. Il protocollo di Terapia di Attivazione Cognitiva somministrato a soggetti con AD lieve-moderata mostra effetti significativamente positivi sia per gli aspetti cognitivi che per l'autonomia funzionale del soggetto. L'ampiezza della risposta cognitiva osservata risulta essere simile o migliore a quanto ottenuto da farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi in studi controllati. Né i livelli di Hcy, né la presenza dell'allele ApoE4+ influenzano significativamente la risposta cognitiva e funzionale dei soggetti sottoposti al protocollo di Cognitive Activation Therapy anche se, in generale, i soggetti portatori di ApoE4+ mostrano una risposta superiore al MMSE.

Pseudodemenza, depressione e demenza

G. Taormina, C. Aglialoro, G. Belvedere, A. Di Prima, M. Ferlisi, A. Lo Bue, V. Picciolo, A. Giunta, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

La depressione e la demenza hanno un'elevata prevalenza nella popolazione geriatrica e sono causa di grave disabilità. Nel paziente anziano tali patologie possono coesistere (sino al 25% negli ultra 85enni) e manifestarsi con sintomi d'esordio sovrapponibili. Infatti, la depressione nel paziente anziano si può manifestare con un deterioramento cognitivo così come la demenza può presentarsi all'esordio con sintomi depressivi. Pertanto la loro diagnosi differenziale rappresenta una delle maggiori sfide della psicogeriatria. Nel tentativo di differenziare una depressione con compromissione cognitiva dai sintomi depressivi associati alla demenza sono state proposte diverse classificazioni, tra le quali quella di Feinberg [1]:

- pseudodemenza depressiva: la depressione si presenta come una demenza;
- pseudodepressione demenziale: la demenza si presenta all'esordio come una depressione;
- sindrome demenziale della depressione: la demenza è secondaria alla depressione;
- sindrome depressiva della demenza: la depressione è secondaria e sopravviene su una demenza.

Il termine pseudodemenza depressiva fu utilizzato per la prima volta da Kiloh nel 1961 per descrivere pazienti con disturbi depressivi associati ad un deficit cognitivo, del tutto reversibile ma con una frequente evoluzione in demenza. Successivamente Kral nel 1983 e Alexopoulos nel 1993 [1 2] dimostrarono come la depressione con deficit cognitivo possa rappresentare la fase prodromica della demenza, con *risk ratio* di sviluppare una demenza irreversibile di 4,69. Il significato clinico della pseudodemenza rimane tuttora incerto, tanto più se si considera che circa il 50% di questi pazienti svilupperà una demenza irreversibile nell'arco di cinque anni. Per differenziare la demenza dalla pseudodemenza depressiva sono stati proposti numerosi criteri clinici (Tab. I) e la *Yousef Pseudodementia Scale* [3]. Inoltre va effettuato un attento studio neuropsicologico del paziente per documentare la presenza del deterioramento cognitivo e per valutarne la reversibilità in seguito alla terapia con farmaci antidepressivi.

Tab. I. (da: Trabucchi, 1998).

Pseudodemenza	Demenza
Insorgenza improvvisa	Insorgenza insidiosa
Progressione rapida	Progressione lenta
Consapevolezza dei deficit	Paziente non consapevole
Disturbi della memoria	Confabulazioni
Enfasi della disabilità	Il paziente sminuisce la disabilità
Comportamento incongruo alla gravità del deficit	Comportamento congruo alla gravità del deficit
Risposte "globali" (per esempio "non so")	Spesso mancanza di risposte
Non variazioni notturne	Peggioramenti notturni
Umore depresso	Umore incongruo (per es. felice)
Frequenti sintomi vegetativi	Assenza di sintomi vegetativi
Precedenti psichiatrici	Precedenti psichiatrici infrequenti
Rischio di suicidio	Rischio di suicidio basso

Bibliografia

1 Kral VA. *The relationship between senile dementia (Alzheimer type) and depression*. Can J Psychiatry 1983;28:304-6.

2 Alexopoulus GS. *The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study*. Am J Geriatr Psichiatry 1993;150:1693-9.

3 Yousef G. *A preliminary report: a new scale to identify the pseudodementa syndrome*. Int J Geriat Psychiatry 1998;13:389-99.

Strategie di fronteggiamento dello stress dei caregivers di ospiti delle RSA del consorzio "San Raffaele"

I. Tarricone, L.M. Addante, A. Spica

Consorzio "San Raffaele", Modugno (BA)

Scopo. Il progetto che proponiamo nasce dalle richieste di aiuto, dei *caregivers* di ospiti coinvolti nella RSA Consorzio "San Raffaele" di Modugno, a sostegno dello stress sia fisico sia psicologico per l'assistenza, l'incertezza ed il senso di colpa verso l'ammalato. Prevediamo, durante gli incontri mensili con i parenti, di osservare una diminuzione dello stress in seguito allo scambio di informazioni, all'ascolto e al supporto emotivo nei momenti di stanchezza e depressione. Al contempo distribuiremo gli aggiornamenti delle valutazioni psicosociali, promuoveremo e sosterremo le responsabilità familiari attraverso la diffusione di indicazioni utili. Con questo progetto favoriremo, pertanto, lateralmente il benessere psicologico della famiglia mantenendo sempre la centralità dell'ospite che sarà, a sua volta, educato ad una maggiore autonomia. Questa sarà resa possibile attraverso la trasmissione di strategie di fronteggiamento dello stress durante i *gruppi di tipo auto-aiuto*. Riteniamo che con questa metodologia sia possibile acquisire le competenze necessarie al fronteggiamento dello stress e migliorare la solidarietà. Condividere le medesime difficoltà fa sentire meno soli e aiuta a capire che sentimenti e reazioni "folli" non sono affatto tali. Inoltre incontrare persone che hanno superato gli stessi problemi, o hanno trovato modi ottimali per affrontarli e gestirli può regalare speranza e ottimismo. Il clima è spontaneo ed informale, ed il fatto di dare aiuto, oltre che riceverlo, aiuta a liberarsi dal senso di impotenza e di sfiducia, accresce, inoltre, la propria autostima, aumenta il livello di competenza interpersonale, crea un equilibrio tra il dare e l'avere, consolida le strategie di cambiamento acquisite. È importante per chi è costretto ad essere aiutato, infatti, sperimentare l'interdipendenza reciproca, trarre fierezza e soddisfazione nel sostenere altre persone.

Materiale e metodi. Il metodo che si intende applicare per la conduzione dei gruppi di auto-aiuto prevede l'utilizzo di diverse tecniche di comunicazione. Il programma si svolgerà secondo un approccio informale, in cui saranno tutti coinvolti attraverso discussioni di gruppo che si costituiranno volontariamente per cercare di soddisfare un bisogno, superare un problema, ottenere un cambiamento in maniera reciproca. Il percorso sarà portato avanti da un esperto in psicologia (dott.ssa Ivana Tarricone), e dallo stesso gruppo di supporto. "*L'intento comune di tutti i gruppi di auto-aiuto è quello di trasformare coloro che domandano aiuto in persone in grado di fornirlo*" (Martini, Sequi, 1988) aumentando la padronanza ed il controllo sui problemi, in una parola, l'autoefficacia dei partecipanti. Nei gruppi di auto-aiuto le persone escono dal ruolo di consumatori, da una situazione di passività e diventano protagoniste, spesso dopo aver affrontato situazioni di grave disagio a cui i sistemi socio sanitari non sono riusciti a dare una risposta sufficientemente rassicurante e adeguata. Una delle funzioni dei gruppi di auto aiuto è proprio quella di "insegnare" ai membri strategie di fronteggiamento dello stress, per affrontarne nel miglior modo possibile le cause e le emozioni correlate. L'accento sulla parità dei membri rende tutti ugualmente responsabili dei risultati raggiunti e dei servizi forniti. Gli incontri con i familiari, invece, seguiranno la metodologia dei colloqui.

Risultato. Il monitoraggio si avvale di tre follow-up ogni 6 mesi (totale 18 mesi). Quello che prevediamo al primo follow-up è una partecipazione del familiare alla vita dell'ospite seppur prevediamo possa comportare una maggiore stanchezza. Successivamente, quando l'ospite avrà appreso le strategie per l'autonomia, il tono dell'umore del *caregivers* riteniamo possa notevolmente migliorare dal primo al terzo follow-up. Per gli ospiti, invece, attraverso la somministrazione di ADL e IADL monitoreremo l'aumento delle competenze.

Conclusione. In conclusione prevediamo un maggiore coinvolgimento dei parenti nella vita dell'ospite in RSA ed un aumento del livello di autostima dell'ospite per le competenze acquisite.

Criticità nella ricollocazione dei pazienti ex OP in RSA/RSD

S. Terrevazzi, F. Silvola, L. Pelucchi[1], V. Grassi[1], A. Ceretti[1]

RSD "Beato Papa Giovanni XXIII", ASL della provincia di Milano n° 1, Limbiate; [2] RSA "S. Pertini", ASL della provincia di Milano n° 1, Garbagnate M.se

Il superamento dell'Ospedale Psichiatrico (OP) è consistito in una profonda modificazione non solo per gli ospiti, ma anche per le organizzazioni che lo hanno permesso ed effettuato: una serie complessa di processi di lavoro, il coinvolgimento di diversi sistemi organizzativi ed operatori inseriti in differenti organigrammi, un processo globale di integrazione tra due macrosistemi come la ASL e la Azienda Ospedaliera (AO), un percorso verso una sempre maggiore appropriatezza nella selezione dei pazienti e delle funzioni erogate dalle strutture di ricezione.
Abbiamo analizzato la popolazione residente in RSA/RSD direttamente gestite dall'ASL, nell'ambito della riconversione dell'OP "Antonini" di Limbiate Mombello. Il campione è rappresentato da n. 41 ospiti, M = 14, F = 27, di età media 76 anni. Si è proceduto alla valutazione degli indici di fragilità secondo il sistema di classificazione S.OS.I.A., con il riscontro di importante prevalenza di deficit cognitivi, poiché il 68,1% appare compromesso circa la capacità di comunicare ed inadeguato nei comportamenti; oltre il 40% dei soggetti mostra disturbi psichiatrici, in forma di irrequietezza/irritabilità. Sul piano motorio i trasferimenti e la deambulazione sono difficoltosi nel 66% e nel 55,7% dei casi, rispettivamente, soprattutto in relazione ad una compromissione muscolo-scheletrica presente in quasi il 70% del campione; nel 66% dei soggetti vi è necessità di ausili. L'incontinenza urinaria con ricorso a presidi assorbenti interessa oltre il 64% degli ospiti; nelle ADL la funzione igiene personale e bagno/doccia richiedono supervisione o intervento assistenziale nel 79,8% dei casi. L'indice di severità e la comorbilità identificano una popolazione impegnativa sul piano della gravità clinica.
Il campione rappresentata l'esito di parte del processo di ricollocazione dei pazienti ex OP in ambito residenziale, gestito sulla base di fasi di collaborazione progressivamente più integrata tra ASL della Provincia di Milano n. 1 e l'AO-DSM "G. Salvini" di Garbagnate M.se. La prima fase si è concretizzata in spostamenti, dimissioni e ammissioni: l'uscita dei pazienti dall'OP era avvenuta dividendo la popolazione manicomiale in fasce (psichiatrici, psicogeriatrici, disabili), e convogliando un certo numero di pazienti verso strutture residenziali a connotato geriatrico o per disabilità psico-fisica. L'esigenza era quella di chiusura obbligatoria di una struttura complessa ed estesa come l'OP: ci si è trovati ***in primis*** a gestire situazioni disarticolate, inappropriate e ad alta numerosità, per eterogeneità delle persone, coesistenza di tipologie ed età diverse, con problemi, bisogni e diagnosi psichiatriche e mediche difformi. La ricerca di maggiore appropriatezza era a "compensazione interna", finalizzata soprattutto a definire i bisogni delle persone per un migliore ***matching*** nelle varie strutture, a saldo zero dei posti disponibili. Alcuni ospiti, seguendo i criteri delle fasi successive, sono stati comunque indirizzati in strutture esterne (strutture ASL, nella maggioranza dei casi RSA) rispondendo ai criteri di conformità dell'appropriatezza relativi (es.: età anagrafica). Per ovvie ragioni esistenziali, sanitarie e umane la fascia geriatrica della popolazione deve essere assistita, quando ne abbisogna, da servizi e strutture per l'età anziana: il 40% dei pazienti ospiti era in età geriatrica e per ragioni fisiche o di "spegnimento" psichico sembrava adatto maggiormente ad una residenzialità tipo casa di riposo Dai primi accordi solo verbali e nella prassi, non essendo ancora presenti sistemi operativi o protocolli che standardizzassero bisogni e procedure tra ASL (pagatrice dei ricoveri in RSA) e AO, si è passati a criteri stabili ed organizzati: verso RSA/RSD secondo ambiti dei criteri di conformità età anagrafica, grado di disabilità fisica, diagnosi. Per descrivere lo svolgimento dei processi riorganizzativi pare utile richiamare la divisione proposta da Donabedian: struttura-processi-esiti. Struttura: pazienti sopra i 65 anni, con precedenza a quelli con malattie fisiche severe o più anziani; pazienti sotto i 65 anni ma con disabilità dovuta a patologie non psichiatriche (epilessia, ritardo mentale, malattie fisiche gravi); Ufficio Medicina Specialistica dell'ASL (pagatore); Nucleo di Valutazione (ASL); RSA e RSD. Processo: censimento strutture RSA/RSD con valutazione dei criteri di ammissione e dell'assistenza erogata; lista pazienti; ordine di priorità; definizione del paziente da inviare, preparazione dell'interessato e dei familiari; scelta della struttura e contatti con la stessa; contatti con l'Ufficio ASL, invio richiesta di ricovero e relazione; invio alla struttura. Il processo è piuttosto agile, rapido, fluido e con buona personalizzazione (soddisfazione del paziente e dei familiari). Indi si è proceduto ad un'ulteriore definizione: compilazione scheda di richiesta di ricovero e invio all'Ufficio ASL; invio al Nucleo di Valutazione; valutazione del paziente documentale o con visita diretta; se buona disponibilità patrimoniale, trasferimento del paziente presso la struttura preferita (braccio della compartecipazione alla spesa); se non disponibilità patrimoniale: inserimento in lista d'attesa per struttura RSA/RSD a cura dell'Ufficio ASL; successivo inserimento in quella struttura (braccio della non compartecipazione alla spesa). Il processo è più lento, ma con precisazione delle responsabilità in capo all'ASL, anche se con maggiori difficoltà nella scelta della struttura e meno personalizzato (meno attenzione alla soddisfazione del paziente). Esiti: n° 41 pazienti trasferiti in RSA/RSD di scelta o non di scelta.

La privazione di siero, dopo la formazione del corpo embrioide, non influenza il differenziamento in cardiomiociti delle cellule staminali embrionali

G. Testa[1 2], S. Parisi[1], P. Abete[2], P. Sapone[1], M.F. Suozzi[1], F. Rengo[2], F. Passaro[1], T. Russo[1], L. Pastore[1]

[1] CEINGE, Biotecnologie avanzate, Napoli; [2] Dipartimento di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Cattedra di Geriatria, Università "Federico II" di Napoli

Scopo. Le cellule staminali embrionali (ESc) sono capaci di differenziarsi in tutti i tipi cellulari dell'organismo offrendo uno strumento molto potente per lo studio dell'organogenesi e rappresentando una fonte di specifiche popolazioni cellulari potenzialmente utilizzabili per scopi rigenerativi soprattutto in pazienti con malattie cronico-degenerative, tipiche dell'età avanzata. Numerosi protocolli sperimentali si sono dimostrati efficaci nell'indurre il differenziamento delle ESc murine in cardiomiociti prevedendo il mantenimento delle cellule in mezzi di coltura contenenti differenti concentrazioni di siero bovino fetale (FBS). Tuttavia, la presenza e/o l'esatto quantitativo di fattori di crescita nei sieri utilizzati non è noto e ciò costituisce un limite alla completa comprensione dei fenomeni che influenzano il processo di differenziamento delle ESc in cardiomiociti. Per ridurre le influenze derivanti dall'utilizzo di componenti sconosciuti presenti nei sieri sono stati messi a punto numerosi protocolli di differenziamento cardiaco con assenza di FBS nel mezzo di coltura (serum-free). Questi protocolli, sviluppati per consentire di verificare gli effetti di specifiche sostanze sul differenziamento, prevedono, comunque, la presenza o di FBS in minime quantità o di surrogati di siero (knockout serum replacements). Al fine di ottenere un modello di differenziamento cardiaco che non risentisse di interferenze non quantificabili, pertanto, abbiamo messo a punto un protocollo di differenziamento in assenza di FBS mediante la formazione dei corpi embrioidi (EBs).
Materiali e metodi. Per valutare il differenziamento in cardiomiociti, abbiamo generato un clone di cellule staminali embrionali murine, E14Tg2a, esprimente una proteina fluorescente verde (GFP) sotto il controllo di un promotore cardiospecifico, la catena 2v della miosina leggera (MLC2v-GFP E14). Le ESc sono state mantenute in coltura allo stato indifferenziato in assenza di feeder cells ed in un mezzo di coltura contenente il Leukemia Inibitory Factor (LIF) e FBS in una concentrazione del 10%. Per far differenziare le cellule in cardiomiociti tali cellule sono state piastrate secondo la tecnica delle Hanging drops in presenza di siero alla concentrazione del 15% per ottenere la formazione di EBs. A partire dal secondo giorno di differenziamento, gli EBs sono stati trasferiti in sospensione per tre giorni ed in adesione a partire dal 5° giorno, in assenza totale di siero. Gli EBs sono stati, quindi, analizzati quotidianamente in microscopia per la verifica della fluorescenza e della presenza di aree spontaneamente battenti. Per valutare ulteriormente l'avvenuto differenziamento in cardiomiociti, sono stati effettuati esperimenti di immunofluorescenza per valutare l'espressione delle catene alfa della miosina pesante (| -MHC), proteina strutturale dei cardiomiociti. Al 14° giorno di differenziamento, si è proceduto ad effettuare la valutazione funzionale

dell'avvenuto differenziamento in cardiomiociti mediante la costruzione di curve dose-risposta all'isoproterenolo, agonista beta-adrenergico.
Risultati. Le aree di cellule spontaneamente battenti erano visibili nell'89,9 ± 5,5% e nel 94,3 ± 3,3% dei corpi embrioidi al 7° ed al 10° giorno di differenziamento, rispettivamente. Le aree battenti risultavano positive sia per la GFP dal 10° giorno, raggiungendo il picco al 14° giorno del differenziamento, che all'immunofluorescenza per l'| -MHC a partire dall'8° giorno. Le curve dose-risposta all'isoproterenolo mostravano, infine, un incremento della frequenza da 144 ± 29 a 308 ± 88 bpm (+ 113,8 ± 49,2%, p = 0,02) con una EC50 di 42,5 nM.
Conclusione. Tali risultati dimostrano chiaramente che la privazione del siero non compromette la capacità delle cellule staminali embrionali di differenziarsi in cardiomiociti. Il presente metodo rappresenta un nuovo sistema di coltura per il differenziamento in cardiomiociti delle ESc che non risente di potenziali fattori confondenti, normalmente presenti nei mezzi di cultura.

Effetto età-dipendente del polimorfismo Arg72Pro di p53 sui livelli plasmatici di PAI-1

R. Testa[1], A.R. Bonfigli[1], S. Salvioli[2 3], L. Invidia[2], M. Pierini[2], C. Sirolla[4], M. Boemi[1], M. Marra[1], I. Testa[1], R. Recchioni[5], F. Marcheselli[5], F. Olivieri[6], F. Fazioli[6], C. Franceschi[2 3], F. Lattanzio[7]

[1] Unità di Diabetologia, INRCA-IRCCS, Ancona; [2] Dipartimento di Patologia Sperimentale, Università di Bologna; [3] C.I.G. Centro Interdipartimentale "L. Galvani", Università di Bologna; [4] Centro di Epidemiologia e Biostatistica, INRCA-IRCCS, Ancona; [6] Dipartimento di Patologia Molecolare e Terapie Innovative, Università Politecnica delle Marche, Ancona; [7] Direzione Scientifica INRCA

Scopo. L'inibitore dell'attivatore del plasminogeno di tipo 1 (PAI-1) è stato per lungo tempo conosciuto come un importante regolatore della fibrinolisi e della proteolisi cellulare. La sua sovraespressione nell'invecchiamento è stata correlata alla senescenza cellulare e si pensa sia anche coinvolta nella patogenesi delle malattie degenerative età correlate. Recentemente il PAI-1 è stato identificato come un bersaglio cruciale a valle della via metabolica della p53 nell'induzione della senescenza replicativa e vari studi in vitro hanno dimostrato che la p53 controlla la proliferazione growth factor-dipendente attraverso la sovra-regolazione del PAI-1. Il gene della p53 presenta un comune polimorfismo al codone 72 che porta alla sostituzione di una arginina (Arg) con una prolina (Pro). Tale sostituzione determina modificazioni della struttura e dell'attività della proteina che influenza la capacità di modulare sia l'apoptosi che la senescenza cellulare nelle cellule ottenute da soggetti anziani. Scopo di questo studio è stato quello di verificare se questi effetti possono essere attribuibili, almeno in parte, ad una differente regolazione dell'espressione del PAI-1 nell'invecchiamento.
Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto su un gruppo di soggetti sani (n = 570, 222 uomini e 348 donne) con un ampio range di età (da 18 a 92 anni) dopo ottenimento del consenso informato. Su tutti i soggetti sono stati determinati il PAI-1 antigene e i principali parametri di controllo glico- e lipo- metabolico. Tutti i soggetti sono stati inoltre tipizzati per il polimorfismo Arg72Pro di p53.
Risultati. Nell'intero campione è stata dimostrata una relazione significativa tra i livelli di PAI-1 e l'età (r = 0,12, p = 0,01). Dei 570 soggetti studiati 309 (54,2%) presentavano un genotipo Arg/Arg, 221 (38,8%) Arg/Pro e 40 (7%) Pro/Pro. Non è stata trovata nessuna differenza nei livelli di PAI-1 tra i tre differenti genotipi di p53, i quali a loro volta presentano effetti evidenti sui livelli di insulina a digiuno (p < 0,001) e di colesterolo HDL (p = 0,04). Stratificando i soggetti per genotipo, risulta che l'associazione tra i livelli di PAI-1 e l'età sono dovuti soprattutto ai soggetti con genotipo Pro/Pro (partial r = 0,74, p < 0,01).
Conclusione. Questa è la prima dimostrazione in vivo della presenza di una relazione tra il polimorfismo Arg72Pro della p53 e il PAI-1 e questi dati supportano l'ipotesi che l'effetto in vivo di tale polimorfismo è età dipendente. In particolare, i nostri risultati indicano che l'età gioca un ruolo fondamentale nel determinare i livelli di PAI-1 nei soggetti Pro/Pro diversamente dai soggetti portatori dell'allele Arg nei quali i livelli di PAI-1 sono invece correlati ai ben noti determinanti legati all'insulina.

L'attivazione endoteliale e piastrinica è associata a ridotte performance cognitive nel paziente iperteso anziano

C. Tiberi, S. Gioia, I. Di Zio, G. Mauti[1], C. Marini, R. Bocale, L. Chichiarelli, M.C. Lechiara[1], R. Scipioni, S. Necozione, C. Ferri, G. Desideri

Università dell'Aquila, Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, L'Aquila; [1] Ospedali Riuniti della Marsica, ASL Avezzano-Sulmona, L'Aquila

Scopo. Il paziente iperteso presenta una maggiore suscettibilità rispetto al normoteso a sviluppare nel corso degli anni un variabile grado di compromissione delle funzioni cognitive, talora fino alla demenza conclamata [1]. Ciò è verosimilmente da ricondurre alla capacità dell'ipertensione arteriosa di indurre alterazioni macro- e microvascolari a livello cerebrale tali da indurre una sofferenza neuronale su base ischemica e/o, secondo alcune recenti evidenze, neurodegenerativa [1]. A tale riguardo, è noto che l'attivazione endoteliale rappresenta uno step assai precoce nella genesi del danno vascolare indotto dai diversi fattori di rischio [2]. Partendo da queste evidenze scientifiche abbiamo pensato di investigare la relazione tra grado di attivazione endoteliale e piastrinica e performance cognitive nel paziente iperteso anziano.
Materiali e metodi. Sono stati studiati 60 pazienti ipertesi anziani (età 73,2 ± 4,7 anni), mai trattati e senza fattori di rischio addizionali o evidenza clinica di malattia cerebrovascolare o di demenza conclamata. Le funzioni cognitive sono state esplorate mediante *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Trail Making Test* (TMT) A e TMTB. I risultati dei test psicometrici sono stati trasformati logaritmicamente ed utilizzati per il calcolo di uno score cognitivo composito mediante trasformazione z. Utilizzando la mediana di questo score come discriminante abbiamo, quindi, identificato un gruppo di soggetti con performance cognitive migliore (Gruppo A) rispetto all'altro (Gruppo B). In tutti i partecipanti sono stati determinati i livelli circolanti della frazione solubile di ICAM-1 ed E-selectina quali indici di attivazione endoteliale e di CD40 ligando e P-selectina quali indici di attivazione piastrinica.
Risultati. I pazienti con performance cognitive peggiori (Gruppo B) presentavano più elevati livelli circolanti della frazione solubile di ICAM-1 (257 ± 63 *vs.* 209 ± 43, p = 0,001), VCAM-1 (583 ± 109 *vs.* 490 ± 70, p = 0,0002), CD40 ligando (5,2 ± 1,3 *vs.* 3,7 ± 0,8, p < 0,0001) e P-selectina (72,4 ± 15,5 *vs.* 62,9 ± 10,5, p = 0,008). Considerando la popolazione di pazienti ipertesi anziani nella sua globalità abbiamo osservato una correlazione diretta tra riduzione delle performance cognitive e livelli circolanti della frazione solubile di ICAM-1 (r = 0,436,p = 0,0005) e di CD40 ligando (r = 0,529, p < 0,0001).
Conclusione. I risultati del nostro studio dimostrano l'esistenza di una relazione tra grado di attivazione endoteliale e piastrinica e compromissione delle performance cognitive nei pazienti ipertesi anziano. Considerando il ruolo critico delle alterazioni vascolari nella genesi del danno cerebrale, ischemico e/o neurodegenerativo, i risultati nel nostro studio possono contribuire a spiegare l'aumentata suscettibilità dei pazienti ipertesi a sviluppare deterioramento cognitivo e demenza.

Bibliografia

1 Staessen JA, Richart T, Birkenhäger WH. *Less atherosclerosis and lower blood pressure for a meaningful life perspective with more brain*. Hypertension 2007;49:389-400.
2 Desideri G, Ferri C. *Endothelial activation: sliding door to atherosclerosis*. Curr Pharm Des 2005;11:2163-75.

Prevalenza di sindrome con bassa T3 in una casistica non selezionata di pazienti ultra 65-enni ospedalizzati: ruolo prognostico

S. Tognini, A. Dardano, F. Marchini, F. Pentimone, M. Castiglioni, F. Monzani

Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

Scopo. Un'alterazione del profilo ormonale tiroideo, caratterizzata da bassi livelli sierici circolanti di T3 libera (FT3) ed incremento di reverse-T3 (rT3), è spesso presente nei pazienti affetti da gravi malattie sistemiche (NTIS). In casistiche non selezionate di pazienti ospedalizzati, la prevalenza della NTIS varia dall'11% al 18%, salendo fino al 60-70% tra i pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva. La patogenesi della NTIS è multifattoriale ed un ruolo cruciale sembra essere svolto dalle citochine pro-infiammatorie e da altri mediatori di fase acuta. Alcuni studi suggeriscono che la NTIS si associ ad una prognosi sfavorevole sia *quoad valetudinem* (prolungamento dei tempi di degenza) che *quoad vitam*. Scopo del nostro studio è stato quello di: a) valutare la prevalenza della NTIS in una casistica non selezionata di pazienti ultra 65-enni ricoverati in un reparto di Medicina Interna; b) indagare il possibile ruolo patogenetico dell'infiammazione; c) verificare il ruolo della NTIS come fattore prognostico predittivo *quoad vitam*.
Materiali e metodi. Abbiamo studiato 500 pazienti [242 (49%) donne; età media 76 ± 12 anni] ricoverati consecutivamente nella U.O. Medicina Generale IV, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. In tutti i pazienti, è stato effettuato un prelievo venoso al mattino, a digiuno, per la determinazione di: ormoni tiroidei liberi (FT3, FT4), TSH, proteina C reattiva (PCR), VES e fibrinogeno. In un sottogruppo di 33 pazienti, sono stati misurati anche i livelli sierici di rT3.
Risultati. Dall'analisi finale sono stati esclusi 150 pazienti perché affetti da disfunzione tiroidea sia subclinica che conclamata, o perché in terapia con farmaci capaci di interferire con la funzione tiroidea. Dei rimanenti 350 pazienti, 104 (29,7%) presentavano un profilo tiroideo compatibile con il quadro di NTIS (FT3 < 1,7 pg/ml, TSH nella norma). Le patologie sottostanti più frequentemente osservate in questi pazienti erano: scompenso cardiaco (27 pazienti, di cui 81% in classe NYHA IV), insufficienza renale (22 pazienti: 67% con insufficienza renale acuta, 46% cronica) e neoplasie (38 pazienti: 76% con metastasi). Il 70% dei pazienti, nei quali è stato effettuato il dosaggio, presentava valori di rT3 significativamente elevati (mediana 506 pg/ml, *range* 360-1476). I livelli sierici di FT3 sono risultati inversamente correlati sia con i valori di PCR ($p < 0,0001$) che con quelli di VES ($p < 0,0001$) e direttamente correlati con l'età ($p < 0,0001$). La mortalità totale è risultata significativamente più elevata tra i pazienti con NTIS (73% *vs.* 27%, $p < 0,0001$). Nel modello di regressione logistica multipla, il livello di FT3 è risultato il più importante fattore predittivo di mortalità (*odds ratio*: 4,3; 95% intervallo di confidenza: 2,0-9,9).
Conclusioni. Il nostro studio documenta un'elevata prevalenza di NTIS nei pazienti ospedalizzati ultra 65-enni, direttamente correlata con l'incremento dell'età e superiore a quella descritta in casistiche generali. L'attivazione delle citochine pro-infiammatorie si conferma un importante meccanismo patogenetico della NTIS. Bassi livelli circolanti di FT3 si associano ad un'elevata mortalità intraospedaliera, risultando il fattore predittivo più sensibile di mortalità in questi pazienti. Una precisa conoscenza di questa sindrome è indispensabile per evitare erronee interpretazioni diagnostiche. Resta da stabilire la possibile efficacia della terapia sostitutiva con T3 nel migliorare la prognosi *quoad vitam* di questi pazienti.

Outcomes funzionali ad un anno in una popolazione di pazienti ricoverati in un reparto di riabilitazione dopo frattura di femore

T. Torpilliesi, S. Morghen, F. Guerini, E. Lucchi, S. Manuele[1], M. Marazzi, A. Marrè, S. Speciale, V. Tirelli, R. Turco, G. Bellelli, M. Trabucchi[2]

Dipartimento di Riabilitazione "Ancelle della Carità" Cremona, [1] Università di Catania, [2] Università "Tor Vergata", Roma e Gruppo di Ricerca Geriatrica

Scopo. Scopo del lavoro è valutare le caratteristiche di una popolazione di pazienti anziani ricoverati in un reparto riabilitativo dopo frattura di femore, in relazione allo stato funzionale rilevato ad 1 anno dalla dimissione.
Materiali e metodi. Sono stati inclusi tutti i soggetti con età > 65 afferiti all'UO di Riabilitazione Specialistica e Generale Geriatrica della Casa di Cura "Ancelle della Carità" nel periodo tra il 1 giugno 2003 e 31 dicembre 2007 per frattura di femore. Tutti i pazienti sono stati sottoposti all'ammissione a valutazione geriatrica multidimensionale, comprendente variabili demografiche (età, sesso), cliniche (Charlson Index), nutrizionali (Body Mass Index BMI e albumina sierica), funzionali (Barthel Index), affettive (GDS) e cognitive (MMSE). Inoltre, sono state valutate la presenza di delirium all'ingresso o durante la degenza utilizzando la Confusion Assessment Method (CAM)1, e di demenza secondo i criteri del DSM-III, con riferimento allo stato pre-frattura. Ad 1 anno dalla dimissione, il follow-up telefonico ha analizzato lo stato funzionale utilizzando 3 items del Barthel Index (trasferimento, deambulazione, autonomia nel salire e scendere le scale).
Risultati. Dei 317 pazienti ricoverati nel periodo di studio, al follow-up 57 risultarono deceduti o istituzionalizzati, 93 funzionalmente peggiorati (gruppo a) e 165 migliorati o stabili (gruppo b). La tabella mostra che i pazienti appartenenti al gruppo a) erano mediamente più vecchi, più compromessi sotto il profilo cognitivo (MMSE, diagnosi di demenza) e funzionale (stato prefrattura- ammissione – dimissione), andavano incontro più frequentemente a delirium durante la degenza ed erano più depressi. Inoltre, i pazienti del gruppo a) venivano dimessi al domicilio in una minor percentuale dei casi. I due gruppi non presentavano differenze significative per quanto riguardava la comorbilità lo stato nutrizionale e la durata della degenza.
Conclusioni. I nostri dati dimostrano che una quota rilevante (52.4%) di pazienti anziani sottoposti a trattamento riabilitativo dopo frattura di femore migliora o mantiene lo stato funzionale raggiunto alla dimissione a distanza di un anno. I pazienti che invece vanno incontro a peggioramento sono quelli più disabili e dementi, e mediamente più fragili.

Tab. I. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti con frattura di femore che migliorano o peggiorano funzionalmente a distanza di un anno.

	Peggiorati n = 93	Migliorati o stabili n =1 65	p
Età	83,8 ± 6,6	81,1 ± 7,1	,003
Sesso femminile (%)	79 (83,9)	143 (86,1)	,380
Charlson Index	1,7 ± 1,5	1,5 ± 1,5	,355
Body Mass Index (BMI)	22,9 ± 3,9	23,1 ± 4,7	,739
Albumina	2,7 ± 0,4	2,7 ± 0,3	,980
MMSE (0-30)	18,6 ± 7,0	22,0 ± 6,3	,000
Demenza, n (%)	54 (57,4)	59 (35,5)	,000
Delirium durante la degenza, n (%)	43 (45,7)	56 (33,7)	,038
GDS (15 items)	6,9 ± 3,6	4,8 ± 3,4	,000
Barthel Index Pre-morboso	80,5 ± 20,1	87,1 ± 18,2	,008
Barthel Index Ammissione	28,4 ± 16,5	32,5 ± 16,3	,053
Barthel Index Dimissione	63,5 ± 25,9	70,3 ± 24,0	,034
Durata della degenza	28,6 ± 8,1	27,3 ± 8,4	,242
Rientro al domicilio alla dimissione (%)	75 (79,6)	146 (88,5)	,041

Bibliografia

[1] SK Inouye, CH Van Dyck, CA Alessi, S Balkin, AP Siegal, RI Horwitz. C*larifying confusion: The Confusion Assessment Method*. Annals of Internal Medicine 1990; 113:941-8.

La continuità assistenziale per l'anziano fragile in Puglia

F. Torres, I. Pavese[1]

Dirigente medico geriatra, Ospedale di Conversano (BA); [1] Specialista geriatra territoriale, ASL Bari

L'anziano fragile è il "vero" paziente geriatrico: è caratterizzato dalla presenza di più malattie croniche (comorbilità), che si embricano spesso con problemi psico-cognitivi; è in una condizione di alto rischio di sviluppare disabilità, se non ne è già portatore, con conseguente compromissione della propria autonomia funzionale; si trova spesso in condizioni di disagio socio-ambientale: per definizione è un paziente inguaribile, almeno secondo i canoni della medicina tradizionale. L'obiettivo diventa allora il "prendersi cura", attraverso un approccio globale, per migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di disabilità o di progressione della stessa verso i gradi più avanzati. È evidente che questo obiettivo difficilmente possa essere raggiunto utilizzando un singolo *setting* assistenziale, sia esso ospedaliero che territoriale: in tal caso il rischio è che l'anziano fragile, oltre ad essere inguaribile, possa diventare anche incurabile.

Sulla base di positive esperienze compiute in altri Paesi, è possibile affermare che la risposta più appropriata alle problematiche assistenziali legate alla cronicità, disabilità e fragilità sia rappresentata dalla realizzazione di un "sistema" in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci a bisogni complessi, che sono nel contempo sanitari e sociali, nonché molteplici e mutevoli nel tempo. Il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani" (POA, Progetto Obiettivo Anziani), promosso dal Ministero della Sanità nel 1992 ed inserito nei successivi Piani Sanitari Nazionali, individua nel "modello a rete" dei servizi socio-sanitari – ovvero in un circuito assistenziale che accompagna l'evolversi dei bisogni dell'anziano e della sua famiglia fornendo di volta in volta interventi diversificati, ma in continuità tra di loro – il presupposto fondamentale per garantire un'assistenza continua, globale e flessibile, unitamente all'integrazione sociale e sanitaria.

Per quanto riguarda la realtà della Puglia, il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 (in via di riprogrammazione proprio in questi giorni attraverso il Piano Regionale della Salute 2006-2008) ha ribadito quale obiettivo prioritario quello di "rafforzare la tutela della salute ai soggetti deboli" e quindi anche degli anziani fragili e non autosufficienti, prevedendo persino una forte articolazione del "sistema delle cure intermedie": domiciliari, residenziali, semiresidenziali, riabilitative; post-acuzie ospedaliere. Permangono tuttavia degli elementi di criticità: innanzitutto nella pratica operativa, quanto non programmatoria, dei diversi servizi socio-sanitari il confine tra le attività di Lungodegenza e Riabilitazione ospedaliere, destinate alla post-acuzie, e le prestazioni residenziali, destinate alla cronicità, viene costantemente disconosciuto; così come non viene ancora chiarita, a livello normativo, la differenza tra le funzioni prestazionali delle diverse tipologie di strutture residenziali (RSA, RSSA, centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78). Ne consegue che tali servizi vengono spesso utilizzati in maniera del tutto casuale, a dispetto dell'obiettivo di differenziare l'offerta in base al diverso bisogno espresso dai pazienti e quindi di garantire l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle suddette prestazioni socio-sanitarie.

Ma oltre al loro perfettibile utilizzo, questi Servizi presentano un altro enorme punto critico: l'integrazione intesa come "comunicazione". La razionalizzazione delle risorse ed il rafforzamento dell'intero sistema non possono prescindere dalle sinergie derivanti dalla "messa in rete" degli stessi, attraverso lo sviluppo di strategie efficaci di integrazione tra ospedale e territorio e tra servizi sociali e sanitari, servizi che in molte Regioni viaggiano ancora su binari paralleli. Questo perché per gli anziani fragili, piuttosto che interventi specifici e settoriali, è indispensabile che siano previsti dei "percorsi di cura" che garantiscano l'effettiva "presa in carico globale"; ed è evidente che ciò sia realizzabile attraverso l'attivazione ed il reale funzionamento di tutta la rete dei servizi socio-sanitari, con particolare attenzione all'efficienza non solo di ciascun *setting* assistenziale, ma anche delle "cerniere" di collegamento.

Gli strumenti identificati per dare sostanza al percorso di integrazione socio-sanitaria, definiti nella L.R. 19/2006 e nel successivo Regolamento Attuativo n. 4/2007, comprendono la Porta Unica di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Alla PUA viene affidato il compito di accogliere e decodificare il bisogno e di attivare l'UVM in caso di individuazione di bisogni che richiedano l'integrazione socio-sanitaria. L'UVM è costituita da una équipe multiprofessionale in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale (nello specifico la SVAMA, Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano) e con funzione di filtro per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata (sostituisce di fatto l'UVG).

A tal proposito è utile sottolineare che la programmazione e la realizzazione dei percorsi di cura richiedono un approccio di tipo multiprofessionale ed interdisciplinare, ma sempre nell'ottica della valorizzazione delle competenze specialistiche. Competenze che devono essere in grado di non disgiungere la fase della valutazione dalla fase della cura: la scelta del *setting* assistenziale è di per sé una scelta terapeutica, per cui individuare il *setting* più appropriato a quel paziente, in quel determinato momento, equivale ad un successo terapeutico, con enormi vantaggi anche in termini di rapporto costo/beneficio ("economia etica"). Senza dimenticare il grande sogno professionale ed esistenziale della umanizzazione dei servizi, cioè di dare proporzioni di umanità alla nostra pratica clinica ed all'organizzazione sanitaria.

Il Geriatric Minimum Data Set per i trial clinici (GMDS)

M. Tosato, S. Aquila, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università "Cattolica del Sacro Cuore", Roma

Scopo. Malgrado il marcato e continuo incremento del numero degli anziani, ed in particolare dei "grandi vecchi" (di età superiore agli 80 anni), vi sono scarsi dati provenienti dall'*Evidence Based Medicine* relativi a questa classe di età. Basti pensare come la fragilità, il declino funzionale e cognitivo, la polifarmacoterapia, la comorbidità, caratteristiche così comuni nei pazienti anziani con cui ci confrontiamo quotidianamente, rappresentano spesso un criterio di esclusione dai grandi trial [1]. Le Quintrec, infatti, ha evidenziato come tra il 1992 ed il 2002 i trial randomizzati controllati condotti sugli anziani erano stati solamente 84 [2]. Altre analisi hanno permesso di evidenziare come l'età ha rappresentato un criterio di esclusione nel 72% dei trial pubblicati tra il 1994 ed il 2006, e come il 38% dei trial aveva escluso soggetti di età superiore a 65 anni [3]. Così, alla luce dei cambiamenti demografici, esperti di 33 centri accademici europei si sono riuniti per creare GerontoNet, un network di ricerca per la stesura di un database completo di trial condotti sull'anziano. Il nostro obiettivo principale è stato quello di fornire una standardizzazione della nomenclatura, degli strumenti di valutazione e dei criteri diagnostici, mediante lo sviluppo di un *Geriatric Minimum Data Set* (GMDS).

Materiali e metodi. Il comitato organizzatore aveva selezionato prima del meeting 79 parametri (funzionali, cognitivi, nutrizionali, sociali) che dovevano essere discussi dagli investigatori provenienti dai 33 centri di ricerca in Europa (selezionati su criteri precedentemente definiti), per essere inclusi nella GMDS.

Risultati. Dei 79 parametri iniziali, 49 sono stati trovati appropriati per la GMDS. Dopo un'ulteriore valutazione, gli *item* sono stati ulteriormente ridotti a 25, e questo è stato proposto come il set minimo di informazioni che deve essere incluso in ogni futuro studio che arruoli anziani. Il GMDS copre 7 domini: informazioni generali inclusi dati sulle diagnosi cliniche, sui farmaci assunti (5 *items*), performance fisica (5 *items*), stato cognitivo ed emozionale (4 *items*), profilo di rischio cardiovascolare (3 *items*), stato nutrizionale (3 *items*), parametri biochimici (1 set ed 1 *item*), e stato sociale (3 *items*).

Conclusione. Il GMDS proposto fornisce un'importante strumento in grado di semplificare la ricerca sugli anziani. In futuro l'utilizzo di questo strumento permetterà di comparare dati, sviluppare metanalisi e disegnare i trial clinici sui reali bisogni e sugli *outcome* più significativi per gli anziani.

Bibliografia

[1] McMurdo, et al. *Including older people in clinical research*. BMJ 2005;331:1036-7.

[2] Le Quintrec, et al. *Randomized controlled drug trials on very elderly subjects: descriptive and methodological analysis of trials published between 1990 and 2002 and comparison with trials on adults*. J Gerontol Med Sci 2005;3:340-4.

[3] van Spall, et al. *Elegibility criteria of randomized controlled trials published in high impact general medical journals*. JAMA 2007;297:1233-40.

Benefici per il paziente e ruolo del caregiver: la gestione integrata tra centro esperto/territorio nel distretto di Pavullo

A. Toschi, S. Moscardini, G. Paxia, G. Bergamini, M. Marti[1], M. Dotti[2], L. Aldrovandi[2], V. Damen[2], M.P. Biondi, P. Negri, A. Spanò

Centro Esperto per i Disturbi Cognitivi Distretto di Pavullo; [1] Ufficio di Piano Distretto di Pavullo; [2] Sistema Qualità AUSL di Modena

Scopo. Considerata la diffusione della malattia dementigena e la consapevolezza che soprattutto sui familiari ricade il rilevante compiti di "*care*" è stato ritenuto opportuno indagare attraverso strumenti propri della qualità percepita le aree di criticità e di miglioramento del percorso offerto dal Centro Esperto per i Disturbi Cognitivi del Distretto di Pavullo. In particolare si è valutata la corrispondenza tra i bisogni dei Familiari dei pazienti che frequentano il Centro Esperto e le risposte fornite dallo stesso e dalla rete dei servizi territoriali.

Materiali e metodi. L'individuazione di *focus groups* multidisciplinari ha permesso, dopo un'analisi del contesto e della bibliografia esistente, di realizzare lo strumento più adeguato per l'indagine (questionario). In seguito tenuto conto dei criteri di campionamento il questionario è stato inviato per posta ai Familiari che avevano avuto contatti con il Centro Esperto nell'ultimo anno. Il questionario indaga i seguenti domini: accesso, tempi di attesa, informazioni, chiarezza dei professionisti, competenza, disponibilità, rispetto della dignità del paziente, assistenza del paziente, informazioni sugli aiuti territoriali, supporti familiari e sociali dei *caregiver*, suggerimenti.

Risultati. L'indagine sulla qualità percepita dei *caregivers* realizzata attraverso questionario postale inviato a 154 familiari di pazienti, con "diagnosi pura di demenza", ha evidenziato che: il target del familiare medio è rappresentato da una donna di 58 anni, coniugata, diplomata, occupata o pensionata, figlia del paziente; il paziente, che ha in media 77 anni, viene inviato al Centro prevalentemente dai Medici di Medicina Generale, il tempo trascorso tra la manifestazione dei primi sintomi e la prima visita al Centro varia dai 2 ai 6 mesi. Il 21% circa delle famiglie ha dovuto assumere un'assistente familiare, il 10,8% ha accolto il malato a casa propria, l'8% dei *caregivers* ha lasciato il lavoro ed, infine, il 7,2% non riesce a seguire la crescita dei figli.

La maggior parte degli intervistati considera utili i servizi a disposizione e a supporto delle famiglie, poiché alleviano il loro impegno. Metà dei *caregivers* fruisce dell'assegno di cura e/o di accompagnamento.

Conclusioni. L'analisi dei risultati dell'indagine realizzata ha permesso di perfezionare gli interventi, sia esistenti che in fase di realizzazione, con uno sviluppo significativo dell'area del "sollievo".

Inoltre si è cercato, con accorgimenti organizzativi (miglioramento comunicazione MMG-Specialista) di liberare risorse umane per ottimizzare l'accesso al servizio di 2° livello.

Bibliografia

Delibera Giunta Regionale Emilia - Romagna n. 2581/99.

Deliberazione n. 39 del 20/03/2007 Oggetto: approvazione dell'accordo aziendale tra AUSL di Modena e Medici di Medicina Generale, Protocollo per la presa in carico di persone con alterazioni cognitive e delle loro famiglie da parte degli MMG e dei Centri di valutazione dei disturbi cognitivi.

Spanò A, et al. *A model of integrated Community care of demented people: the role of Primary Care Physician Atti del Europ. and Mediterranean Regional Meeting of I.P.A*. Roma: 2002, p. 25.

Smith Henderson C. *Visione parziale. Un diario dell'Alzheimer*. Federazione Alzheimer Italia, 1998.

Sistemi di valutazione multidimensionale: AGED e RUG

C. Traverso, S. Musante, A. Migone

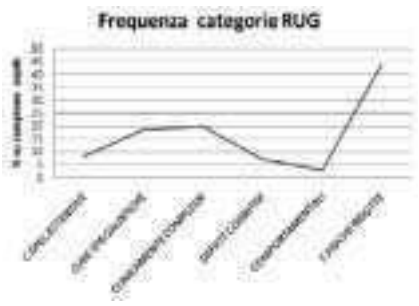
ASP. "E. Brignole", Genova

Scopo della ricerca. Il sistema di accesso ai servizi residenziali in Italia appare molto eterogeneo e l'assenza di strumenti omogenei di valutazione e di verifica della qualità non permette una del tutto corretta allocazione delle risorse. Nel nostro paese infatti, i pazienti vengono assegnati alle diverse strutture accreditate sul territorio nazionale tramite una valutazione multidimensionale spesso diversa da regione a regione. Il nostro lavoro analizza due diversi sistemi di valutazione nell'ottica di individuare un criterio omogeneo di accesso ai servizi.

Materiali e metodi. In Liguria la metodica per l'assegnazione di risorse e per la misurazione dell'autosufficienza è rappresentata dal 1987 dalla scheda AGED (*Assessment of Geriatric Disability*) [1] integrata poi nel 2006 dalla scheda AGED PLUS. Tale sistema di valutazione derivato dal "Geronte" francese permette una veloce valutazione dell'autonomia del paziente e del carico assistenziale medio infermieristico. Per ogni funzione parzialmente o totalmente compromessa vengono assegnati dei punteggi che corrispondono all'impegno assistenziale medio di lavoro infermieristico/tutelare necessario in caso di ricovero in struttura: ogni punto corrisponde a 5 minuti medi giornalieri di nursing. All'interno dell'Azienda Servizi alla Persona "E. Brignole" di Genova tale sistema di valutazione è stato affiancato da uno strumento di analisi del *case-mix* assistenziale sviluppato negli Stati Uniti a partire dalla fine degli anni '80: il Sistema RUG III [2]. Tale sistema costruito sulla base del *Minimum Data Set* indaga le principali aree problematiche del paziente inserendolo in un gruppo di appartenenza ed è disponibile in due versioni, a 34 gruppi o a 44 gruppi, suddivisi a loro volta in 7 raggruppamenti principali [3].

Risultati. Ad oggi sono stati valutati circa 650 pazienti che usufruiscono dei servizi dell'A.S.P. suddivisi in residenziali e semiresidenziali. Le diverse strutture facenti parte dell'Azienda infatti possono accogliere diverse tipologie di utenti in residenzialiatà NAP (non autosufficienti parziali), NAT (non autosufficienti totali), Alzheimer, post-acuti (ricoveri temporanei per riabilitazione) e semiresidenzialità come i centri diurni di 1° e 2° livello.

Conclusioni. L'AGED, strumento di veloce somministrazione, utilizzato tutt'oggi a livello regionale appare deficitario nella valutazione approfondita del paziente e in quella degli *outcome*. Grazie all'utilizzo del sistema RUG-III invece è possibile eseguire una valutazione multidimensionale di grande precisione poiché in grado di attribuire un peso assistenziale (*case-mix*) corrispondente ai reali bisogni dell'utente per una corretta allocazione delle risorse [4]. Pertanto la nostra Azienda ha deciso di utilizzare tale sistema inserendolo nelle procedure per la programmazione dei Piani di Assistenza Individuali e per il controllo della Qualità. Questo ci permette di avere una casistica sempre maggiore per continuare il nostro studio, valutare il lavoro svolto e avere miglior servizio e minori sprechi.



Bibliografia

[1] Petrini M, Aramini I, Ricci E, Banchero A. *Gx Tempi: valutazione del fabbisogno assistenziale degli anziani*. Prospettive Sociali e Sanitarie, 1-11-1990.

[2] Sistema RUG. Manuale di compilazione.

[3] Brizioli E, Bernabei R. *Nursing home case-mix instruments: validation of the Rug III system in Italy*. Aging Clin Exper Res 2002.

[4] Traverso C. *Sistemi di valutazione multidimensionale: AGED e RUG*. Master thesis, Università di Genova 2006/2007.

Quando compilare il Charlson Index negli anziani ospedalizzati?

F.M. Trotta, F. Salvi, L. Mancinelli, A. Grilli, R. Giorgi, V. Morichi, E. Espinosa, P. Dessì-Fulgheri

Clinica Medicina Interna, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Scopo. La valutazione della comorbilità è fondamentale nella valutazione multidimensionale (VMD) dell'anziano fragile, soprattutto in Ospedale, la principale porta di ingresso nella rete sanitaria. Il Charlson Index (ChI) [1] è uno dei più noti ed usati strumenti per la valutazione della comorbilità; è stato studiato in diversi *setting* e tipologie di pazienti dimostrandosi un ottimo indice prognostico. Non è ben chiaro, però, se nell'anziano ospedalizzato sia più utile tenere conto dello stato clinico nella fase di acuzie (ingresso) oppure alla, più o meno completa, risoluzione (dimissione). Scopo dello studio è stato valutare la performance del ChI compilato all'ingresso ed alla dimissione da un Reparto per Acuti in termini di correlazione con il quadro clinico, capacità di coglierne le modificazioni durante il ricovero, *outcomes* (mortalità, ospedalizzazione) a 18 mesi.

Materiali e metodi. Studio retrospettivo di anziani (età ≥ 65 anni) ricoverati in un Reparto di Medicina Interna. Sono stati raccolti: età, sesso, motivo del ricovero, parametri clinici (Hb, creatinina, *clearance* creatinina, assetto glico-lipidico, albumina), durata della degenza, numero di farmaci all'ingresso ed alla dimissione. Durante il ricovero, i pazienti erano stati sottoposti a VMD mediante: *Mini Nutritional Assessment Short Form* e Norton plus; *Mini Mental State Examination* e *Geriatric Depression Scale* a 15 *items*; Barthel Index ed *Instrumental Activities of Daily Living*. Il punteggio al ChI è stato calcolato retrospettivamente tenendo conto della documentazione clinica all'ingresso ed alla dimissione ed è stato analizzato come variabile continua e categorica (tre gruppi: punteggi 0-2; 3-5; ≥ 6). I pazienti sono stati sottoposti a follow-up telefonico a 18 mesi per mortalità ed ospedalizzazione.

Risultati. Sono stati studiati 352 pazienti (età media 76,7 ± 7 anni; 209 maschi). Il punteggio medio del ChI era significativamente differente tra ingresso e dimissione (3,4 ± 1,9 *vs.* 3,9 ± 2,1, $p < 0,0001$), anche quando considerato come variabile categorica ($p < 0,0001$). Alla dimissione nessun paziente era migliorato, l'89,2% era rimasto stabile, mentre il 10,8% era peggiorato. Il ChI correlava con il quadro clinico e le variabili della VMD sia all'ingresso che alla dimissione, con minime differenze. Il ChI all'ingresso non era in grado di predire l'incidenza di declino funzionale durante il ricovero. Al contrario, il ChI è un importante fattore di rischio per ospedalizzazione a 18 mesi, specie se considerato alla dimissione (ChI intermedio, *odds ratio* 2,66, IC 95% 1,55-4,56, $p < 0,0001$; ChI elevato, OR 4,79, IC 95% 2,27-10,12, $p < 0,0001$). Analogamente, il ChI alla dimissione è migliore in quanto a stimare la mortalità a 18 mesi (ChI elevato, *hazard ratio* 4,08, IC 95% 1,58-10,54, $p = 0,004$). Il peggioramento del ChI alla dimissione rispetto all'ingresso non costituiva un fattore di rischio indipendente di mortalità, né di ospedalizzazione a 18 mesi, né di declino funzionale durante il ricovero.

Conclusione. Il ChI, per la sue caratteristiche, riesce a cogliere modificazioni del quadro clinico tra ingresso e dimissione solo in senso peggiorativo ed in un numero limitato di pazienti, cosa peraltro sostanzialmente inutile dal punto di vista clinico-prognostico. Il ChI alla dimissione si conferma un potente indice prognostico in termini di mortalità ed ospedalizzazione a 18 mesi; inoltre, correla bene con il quadro clinico e le variabili della VMD.

Bibliografia

1 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.

Clock drawing test nello screening del Mild Cognitive Impairment

S. Umidi[1], P.D. Trimarchi[1 2], M. Corsi[3], C. Luzzatti[2], G. Annoni[1]

[1] Università di Milano-Bicocca, Dipartimento di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologia Sanitaria, Divisione di Geriatria, Ospedale "San Gerardo", Monza; [2] Università di Milano-Bicocca, Dipartimento di Psicologia, Milano; [3] Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca", ONLUS, Sesto San Giovanni, Milano

Scopo. L'andamento demografico caratterizzato dall'incremento della popolazione anziana e il concomitante aumento della prevalenza e dell'incidenza di deterioramento cognitivo, richiedono una sempre maggiore attenzione all'identificazione di strumenti per lo *screening* della cognitività che permettano di rilevare, precocemente e in poco tempo, la possibile presenza di quadri cognitivo-comportamentali prodromici di un possibile sviluppo in demenza (es. *Mild Cognitive Impairment* – MCI), per identificare i soggetti meritevoli di ulteriori approfondimenti diagnostici.

L'obiettivo della nostra indagine è stato quello di valutare la performance di pazienti affetti da demenza e MCI e di soggetti cognitivamente sani a due noti test di *screening* della cognitività (*Minimental State Examination* – MMSE – e *Clock Drawing Test* – CDT), al fine di identificare, per ogni condizione, un tipico profilo prestazionale sulla base del quale poter decidere se avviare ulteriori accertamenti. La scelta di utilizzare il CDT, oltre al più noto e ampiamente utilizzato MMSE, origina da due principali considerazioni: (i) la corretta esecuzione di questo test prevede la contemporanea attivazione di più processi cognitivi (memoria semantica visiva, funzioni esecutive, capacità visuo-costruttive), rendendolo particolarmente sensibile anche ai deficit cognitivi più lievi [1]; (ii) la quasi totale assenza di studi in cui si analizza la prestazione dei pazienti con MCI a questo test di *screening*.

Materiali e metodi. La ricerca è stata condotta analizzando soggetti di età uguale o superiore a 65 anni, con diagnosi clinica, strumentale e neuropsicologica di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) [2] (n° 56 soggetti, M 19, F 37; età media 77 ± 5,7; scolarità media anni 6,7 ± 3,8) e Demenza (AD e VAD) lieve-moderata (NINCDS-ADRDA [3] NINDS-AIREN [4]) (n° 38 soggetti, M 14, F 22; AD 18, VAD 20; età media 80,6 ± 4,6; scolarità media anni 6,8 ± 3,1), effettuata c/o l'ambulatorio dell'U.O. di Geriatria dell'Ospedale "San Gerardo" di Monza dal gennaio 2007 al gennaio 2008. Di tali soggetti si è valutata retrospettivamente la prestazione al *Minimental State Examination* (MMSE) e al *Clock Drawing Test* (CDT; correzione secondo Shulman [5]), somministrati in occasione della diagnosi di deficit cognitivo. Abbiamo quindi valutato la prestazione ai medesimi test di *screening* in un campione di controllo di 32 soggetti ultrasessantacinquenni senza evidenza anamnestica di deficit cognitivi (M 15, F 17; età media 76 ± 5,51; scolarità media anni 7,1 ± 2,64), afferenti ai Centri Anziani del territorio di Sesto San Giovanni e residenti nei minialloggi della Fondazione "La Pelucca" di Sesto San Giovanni. I tre gruppi risultavano bilanciati per scolarità. L'età media dei pazienti affetti da demenza risultava significativamente superiore rispetto a quella degli altri due gruppi, che non presentavano, viceversa, differenze significative. Abbiamo quindi condotto una regressione logistica al fine di studiare la relazione esistente tra l'appartenenza a uno dei tre gruppi e la prestazione ai due test di *screening* somministrati.

Risultati. Una prima analisi è stata condotta sui dati raccolti da pazienti affetti da MCI e da soggetti sani, usando come variabile dipendente la presenza/assenza di MCI e come variabili predittive la prestazione al CDT e al MMSE. Globalmente il modello ottenuto permette di classificare correttamente l'84,1% dei casi; la prestazione al CDT è risultata l'unico predittore significativo. Una seconda analisi è stata condotta sui dati raccolti da pazienti affetti da MCI e pazienti affetti da Demenza usando un modello analogo al precedente. Globalmente il modello ottenuto permette di classificare correttamente l'83% dei casi; la prestazione al MMSE è risultata l'unico predittore significativo.

Conclusione. I risultati evidenziano che la performance al CDT, ma non quella al MMSE, meglio discrimina i soggetti cognitivamente integri (MMSE e CDT nella norma) dai soggetti affetti da MCI (CDT patologico, MMSE nella norma). La prestazione al MMSE, ma non quella al CDT, permette di discriminare i soggetti affetti da MCI (CDT patologico, MMSE nella norma) da quelli affetti da demenza (CDT e MMSE patologici).

Appare chiaro dai risultati ottenuti che la somministrazione del CDT insieme al MMSE in fase di *screening*, può essere utile all'individuazione di soggetti con sospetto MCI, meritevoli di ulteriori approfondimenti diagnostici al fine di una corretta diagnosi precoce e una tempestiva presa in carico dal punto di vista clinico e sociale.

Bibliografia

1 Shulman KI. *Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test?* Int J Geriat Psychiatry 2000;15:548-61.

2 Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, et al. *Mild cognitive impairment – Beyond controversies, towards a consesus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impaiment*. J Intern Med 2004;256:240-6.

3 McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspicies of Departement of Health and Human Services task force on Alzheimer's disease*. Neurology 1984;34:939-44.

4 Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjutti T, Cummings JL, Masedu JL, Garcia JH, et al. *Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop*. Neurology 1993;43:250-60.

5 Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, Zucchero CA. *Clock Drawing and dementia in the community: a longitudinal study*. Int J Geriatr Psychiatry 1993;8:487-96.

Diverso significato dei disturbi di memoria riferiti dagli anziani, a seconda della formulazione della domanda

R. Vaccaro[1], S. Vitali[1 2], C. Cutaia[2], M. Colombo[1 2], M. Malnati[2], A. Guaita[1]

[1] Fondazione "Golgi Cenci" Abbiategrasso (MI); [2] Istituto Geriatrico "C. Golgi" Abbiategrasso (MI)

Scopo. I disturbi soggettivi di memoria sono riferiti dal 41% delle persone tra 55 e 65 anni e dal 52% dei 70-85enni. Il loro significato non è ad oggi chiaramente definito[1]: i dati della letteratura riguardano i soli disturbi della memoria, ma non le altre aree di difficoltà di tipo sociale e relazionale, che potrebbero meglio definire il contenuto del disturbo soggettivo. Si è perciò voluto verificare la corrispondenza dei problemi avvertiti rispetto a quanto rilevato nei test neuropsicologici, sia per le funzioni cognitive (memoria, giudizio) che per la vita di relazione, nella popolazione che accede ad un ambulatorio per la valutazione delle funzioni cognitive, operante sul modello delle *memory clinic*.

Materiali e metodi. Si sono analizzati i dati rilevati dal settembre 2005 al febbraio 2008. Dal data base sono stati estratti e analizzati i dati anagrafici e sociali, la presenza (sì/no) di disturbi della memoria e se questi interferiscono con le normali attività; inoltre difficoltà nell'affrontare i compiti quotidiani, nelle attività comunitarie e sociali (partecipare ad attività di gruppo) e nelle capacità di giudizio (prendere decisioni o risolvere problemi). La valutazione neuropsicologica comprendeva: *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Clock Test*, Fluenza verbale fonetica e semantica, *Symbol Digit Test*, *Geriatric Depression Scale* (GDS) a 5 *item*, *Trail making* A e B, Apprendimento di tre liste di parole, Raccontino, Test di Corsi, Prassia costruttiva, Matrici colorate di Raven, Matrici attenzionali. I valori medi così ottenuti sono stati confrontati per la presenza o meno di deficit riferiti (T test per gruppi indipendenti).

Risultati. Le persone valutate sono state 142, di età media 68,7 ± 9 (mediana 70), 71% donne, scolarità media di 8,6 ± 3 anni. Di costoro il 88% denuncia almeno un disturbo nelle funzioni cognitive e relazionali, 39,4% due o più. Si sono quindi confrontati i valori medi ottenuti ai test di chi denunciava disturbi rispetto a chi li negava. In tabella i risultati (escluse le Matrici di Raven, non diverse per alcuno dei deficit), con il valore "p" del T test (SPSS vers. 11.1) (Tab. I).

Conclusione. 87 persone su 100 riferiscono un deficit di memoria. In costoro vi è diversa solo la GDS, come descritto in letteratura, oltre che le capacità di apprendimento valutate al test specifico di memoria anterograda (Raccontino). Tuttavia, quando viene richiesto al soggetto di esprimere un'autovalutazione circa l'influenza di questa difficoltà di memoria nelle attività quotidiane (riguardante il 57%), si assiste ad un aumento della corrispondenza della percezione del deficit alla valutazione cognitiva, che risulta diversa per l'intera gamma dei test. Ciò viene confermato anche per le altre funzioni, che possono essere autovalutate nella concretezza dei comportamenti tenuti.

Bibliografia

1 Archer HA, McFarlane F, Frost C, Cutler D, Fox N, Rossor M. *Symptoms of memory loss as predictors of cognitive impairment?: the use and reliability of memory ratings in a clinical population*. Alzheimer Dis Assoc Disord 2007;21:101-6.

Tab. I

	deficit memoria	memoria che condiziona le attività	deficit giudizio	deficit attività sociali, intellettuali	deficit attività casa e lavoro
ADL totale		0,001	0,041		0,004
IADL totale		0,0001	0,005	0,018	0,001
MMSE		0,0001	0,0001	0,001	0,041
Symbol digit		0,0001	0,0001	0,065	
Clock Test		0,005	0,008	0,005	Ns
Corsi		0,023			
Fluenza categoriale		0,0001	0,0001	0,0001	0,019
Fluenza fonemica		0,001	0,0001	0,004	
GDS	0,0001	0,015		0,032	0,0001
Lista di parole		0,001			
Matrici attenzionali		0,011			
Prassia costruttiva		0,054			
Raccontino	0,049	0,002			
Trail making A		0,005			
Trail making B-A		0,005			
Trail making B		0,001			

L'età come fattore predittivo di outcome nell'ictus ischemico acuto

R. Valcavi, L. Denti, R. Margapoti, L. Carassale, U. Scoditti[1], C. Tonelli[2], M. Saccavini[3], C. Caminiti[4], G.P. Ceda

Clinica Geriatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [1] Clinica Neurologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [2] Medicina Interna, Malattie Metaboliche e Vascolari, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [3] Medicina Riabilitativa, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [4] Direzione Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Scopo. Il ruolo dell'età come fattore predittivo indipendente di *outcome* nell'ictus ischemico è stato indagato in diversi studi osservazionali, con risultati contrastanti, probabilmente a causa di differenze in diversi aspetti metodologici, quali dimensione del campione, *setting*, lunghezza del follow-up e modalità di valutazione dell'*outcome*. La maggioranza di questi studi ha identificato l'età come un fattore prognostico negativo per il recupero (1,2). Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'influenza del fattore età nell'evoluzione clinica dell'ictus ischemico acuto in un ampio campione di pazienti, omogeneo in termini di modalità gestionale, basata sull'impiego di un percorso diagnostico terapeutico (PDT) comune.

Materiali e metodi. Sono stati considerati per lo studio 1087 pazienti ricoverati consecutivamente per ictus acuto (primo evento) presso i tre reparti dedicati alla gestione dell'ictus dell'Azienda Ospedaliera di Parma, nel periodo 2000-2005. I pazienti sono stati seguiti secondo un modello gestionale aziendale di riferimento (Percorso Diagnostico-Terapeutico, PDT). L'esito alla dimissione è stato definito in termini di *poor outcome* (PO), inteso come *end point* aggregato di decesso o disabilità (punteggio alla *modified Rankin Score*, mRS, 4-6). Come *end point* secondari sono stati considerati mortalità e disabilità (punteggio mRS 4-5). L'analisi di regressione logistica univariata e multivariata è stata utilizzata per analizzare l'associazione del *poor outcome* con diverse variabili: demografiche (età, sesso maschile), disabilità precedente (MRS anamnestica), severità del deficit neurologico ed eziologia dell'ictus.

Risultati. I pazienti di età > 75 anni hanno presentato rispetto ai pazienti più giovani significative differenze all'esordio dell'ictus in termini di eziologia (38% cardioembolica *vs.* 22%) e gravità di compromissione neurologica, sia in termini di prevalenza di sindrome cliniche più gravi (33% di forme totali della circolazione anteriore *vs.* 15%) che di punteggi alle scale neurologiche. Anche l'evoluzione clinica è stata peggiore (59,7% l'incidenza di P.O. *vs.* 26,5%, con una mortalità del 13,7% *vs.* 3,5%). L'analisi multivariata ha confermato l'associazione indipendente dell'età con P.O. e mortalità (non con la sola disabilità). L'analisi tuttavia ha identificato come predittori più importanti la gravità neurologica all'esordio e la disabilità pre-esistente, stimando per l'età un potere predittivo di 0,7% per il P.O. e 1,8% per la mortalità.

Conclusione. In conclusione, il nostro studio dimostra che l'età di per sé influenza negativamente l'*outcome* dello *stroke* in fase acuta, specie in relazione alla mortalità, ma che il suo contributo è limitato, specie se confrontato a quello di altre variabili cliniche e quando la gestione in fase acuta si basa su protocolli standardizzati e rispondenti a criteri qualitativi di riferimento. L'età comporta tuttavia l'esordio di forme cliniche particolarmente gravi, il che è a sostegno della necessità di intensificare gli interventi di prevenzione dello *stroke* ischemico, in quanto la prevenzione rimane l'unico strumento per controllare lo sviluppo della disabilità e mortalità correlata alla patologia cerebrovascolare nella popolazione generale, ma in particolare in quella geriatrica.

Bibliografia

1 Tuttolomondo A, et al. *Predictors of outcome in acute ischemic cerebrovascular syndromes: The GIFA study*. Int J Cardiol 2008;125:391-6.

2 Saposnik G, et al. *Stroke Outcome in Those Over 80*. Stroke 2008.

Il profilo dell'ospite del nucleo Alzheimer in RSA; i dati della RSA "Madonna della Pace" ad Andria

F. Vasquez, F. Mastroianni, G. Pistoia, G. Grumo

RSA "Madonna della Pace", Andria (BA)

Introduzione. Il nucleo Alzheimer in RSA rappresenta un luogo dedicato ai soggetti affetti da demenza. I parametri strutturali ed organizzativi, diversi rispetto agli altri moduli della RSA, sono commisurati ai bisogni di questi soggetti. L'identificazione di un luogo dedicato alla gestione complessiva del soggetto con deficit cognitivi, risiede nella particolare sintomatologia dei pazienti.

È stato pertanto realizzato un luogo sicuro, in cui il paziente ha la massima libertà di movimento nella massima sicurezza (allarmi sonori e controllo visivo con telecamere a circuito interno); ciò consente al personale di assistenza di svolgere appieno le funzioni di *care* e rendono il nucleo un ambiente in cui il soggetto trascorre tutta la giornata minimizzando il rischio di disorientamento. Infatti sia la colazione chi i pranzi e le cene vengono somministrate nel soggiorno di nucleo, che è anche il luogo ove i pazienti partecipano alle attività di riabilitazione cognitiva e di terapia occupazionale.

La Residenza Sanitaria "Madonna della Pace" ad Andria (BA) dispone di un nucleo da 20 posti che ha accolto dal dicembre 2007 ad oggi, 31 soggetti affetti da demenza. I dati sulla tipologia dell'ospite sono riportati in Tabella I.

Tab. I.

	n°	%
Pazienti	31	—
Maschi	4	12,9
Femmine	27	87,1
MMSE (media)	10,8	—
MMSE 18-24	2	6,4
MMSE 10-18	7	22,5
MMSE < 10	22	70,9
ADL(media)	5,1	—
ADL nessuna funzione persa	0	0
ADL 1 funzione persa	0	0
ADL 2 funzioni perse	2	6,4
ADL 3 funzioni perse	3	9,6
ADL 4 funzioni perse	4	12,9
ADL 5 funzioni perse	11	35,4
ADL 6 funzioni perse	11	35,4
Indice di BARTHEL (media)	28,3	—
Glob. Det. Scale (media)	5,08	—
Allettati	5	16,1

Risultati. Da dicembre 2007 ad oggi, sono stati ricoverati 31 soggetti, età media di 80,4 anni; I dati della Tabella I dimostrano che la prevalenza dei soggetti ricoverati nel nucleo Alzheimer in RSA è donna (87,1%). Sono soggetti ad elevata componente assistenziale. Il deficit cognitivo è grave con una media di MMSE di 10,8, ma la stragrande maggioranza dei soggetti ha ottenuto un MMSE < 10. Anche l'autonomia funzionale con una media di 5 funzioni perse alle ADL, dimostra la completa non autosufficienza dei soggetti nelle attività di base della vita quotidiana. L'autonomia funzionale è ridotta, Indice di Barthel (valori medi) di 28,3, a dimostrazione della grave dipendenza degli ospiti. Visti i parametri degli ospiti fino ad oggi ricoverati, secondo le indicazioni del regolamento regionale, si può affermare che la tipologia degli ospiti eleggibili per il ricovero in RSA è in linea con le indicazioni, anche se attualmente prevalgono i soggetti con gravi deficit cognitivi. La gestione del paziente nel nucleo Alzheimer è maggiormente rivolta, secondo la nostra esperienza, più sul versante della gestione delle problematiche di ogni giorno che su quello riabilitativo.

Conclusioni. La tipologia dei soggetti ospiti del nucleo Alzheimer in RSA riflette le indicazioni del regolamento Regionale sulla eleggibilità. Il carico assistenziale, notevole per la completa non autosufficienza dei soggetti ricoverati, incide sullo stress degli operatori, sottoposti per questo ad un elevato *turn-over* fra i vari reparti della RSA. Il profilo del paziente è quindi quello di un soggetto non autosufficiente nelle attività di base della vita quotidiana, con grave deficit cognitivo ed una grave dipendenza di tipo funzionale.

Torre di Londra: demenza fronto-temporale e disturbo dell'umore

G. Vassallo, A. Di Prima, V. Picciolo, R. Messina, C. Augello, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

Scopo. Il test della Torre di Londra (ToL) misura le funzioni esecutive di pianificazione e di *problem solving* visivo-spaziale, deficit riscontrabili in molti disturbi mentali. Questo studio si è proposto di verificare la validità di questo test nel distinguere pazienti con diagnosi di demenza fronto-temporale (FTD) da pazienti con diagnosi di FTD associata ad un disturbo dell'umore.
Materiali e metodi. Lo studio ha previsto un campione di 8 soggetti, 4 con diagnosi di FTD con un'età media di 65,25 anni e 4 soggetti con diagnosi di FTD associata ad un disturbo dell'umore, con un'età media di 69,50 anni.
Prima della somministrazione della ToL sono stati somministrati altri test neuropsicologici quali il MMSE (*Mini Mental State Examination*) ed il GDS (*Geriatric Depression Scale*), per poter valutare successivamente anche l'influenza di altre variabili, quali la scolarità ed il deterioramento cognitivo.
Risultati. Dai risultati ottenuti si è potuto riscontrare un punteggio inferiore alla ToL per i pazienti con FTD e disturbo dell'umore rispetto al gruppo di pazienti con la sola diagnosi di demenza fronto-temporale.
Conclusione. I risultati di questo studio suggeriscono una certa validità del test nel distinguere queste categorie di pazienti ed incoraggiano a proseguire tale studio su un campione più ampio completando i risultati del test con quelli emersi da altre prove aventi uno scopo simile, quali in particolare test di Fluenza Verbale e *Winsconsin Sorting-Card Test* (Berg, 1948), per approfondire lo studio rispettivamente di capacità strategiche e di flessibilità del pensiero.
Si è inoltre potuto constatare come un disturbo dell'umore possa inficiare notevolmente una prestazione ai test neuropsicologici, a maggior ragione nel caso di una FTD.

Determinati delle ADL nell'anziano con gravi limitazioni motorie

M. Venturelli[1 2], E. Muti[2], F. Schena[1]

[1] Dipartimento di Scienze Neurologiche della Visione, Università di Verona; [2] IDR Fondazione Onlus "Mons. Arrigo Mazzali", Mantova

Introduzione. L'invecchiamento è associato alla riduzione delle attività di vita quotidiana (ADL) ed all'incremento della sedentarietà, il decadimento questi fattori inoltre aumenta la perdita di autonomia per la popolazione anziana. Le performance delle ADL in anziani attivi sono direttamente proporzionali alla stato di salute, al livello socio-economico ma anche alla massima forza e potenza degli arti inferiori. Per i grandi anziani incapaci di camminare autonomamente è però molto difficile valutare le capacità degli arti inferiori, inoltre non è chiaro se le ADL residue siano influenzate solo dalle condizioni biomediche oppure anche dal livello di fitness degli arti superiori.
L'obiettivo di questo studio era di determinare se esistano relazioni tra la forza degli arti superiori, la mobilità articolare delle spalle, la circonferenza delle braccia, il numero di farmaci assunti, il numero di patologie ed il livello cognitivo con le ADL in anziani con gravi limitazioni motorie.
Metodo. Quarantaquattro pazienti, (16 uomini e 28 donne; età media 83,7 ± 5 anni), non in grado di deambulare autonomamente e dipendenti in una o più ADL, sono stati valutati all'interno della ONLUS Mons. Arrigo Mazzali di Mantova. La massima forza delle braccia è stata valutata attraverso un test standardizzato (AC), la massima mobilità articolare delle spalle è stata valutata attraverso il back-scratch test (BS), la circonferenza del braccio è stata misurata con un metro flessibile ed inestensibile (ACI). Il numero di patologie (NP) ed il numero dei farmaci assunti (ND) dei pazienti reclutati per lo studio sono stati raccolti dall'équipe sanitaria. Le ADL dei pazienti sono state analizzate da un fisioterapista attraverso il test Barthel, le performance cognitive sono state analizzate somministrando ai soggetti un minimental test (MMSE). Una regressione lineare multipla è stata usata per valutare le relazioni tra ADL e AC, BS, ACI, NP, ND, MMSE.
Risultati. L'equazione generale emersa dall'analisi statistica indicava che: ADL = -2.009 + (1.229*AC) + (0.358*BS) + (0.628*MMSE) + (0.0682*ND)-(0.726*NP) + (0.371*ACI); con un coefficiente di correlazione r = 0,818. Sono inoltre emersi valori significativi di correlazione tra AC e le ADL; p < 0,001, ed anche tra BS & ADL p = 0,004. Non sono emerse correlazioni tra ACI, ND e le ADL; p = 0,416. Il NP non influenza le ADL p = 0,471, invece i dati raccolti indicano che il MMSE è significativamente correlato alle attività di vita quotidiana p = 0,013.
Conclusioni. Le condizioni biomediche valutate con NP e ND in questo specifico campione di popolazione anziana sono molto elevate rispetto agli anziani attivi, ma la distribuzione è comunque molto omogenea, ciò determina una scarsa correlazione con le ADL residue. Per i grandi anziani con gravi limitazioni motorie il livello cognitivo e la massima forza delle braccia sono invece significativamente correlate con le ADL, un adeguato livello di forza e mobilità articolare delle braccia, probabilmente permette una vita più attiva ed il conseguente incremento dell'autonomia. I dati emersi da questo studio suggeriscono che una buona fitness degli arti superiori può essere di grande aiuto per gli anziani con gravi deficit motori, inoltre allenamenti specifici che coinvolgano le braccia potrebbero preservare il completo decadimento delle ADL e delle performance cognitive.

Bibliografia

Posner JD, et al. Arc of Phys Med Rehab 1995;76:373-80.
Chodzko-Zajko WJ, et al. Exer Sport Sci Rev 1994;22:195-80.
Rikli RE, et al. JAPA 1999;7:129-61.

Valutazione dei processi intrapsichici e interpersonali dei pazienti diabetici, infartuati e ipertesi adulti ed anziani

A. Vespa, M. Rosselli[1]

Dipartimento di Ricerche, Unità di Neurologia, INRCA Istituto di Ricerche Gerontologiche, Ancona; [1] Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale "Careggi", Università di Firenze

Scopo. In questo studio sono stati valutati i processi intrapsichici e interpersonali della struttura della personalità dei pazienti ipertesi, diabetici e infartuati adulti e anziani. Molti studi hanno evidenziato l'importanza che rivestono lo stress e l'ansia in queste patologie. Comuni ai tre gruppi sono inoltre a seconda dei casi le dipendenze dal fumare, bere alcolici, mangiare, lavorare eccessivamente, ecc. Queste dipendenze, indicano la presenza di problematiche di tipo nevrotico, che possono essere cause di ipertensione, diabete, oltre che ipercolesterolemia, iperuricemia, obesità, delle abitudini alla passività e alla sedentarietà, ecc., costituiscono insieme allo stress i fattori di rischio per danno coronarico. L'ipotesi di base e che i tre gruppi di pazienti mostrino caratteristiche intrapsichiche simili e che le problematiche possano differire per intensità e quindi il profili dei tre gruppi si distribuiscano lungo un continuum. lo studio delle differenze tra adulti e anziani consente di discriminarle problematiche e quindi l'intervento multidisciplinare più adeguato.
Materiali e metodi. Sono stati studiati: 67 pazienti con infarto del miocardio di età compresa tra i 40 e i 75 anni di cui 30 di età superiore ai 61 anni e 37 adulti; 64 pazienti ipertesi senza altre patologie di età compresa tra i 40 e i 75(di questi 35 sono al di sopra dei 61 anni e 29 al di sotto); 64 pazienti diabetici di età compresa tra i 40 e i 75 (32 con più di 61 anni e 32

adulti), affetti da diabete mellito (32 soggetti insulino-dipendenti (IDDM) e 32 NIDDM) non insulino-dipendenti). Tutti i soggetti hanno compilato il test ASCI – Analisi Strutturale del Comportamento Interpersonale, nella versione italiana di P. Scilligo. Questo test è stato validato sulla base del DSM IV e sulla popolazione italiana. Con sole 36 domande (raggruppate in 8 cluster),vengono descritti i processi intrapsichici e interpersonali della struttura della personalità dal normale al patologico.

Risultati. Dai risultati emerge che i tre gruppi di pazienti, infartuati, diabetici ed ipertesi presentano dei valori alti (rispetto ai punteggi normali) nelle dimensioni del modello ASCI che indicano, a livello intrapsichico, "Controllo negativo". I punteggi più elevati sono quelli dei pz. diabetici ed ipertesi. La differenza tra questi e i pazienti infartuati in queste variabili raggiunge la significatività statistica ($p < 0,05$).

Tali pazienti tendono ad opprimersi con accuse verso di sé accompagnate da sensi di colpa, vergogna e inadeguatezza. Potrebbero presentarsi anche comportamenti auto-punitivi. Questa trascuratezza verso di sé può condurre questi individui a trascurare e non curare malattie e ferite (*cluster* 7). Da un punto di vista emotivo-affettivo ciò vuol dire che si può incorrere in modalità autodeprivanti e autolesive e questo risulta vero in particolare per i pazienti diabetici ed ipertesi che presentano i valori più alti. Il senso di inadeguatezza e di insicurezza, come si è già visto, è accompagnato da sentimenti di colpa. I pazienti diabetici e ipertesi presentano punteggi elevati è il *cluster* n.8 dove si raggiunge una differenza significativa rispetto a coloro che hanno avuto un infarto(($p < 0,05$).Tali pazienti tendono ad isolarsi e a trascurarsi molto più dei pazienti infartuati, nei quali comunque esiste una tendenza a presentare queste modalità. Questo non avviene nei pazienti infartuati, i quali pur esercitando un'eccessiva critica verso se stessi e l'altro, mantengono una dimensione di vita di relazione.

Conclusione. I pazienti adulti ed anziani con profili estremi rischiano di incorrere in comportamenti di negazione della propria malattia. Il presentarsi ai controlli, la gestione dell'insulina, il seguire una nuova e adeguata dieta o le prescrizioni mediche in generale divengono qui una conseguenza di un cambiato atteggiamento verso se stessi e gli altri. Solo risolvendo e affrontando le modalità intrapsichiche disadattive, e l'ansia intrapsichica e la depressione ad esse collegate, è possibile rinunciare a questi stili comportamentali non favorevoli alla propria salute. Il medico può trovarsi in serie difficoltà nel far seguire le prescrizioni mediche soprattutto ai pazienti con i profili più problematici. È importante quindi che tenga conto di questi aspetti di personalità come possibili predittori di un cattivo adattamento alla malattia soprattutto per i soggetti anziani con tendenze all'isolamento.

Bibliografia

1. Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. *Healthy coping, negative emotion and diabetes management: a systematic review and appraisal*. Diab Educ 2007;33:1014-29.
2. Harris MD. *Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression*. Curr Diab Rep 2003;3:49.
3. Nordby G, Ekeberg O, Knardahl S, Os I. *A double-blind study of psychosocial factors in 40-year-old women with essential hypertension*. Psychother Psychosom 1995;63:142-50.
4. Rose G, Sivik T, Delimar N. *Gender, psychological well-being and somatic cardiovascular risk factors.* Integr Physiol Behav Sci 1994;29:423-30.
5. Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp BF. *The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control*. Diabetes Care 2002;25:35-42.

Studio pilota sull'utilizzo di materassi in gel in pazienti con demenza e disturbi del sonno

A. Visentin, L. Estellano, M. Ruffato, R. Ceccon, L. Michieletto, M. Pellizzari[1], C. Cavazzini, A. Gamba, P. Gallina

Fondazione Opera "Immacolata Concezione" Onlus, Vedelago (TV); [1] Servizio Epidemiologico Aziendale ULSS 4, Thiene (VI)

Premesse. Tra i disturbi comportamentali nelle demenze, i disturbi del sonno e del ritmo sonno-veglia sono frequenti (circa 40% dei casi) e ad alto impatto sulla qualità di vita di paziente e *caregiver*.

Obiettivo. Valutare in fase preliminare l'impatto di un presidio non farmacologico (materasso in gel) sulla qualità del sonno in soggetti affetti da demenza ed istituzionalizzati.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati, tra gli ospiti affetti da demenza di una struttura residenziale per anziani non autosufficienti, 8 soggetti con disturbi del ritmo sonno-veglia (età media 86 anni). I soggetti sono stati monitorati quotidianamente per quattro settimane consecutive, registrando ogni episodio di agitazione notturna, insonnia, *wondering* notturno, affaccendamento e sonnolenza diurna. Successivamente sono stati monitorati per altre quattro settimane, dopo l'applicazione di un materasso in gel (Technogel Italia Srl). L'analisi dei dati è stata eseguita mediante regressione logistica condizionale considerando come variabile dipendente le notti con disturbi e come variabile di appaiamento l'identificativo del paziente. Le analisi sono state eseguite con il software STATA 9.2.

Risultati. Nonostante la bassa numerosità del campione si è potuta osservare in molti soggetti una riduzione statisticamente significativa di alcuni disturbi del sonno. Tra la prima e la seconda fase dello studio vi è stata una riduzione della tendenza ad alzarsi dal letto (0,6% *vs.* 6,9%, $p < 0,001$) degli episodi di vagabondaggio (0,9% *vs.* 7,3%, $p < 0,001$), delle attività inopportune a letto (1,5% *vs.* 9,3%, $p < 0,001$) e della difficoltà ad addormentarsi (13,2% *vs.* 20,2%, $p < 0,01$). Non è stato invece rilevato alcun effetto sulla tendenza a cantare e parlare ad alta voce durante le ore notturne. In nessun soggetto vi è stato un aumento dei disturbi del comportamento. In nessun soggetto vi è stato un incremento nella terapia ipnoinducente né un aumento della sonnolenza diurna.

Conclusioni. Nonostante la scarsa numerosità del campione sono stati osservati dei trend di miglioramento che suggeriscono l'interesse a proseguire lo studio in un campione più ampio di soggetti. Appare chiaro infatti che tale modalità di intervento non farmacologico possa, almeno in alcuni casi, avere un effetto positivo per quanto riguarda la riduzione di comportamenti disfunzionali notturni in pazienti con demenza. Tra i limiti dello studio, che andranno superati nel disegno di uno studio definitivo, la mancanza di una scala validata per l'analisi dei disturbi comportamentali del sonno nella demenza e la necessità di maggiore controllo, nella raccolta dei dati, di tutte le possibili variabili confondenti.

L'istituzionalizzazione può compromettere la qualità di vita e le autonomie personali? Nostro contributo casistico

V. Vismara, F. Rocchi, M. Ballabeni, G.P. Scarselli

Fondazione centro residenziale "Vincenzo Chiarugi" della Misericordia di Empoli

Premesse. La Fondazione RSA "V. Chiarugi" della Misericordia di Empoli, ha sempre avuto come obbiettivo il benessere degli ospiti. Questo è stato conseguito e potenziato negli ultimi anni attraverso formazione continua specifica ed un costante coinvolgimento del personale ad ogni livello. Nelle RSA abitualmente vengono accolti ospiti con gravi disautonomie o totalmente dipendenti; esistono però situazioni familiari, sociali ed ambientali che possono rendere opportuna una istituzionalizzazione di soggetti ancora parzialmente autonomi.

Scopo della ricerca. Valutare se l'istituzionalizzazione di soggetti parzialmente autonomi comporta o meno la perdita di abilità; questo anche in una RSA con elevata attenzione al mantenimento delle autonomia e della dignità della persona messa in atto attraverso piani assistenziali personalizzati.

Materiale e metodo. È stato dunque necessario definire il concetto di "parzialmente autonomo". Abbiamo voluto intende un soggetto istituzionalizzato per inefficace supporto familiare, con ADL ≥ a 10/16, MMSE ≥ a 20; Barthel ≥ a 70. Abbiamo dunque somministrato il MMSE–ADL-Barthel all'ingresso in struttura e successivamente ogni sei mesi per la durata di un anno. Come è noto il MMSE consente di valutare semplicemente l'orientamento temporo spaziale, la memoria a breve, oltre che la capacità di concentrazione e la prassia. L'ADL, usata nella versione a 16 *item* che ci è parsa più congrua alla nostra valutazione, misura le capacità semplici del vivere quotidiano; la scala di Barthel fornisce invece un quadro delle capacità

motorie, nell'autonomia quotidiana. Abbiamo così selezionato 15 persone di età media 87 anni, di ambo i sessi, senza deficit cognitivo o psichico noto, deambulanti autonomamente, in grado di partecipare attivamente alla vita della struttura per quanto riguarda l'animazione (partecipazione ad eventi interni ed esterni, gite, teatro ecc.). Gli stessi, oltre che essere seguiti con le modalità abituali dal personale all'assistenza, sono stati inseriti con un progetto di FKT quotidiano teso a mantenere e migliorare le performance dell'ingresso. Alla prima somministrazione la media del MMSE era pari a 23,76; Barthel 80,5; adl 12/16 indicanti autonomia nelle attività semplici. Alla seconda valutazione, a sei mesi di distanza si apprezzava la seguente situazione: media MMSE 25,15; Barthel 75,5; ADL 12/16; alla valutazione dopo 12 mesi la media MMSE era pari 23,15; le ADL 14/16; la Barthel appariva costante 75,5.

Discussione. Dai dati raccolti, nonostante la scarsa numerosità del campione, per altro omogeneo, emergono alcune considerazioni che fanno riflettere: riguardo al MMSE nei primi sei mesi è stato evidenziato un miglioramento delle performance che abbiamo attribuito alla maggior "libertà" dallo stress di incombenze complesse legate alla solitudine del domicilio (non dovere pensare alla spesa, alle bollette, ecc.); successivamente però si è assistito ad un decremento che lo ha comunque riportato al punteggio di partenza. Per quello che riguarda le ADL si è complessivamente assistito all'assenza di variazioni; per quanto riguarda la Barthel si è invece evidenziato uno sfumato peggioramento, inquadrabile, a nostro parere nell'assistenza "alberghiera" estesa a tutti gli ospiti che induce a farsi aiutare in attività che al domicilio vengono eseguite autonomamente (es. portarsi un bicchiere d'acqua sul comodino alla sera o farsela portare) oltre che in una evoluzione della situazione motoria globale, che comunque non hanno mai compromesso l'autonomia.

Conclusioni. Da quanto sopra trova ulteriore conferma il fatto che: 1) il mantenere l'anziano al proprio domicilio con adeguata aiuto deve rimanere l'imperativo assoluto; 2) quando questo non sia possibile, un'adeguata assistenza in RSA qualificata, che consenta il mantenimento della dignità personale, non modifica le abilità cognitivo motorie in modo marcato; 3) spazi di miglioramento sono possibili in uno sviluppo del modello assistenziale che stimoli ulteriori autonomie.

Effetti del cammino su performance fisica e composizione corporea in donne anziane

M.E. Vivian, A. Rossi, L. Pelizzari, C. Rinaldi, A. Costa, L. Bissoli, S. Morgante[1], D. Soave[1], M. Valsecchi[1], M. Zamboni

Dipartimento di Geriatria, Università di Verona, Verona, Italia; [1] Dipartimento di Prevenzione ULSS 20, Verona, Italia

Scopo. Valutare l'impatto di un programma di cammino di gruppo sulla performance fisica e sulla composizione corporea di una popolazione di donne anziane in buone condizioni di salute.

Materiali e metodi. Sono state incluse nello studio 27 donne con età di 68,3 ± 2,3 e con valori di BMI di 28,5 ± 4,88 kg/m^2. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a programma di intervento della durata di 12 settimane con gruppi di cammino organizzati 2 volte alla settimana della durata di 60 minuti sotto la supervisione di istruttore diplomato in Scienze Motorie. Sono stati valutati al basale e dopo il periodo di intervento peso corporeo, circonferenza della vita, massa magra e massa grassa, mediante *Dual energy X-ray absorptiometry* (QDR 4500 Elite Hologic Waltham, MA), forza isometrica dei quadricipiti femorali degli arti inferiori misurata con dinamometro (Dynatronic-100 con software ProGer v.1,00, TS, Milano, Italia) e forza isometrica del braccio dominante misurata con hand-grip (Jamar, JLW Instruments, Chicago, IL, US), test dei 400 metri, dei 4 metri e 1/2, del 5-*chair stand test* (5-CST), del *one leg stand* (OLS), questionario *Physical Activity Scale for the Elderly* (PASE).

Risultati. A conclusione delle 12 settimane di intervento si è osservato decremento di circonferenza della vita, massa grassa totale, percentuale e a livello degli arti inferiori. I valori del PASE e l'*hand grip* del braccio dominante non si sono modificati significativamente, mentre si è assistito ad aumento significativo dei valori di Peak Torque e Power degli arti inferiori misurati con dinamometro, riduzione del tempo impiegato ad eseguire il test dei 400 m, nonché significativo miglioramento del 5-CST e del OLS.

Dividendo la popolazione in due gruppi sulla base della frequenza di partecipazione ai gruppi di cammino, < 70% (n = 13, frequenza media 51,57 ± 10,73%) o > del 70% (n = 14, frequenza media 79,79 ± 7,77%), i soggetti con maggior numero di presenze hanno presentato miglioramento significativamente maggiore della performance dinamometrica e del test dei 400 m ($p < 0,05$).

Conclusioni. I dati del nostro studio sembrano indicare che un incremento dell'attività fisica anche moderato per l'effetto della partecipazione a gruppi di cammino della durata di 60 minuti 2 volte/settimana per 3 mesi è in grado di determinare significativa riduzione dell'adiposità addominale e totale e significativo incremento della forza muscolare misurata agli arti inferiori, della performance fisica valutata con test dei 400 m, dei 4 m e 1/2, 5-CST e dell'equilibrio valutato con OLS.

Mild Cognitive Impairment (MCI): la zona grigia

G. Zagone, S. Largueche, G. Belvedere, M. Ferlisi, A. Di Prima, C. Aglialoro, A. Lo Bue,V. Picciolo, L.J. Dominguez, M. Barbagallo, M. Belvedere

Centro UVA n° 6, U.O. Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo

La diagnosi di MCI (*Mild Cognitive Impairment*) viene posta in presenza di disturbi soggettivi di memoria, cioè quando il soggetto si accorge di non ricordare più eventi accaduti. In particolare tale disturbo deve essere documentabile in specifiche prove di memoria in cui il paziente riporterà punteggi, corretti per l'età e la scolarità del soggetto, patologici. Il disturbo di memoria, tuttavia, sebbene causa di lamentele da parte del paziente, non interferisce sostanzialmente nelle sue attività di vita lavorativa, sociale e quotidiana e non si accompagna a disturbi di altre abilità cognitive (quest'ultimo aspetto viene valutato dalla normalità di prestazioni a test neuropsicologici che indagano altri ambiti cognitivi che non siano la memoria). Infine, non debbono essere presenti altre condizioni morbose che possano spiegare il disturbo di memoria come ad esempio depressione o malattie endocrine, o altro tipo di patologia di natura internistica o neurologica. I dati finora in nostro possesso indicano che i criteri clinici per la diagnosi di MCI permettono di individuare una categoria di persone che presenta un aumento del rischio di sviluppare una malattia di Alzheimer (AD), ma è tuttavia probabile che non tutti i soggetti svilupperanno tale affezione. Solo osservazioni prolungate e studi approfonditi potranno chiarire la prognosi dei soggetti affetti da MCI e indicare se e in quali casi questa condizione rappresenti un'entità clinica a se stante relativamente stabile nel tempo oppure se si tratti di una demenza in fase pre-clinica. I dati a nostra disposizione indicano che circa il 10-12% dei soggetti affetti da un disturbo di memoria isolato sviluppa una malattia di Alzheimer entro un anno dalla diagnosi di MCI. Tale percentuale aumenta leggermente nei due anni successivi alla diagnosi fino a raggiungere il 44% ai 3 anni. La diagnosi precoce di Malattia di Alzheimer attualmente si fonda sull'utilizzo di strumenti di *screening* che hanno sin qui mostrato una insufficiente specificità. Uno degli scopi dello studio di soggetti affetti da MCI,, è proprio quello di individuare *marker* precoci che siano in generale predittivi di AD. La ricerca futura dovrà infatti migliorare l'affidabilità degli strumenti attualmente esistenti o individuare nuovi test più specifici. Particolarmente promettente è lo strumento neuropsicologico che ha ripetutamente dimostrato di essere in grado di discriminare tra il deterioramento cognitivo della Malattia di Alzheimer in fase iniziale dal fisiologico declino cognitivo legato all'invecchiamento. Infatti già nelle fasi iniziali della malattia si possono riscontrare deficit di diverse abilità cognitive come la memoria episodica, le abilità verbali, le funzioni visuo-spaziali, l'attenzione e le funzioni esecutive. Recentemente molti studi hanno mostrato che deficit di queste funzioni possono essere predittori di demenza alcuni anni prima dell'inizio clinico della malattia, ma i deficit cognitivi che sono stati indicati come predittori di demenza sono tuttavia molto diversi da uno studio all'altro. Di particolare interesse sono gli studi volti a individuare *marker* neuroradiologici capaci di identificare la ma-

lattia di Alzheimer nelle sue fasi più precoci. La ricerca in questo campo ha mostrato la possibilità di eseguire, tramite la risonanza magnetica, misure in grado di fornire dati quantitativi sull'atrofia cerebrale e in particolare ha evidenziato l'importanza dello studio volumetrico delle strutture del lobo temporale, dell'amigdala e dell'ippocampo. In particolare uno studio longitudinale su soggetti asintomatici a rischio per malattia di Alzheimer familiare, ha mostrato che la misurazione volumetrica della formazione ippocampale mediante MRI è in grado di evidenziare una progressiva atrofia di queste strutture. Di particolare utilità sarebbe l'individuazione di *marker* biochimici e molecolari di malattia di Alzheimer che nel caso in cui fossero in grado di individuare precocemente la malattia e di differenziarla da altre forme di demenza, potrebbero anche contribuire ad instaurare più precocemente una terapia.

Bibliografia

Perri R, Carlesimo GA, Caltagirone C, e il Gruppo di Studio "Diagnosi Precoce della Malattia di Alzheimer" dell'Italian Interdidsciplinary Network on Alzheimer Disease 1 IRCCS "S. Lucia", Roma; 2 Università "Tor Vergata", Roma. *Mild Cognitive Impairment: studio italiano multicentrico*. Nuova Rivista di Neurologia 2001;2:65-72.

Rottura di arteria epatica in anziano con polipatologia: caso clinico

P. Zambaldi, G. Fratton, F. Gelpi, G. Tava, E. Versini, S. Sammartano[1], G. Noro

U.O. di Geriatria Ospedale "S. Chiara", Trento; [1] U.O. di Radiologia Ospedale "S. Chiara", Trento

Rotture di rami di arterie epatiche con emorragia secondaria sono rari e riconoscono, tra le varie cause, insulti iatrogeni, anche pregressi, derivati da trattamenti percutanei, laparoscopici o chirurgici. Le lesioni intraepatiche sono di solito secondarie a tecniche microinvasive (punture per cutanee transepatiche, trattamenti endovascolari, interventi chirurgici su fegato e vie biliari). Le lesioni vascolari più comuni includono pseudo-aneurismi, fistole artero-venose e lacerazioni vasali. Di solito i pazienti si presentano con sanguinamento acuto e condizioni cliniche complesse, tali da controindicare qualunque trattamento chirurgico. Come riportato in letteratura il trattamento interventistico radiologico rappresenta la terapia meno invasiva e più efficace [1 2]. Riportiamo un caso clinico recentemente venuto alla nostra osservazione.

Caso clinico. L.L. di 87 anni giunge in reparto per dubbia ematemesi e rettorragia. L'anamnesi mette in evidenza pregresso fumo di sigaretta, uso moderato di alcolici, appetito, digestione ed alvo regolari, nicturia; non alterazioni del ritmo sonno/veglia, ADL e IADL integre, vengono segnalate colecistectomia e coledocodigiunostomia per litiasi biliare, colangite e calcolosi dotti biliari trattate con ERCP; TURP per iperplasia prostatica, calcolosi delle vie urinarie e vescica trattate con litotrissia ad ultrasuoni; un episodio di melena anch'esso non meglio specificato nell'anno precedente; cardiopatia sclerotica fibrillante. Il Paziente attualmente non assume farmaci, ma riferisce di avere assunto antiaggregante piastrinico ed altri FANS fino circa 3 settimane prima del ricovero. L'E.O. evidenzia, toni cardiaci aritmici, ernia inguinale destra ben riducibile, deformazioni delle mani e dei piedi compatibili con artrosi, dubbio sfumato deficit di forza emisoma sinistro. Non vi sono segni di emorragie in atto, ma si riscontra una anemia normocitica (Hb 8,5 g/dl). Una EGDS urgente non evidenzia alterazioni patologiche e non riscontra tracce di sangue nello stomaco e nel duodeno. Si stabilisce una osservazione clinica, dopo terapia medica con inibitori di pompa protonica e si programma una colonscopia. Le condizioni del paziente si mantengono buone fino alle prime ore del giorno successivo, quando inizia una imponente rettorragia, che conduce ad uno stato di shock. Viene organizzata una seduta endoscopica urgente con assistenza anestesiologica; dapprima con colonscopia, interrotta e sostituita con gastroscopia per un episodio di ematemesi. Con difficoltà viene evidenziata una emobilia. Il chirurgo, viste le gravi condizioni, non ritiene opportuno intervenire; stabilizzato meglio possibile il compenso emodinamico anche con emotrasfusioni, si decide per un'arteriografia d'urgenza. L'esame viene eseguito per via transfemorale comune destra, giungendo a cateterismo selettivo del tripode celiaco e superselettivo dell'arteria epatica propria e, quindi, dell'arteria epatica di sinistra dove a carico di alcuni rami si apprezzano minuti spandimenti ematici che a distanza di breve tempo portano a parziale opacizzazione del coledoco. Si procede pertanto ad embolizzazione di tali rami con iniezione di particelle di Spongostan. Il successivo controllo dimostra assenza di spandimenti ematici arteriosi. Dopo il trattamento il paziente viene ricoverato presso la Terapia Intensiva, ove rimane per due giorni. Al rientro presso la nostra U.O. sono presenti segni di scompenso cardiaco che regrediscono rapidamente con terapia diuretica; non si ripresentano più recidive emorragiche e l'emocromo permane stabile. Nei successivi giorni il paziente riprende totale autonomia e viene rinviato a domicilio, programmando controlli ambulatoriali.

Conclusioni. Questo caso clinico conferma come le procedure radiologiche interventistiche sono efficaci nel management delle lesioni dei vasi arteriosi epatici, in particolare nei soggetti anziani con polipatologia, per la scarsa invasività delle procedure, la capacità diagnostica, l'elevata percentuale di successo terapeutico, la scarsa incidenza di complicanze, rispetto a più complicate e rischiose opzioni chirurgiche o laparoscopiche [3 4].

Bibliografia

[1] Basile A, Lupatelli T, Giulietti G, Massa Saluzzo C, Mundo E, Carbonato P, et al. *Trattamento interventistico delle lesioni iatrogene delle arterie epatiche*. Rad Med 2005;110:88-96 Torino: Ed. Minerva Medica.

[2] Shibata T, Sagoh T, Ametani F, et al. *Transcatheter microcoil embolotherapy for ruptured pseudoaneurysm following pancreatic and biliary surgery*. Cardiovasc Intervent Radiol 2002;3:180-5.

[3] Miyamoto N, Kodama Y, et al. *Hepatic artery embolization for postoperative hemorrhage in upper addominal surgery*. Abdom Imaging 2003;28:347-53.

[4] Bilbao JI, Torres E, Martinez Questa A. *Non traumatic emergencies: imaging and intervention in gastrointestinal hemmorrhage and ischemia*. Eur Radiol 2002;12:2161-71.

Prevalenza di ipotensione post-prandiale nei pazienti sottoposti a monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa (ABPM)

A. Zanasi, A. Minnucci, G. Rioli

Cattedra di Geriatria e U.O. di Geriatria, nuovo ospedale civile "S. Agostino-Estense" (NOCSAE), Baggiovara di Modena

Introduzione. La diagnosi, la prevalenza ed i fattori determinanti l'ipotensione postprandiale nell'anziano (IPP) sono poco noti e considerati nella pratica clinica, benché la sintomatologia ad essa correlata rappresenti un fattore di rischio per caduta (obnubilamento del sensorio, capogiri, instabilità posturale) e, nei casi più gravi, di sincope.

Materiali e metodi. Abbiamo valutato una popolazione di 253 pazienti anziani, di cui il 45,8% maschi, di età media 74,8 ± 10,3, consecutivamente afferenti all'ambulatorio di Cardiogeriatria del NOCSAE di Baggiovara (MO) e sottoposti a monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa (SpaceLab su prescrizione medica. Abbiamo rilevato i dati anagrafici, i valori antropometrici (peso, altezza, BMI), la terapia assunta e la presenza di ipotensione postprandiale valutata utilizzando un registratore SpaceLabs 90202. L'IPP è stata definita come una riduzione della pressione arteriosa sistolica maggiore di 20 mmHg entro le due ore dopo i pasti principali.

Risultati. La prevalenza dell'IPP è del 58,1% senza differenze attribuibili a sesso e ad età. Il numero complessivo di farmaci attivi sul sistema cardiovascolare assunti dai pazienti valutati è di 2,3 ± 1,6; tale numero è maggiore nei pazienti con IPP (2,56 ± 1,7 *vs.* 2,05 ± 1,38; $p < 0,005$). Dall'analisi della distribuzione dell'uso dei farmaci attivi sul sistema cardiovascolare risulta che i pazienti più anziani (decade > 80 anni) sono meno trattati ($p = 0,002$). L'indice di massa corporea (BMI) è di 27,1 3,3 negli uomini e 25,6 ± 4,6 nelle donne. La prevalenza dell'IPP risulta più elevata negli anziani con elevato BMI ($p = 0,034$).

Conclusioni. L'IPP è molto frequente negli anziani studiati. L'assunzione di farmaci, ed in particolare il loro numero, sembra il fattore più influente

sulla presenza della IPP che è più frequente nei soggetti con BMI elevato. La sua diagnosi dovrebbe quindi comportare opportune considerazioni per quanto concerne la terapia (posologia, associazioni, tempi di somministrazione) e la dieta.

La disfunzione esecutiva come fattore di rischio per conversione in demenza nei soggetti anziani con deficit mnesico

M. Zanetti, C. Abbate, L. Bagnara, C. Vergani, L. Bergamaschini

Dipartimento di Medicina Interna, Unità Operativa di Geriatria, Ospedale Maggiore-Policlinico, IRCCS Milano, Università di Milano

Scopo del lavoro. Le caratteristiche neuropsicologiche alla base della classificazione del MCI in quattro sottotipi (MCI amnesico (a-MCI), MCI a singolo dominio non mnesico (snm-MCI), MCI a multipli domini cognitivi con coinvolgimento anche della memoria (a-mcd-MCI), MCI a multipli domini cognitivi non amnesico (mcd-MCI) sembrano predire l'evoluzione in differenti tipi di demenza. Forti evidenze indicano che l'a-MCI possa costituire la forma pre-clinica della malattia di Alzheimer (AD) mentre più incerta è l'evoluzione degli altri sottogruppi.
In questo lavoro è stato valutato se e quali caratteristiche neuropsicologiche al momento della diagnosi di MCI potessero avere un valore predittivo sulla rapidità di evoluzione in demenza.
Metodi. Sono stati reclutati 155 soggetti con MCI valutati alla baseline con valutazione neuropsicologica estesa, valutazione della vascolarità cerebrale sottocorticale attraverso TAC encefalo, valutazione sintomi depressivi (GDS) e neuropsichiatrici (NPI) e stato di salute generale. I soggetti sono stati reclutati nell'arco di due anni, valutati a cadenza semestrale seguiti per un periodo massimo di 7 anni.
Risultati. In base alla valutazione neuropsicologica dei 155 soggetti con MCI 35 soggetti sono stati classificati a-MCI, 70 mcd-MCI e 50 a-mcd-MCI.
Dei 35 soggetti con a-MCI il 71% sono evoluti in AD con un tempo di evoluzione medio di 2,8 ± 1,3 anni.
Dei soggetti con a-mcd-MCI il 34% è evoluto in AD con un tempo di evoluzione in media di 1,56 ± 0,8 anni.
Dei 70 soggetti con mcd-MCI il 71% sono rimasti stabili e il 17% sono evoluti in demenza vascolare con un tempo medio di evoluzione di 3,7 ± 3,1 anni, il 2,8% sono evoluti in AD con malattia cerebrovascolare associata.
Il tempo medio di evoluzione in demenza dei soggetti con a-mcd-MCI è risultato significativamente più breve rispetto ai soggetti con a-MCI (1,56 ± 0,8 anni *vs.* 2,8 ± 1,3 anni, $p < 0,001$) e dei soggetti con mcd-MCI (1,56 ± 0,8 anni *vs.* 3,7 ± 3,1 anni $p < 0,001$). I risultati della valutazione neuropsicologica alla vaseline indicano che i soggetti con a-mcd-MCI che sarebbero evoluti in demenza si caratterizzavano per una prestazione ai test di memoria simile a quella dei soggetti con a-MCI che sarebbero evoluti, ma differiscono da questi per una più severa compromissione ai test pre-frontali (TMT A e B) il cui punteggio risulta significativamente più basso rispetto ai soggetti con a-MCI evoluti e comunque inferiore anche rispetto ai soggetti con mcd-MCI evoluti. L'analisi di regressione lineare multivariata mostra l'associazione tra punteggio di TMT B alla *baseline* e tempo di evoluzione in AD in soggetti con a-MCI e con a-mcd-MCI ($p < 0,027$) Un più basso punteggio al TMT B in un soggetto deficit mnesico, indipendentemente dall'età del soggetto, dalla sua prestazione ai test di memoria e dalla capacità funzionale espressa nelle IADL, si associa ad un più breve tempo di evoluzione in demenza di Alzheimer. Inoltre anche l'assenza di *insight* alla *baseline* si associa ad una più rapida evoluzione in AD ($p < 0,030$).
Discussione. I risultati di questo studio sembrano indicare che la presenza di disfunzione esecutiva alla baseline costituisca un fattore di rischio per una più rapida evoluzione in demenza di Alzheimer per i soggetti con un deficit mnesico. Infatti sia un basso punteggio del TMT B che l'assenza di insight (entrambi espressione di una disfunzione prefrontale) si associano ad un più rapido tempo di evoluzione in AD, indipendentemente dall'età del soggetto e dalla sua prestazione ai test di memoria.

Impatto prognostico della pressione arteriosa clinica e monitorata nell'anziano istituzionalizzato

S. Zanieri, M. Belladonna, S. Pecchioni, A. Fedeli, G. Pepe, E. Lotti, L. Lambertucci, G. Masotti, N. Marchionni, A. Ungar

Centro di riferimento per l'Ipertensione Arteriosa dell'Anziano della Regione Toscana, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Scopo. Esiste una popolazione di anziani particolarmente disabili e con grave comorbilità istituzionalizzati in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA). A fronte di una elevata prevalenza e trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa nell'anziano in RSA 1 2, sono pochi gli sudi clinici che hanno valutato l'impatto prognostico della pressione arteriosa (P.A.) nell'anziano istituzionalizzato. Scopo dello studio è verificare l'impatto prognostico della P.A. sia clinica che ambulatoria in questa peculiare popolazione.
Materiali e metodi. 100 pazienti (pz) istituzionalizzati (età media: 81 ± 9 anni) sono stati arruolati consecutivamente tra il Maggio ed il Settembre 2006. Ogni pz è stato sottoposto ad anamnesi clinica e farmacologica, esame obiettivo con misurazione della P.A. sia clinica che monitorata con Monitoraggio pressorio nelle 24 ore (Spacelabs 90207). È stata eseguita, inoltre, valutazione multidimensionale (GDS, MMSE, Clock Test, BADL, Barthel Index (B.I.), Charlson Index). Tali pz sono stati, successivamente, seguiti in follow-up per un periodo massimo di un anno (follow-up medio 302 ± 122, range 1-365 giorni).
Risultati. La popolazione in studio era composta da 100 pazienti. Di questi il 69% risultava affetto da demenza, il 68% era disabile nelle attività di base della vita quotidiana. I pazienti istituzionalizzati presentavano inoltre un'elevata disabilità (Charlson Index in media 5,4 ± 1,5). Dei 100 pazienti arruolati ben 61 assumevano terapia anti-ipertensiva tra cui il 40% assumeva diuretici ed il 38% ACE-inibitori. Durante il follow-up sono stati registrati 21 decessi su 100 pazienti. I pz deceduti avevano un basso livello cognitivo (MMSE 9 ± 11 *vs.* 17 ± 10; $p = 0,001$), livelli funzionali (BADL: 4 ± 2 *vs.* 5 ± 1; $p = 0,004$) e nutrizionali (Circonferenza vita – CV: 81 ± 13 *vs.* 88 ± 12; $p = 0,03$) peggiori. In analisi univariata, (variabili continue suddivise sulla mediana) la mortalità è correlata ad un peggior livello cognitvo-funzionale [(BADL perse < 5 – 3 morti/34) *vs.* (BADL perse ≥ 5 – 18 morti/45) - $p = 0,007$); [(MMSE17 ≥ 7 morti/50) *vs.* (MMSE < 17 (14 morti /29) – $p = 0,05$)]. L'assunzione di neurolettici ($p = 0,03$), digitale ($p = 0,002$) ed insulina ($p = 0,002$) è risultata correlata ad un aumento di mortalità. Nessuna differenza si è rilevata analizzando i valori di PA, sia clinici che monitorati. In analisi multivariata (aggiustamento per età sesso e comorbilità) rimangono associati alla mortalità lo stato funzionale (BADL n/perse: HR = 0,73 CI: 0,56-0,96; $p = 0,03$; B.I.: HR = 1,46, CI: 1,13-1,88; $p = 0,03$), nutrizionale (CV: HR = 1,35 CI: 1,05-1,74; $p = 0,02$) ed il livello cognitivo (MMSE: HR = 1,64 CI 1,11-2,23; $p = 0,02$). Perdono la significatività le terapie farmacologiche.
Conclusioni. Il 61% dei pazienti in RSA assume terapia antipertensiva. La mortalità ad un anno in questa popolazione non è influenzata dalla P.A. mentre risulta correlata al livello funzionale, al decadimento cognitivo ed allo stato nutrizionale. La reale necessità e il tipo di trattamento antipertensivo in questa specifica popolazione necessitano ancora di ulteriori approfondimenti.

Bibliografia

1 Froom J, Trilling J. *Reducing antihypertensive medication use in nursing home patients*. Arch Fam Med 2000;9:378-83.
2 Ziesmer V, Ghosh S, Aronow WS. *Use of antihypertensive drug therapy in older persons in an academic nursing home*. J Am Med Dir Assoc 2002;3:243-5.

La sindrome metabolica e le sue componenti come predittori di mortalità totale e cardiovascolare: lo Studio Pro.V.A.

S. Zanoni[1], S. Zambon[1], G. Romanato[2], M. Noale[2], M.C. Corti[3], R. Marin[1], M.L. Casagrande[1], G. Baggio[3], G. Crepaldi[2], E. Manzato[1 2]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova; [2] Consiglio Nazionale delle Ricerche, Sezione Invecchiamento, Istituto di Neuroscienze, Padova; [3] Azienda Ospedaliera di Padova

Scopo. La sindrome metabolica è un'entità clinica eterogenea, rappresentata dalla coesistenza di alterazioni multiple, che riguardano la dislipidemia, l'obesità addominale, l'alterata tolleranza glucidica e l'ipertensione arteriosa. Studi condotti su popolazioni diverse (Americani, Finlandesi e Italiani) hanno dimostrato che la sindrome metabolica non è un predittore indipendente di mortalità per tutte le cause. Recentemente nei soggetti anziani del Cardiovascular Health Study è stato dimostrato che la sindrome metabolica, indipendentemente dalla definizione che si utilizza per definirla, si associa ad un aumento del 22% di mortalità per tutte le cause 1. Scopo del nostro lavoro è stato di valutare l'associazione tra la sindrome metabolica e le sue componenti e la mortalità totale e cardiovascolare nella popolazione anziana del Progetto Veneto Anziani (lo Studio Pro.V.A.).
Materiali e metodi. Il Progetto Veneto Anziani è uno studio osservazionale longitudinale condotto su 3.099 soggetti di età uguale o superiore a 65 anni di due aree geografiche del Veneto (Camposampiero e Rovigo) 2. In 2910 soggetti è stata valutata la presenza di sindrome metabolica secondo i criteri del National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III. Questi soggetti sono stati osservati al basale e dopo per un periodo medio di follow-up di 4,4 anni. L'associazione fra sindrome metabolica e le sue componente e la mortalità totale e cardiovascolare è stata valutata utilizzando l'analisi di Cox. I soggetti affetti al basale da angina, infarto del miocardio e ictus (n = 316) sono stati esclusi dalle analisi di mortalità cardiovascolare.
Risultati. La sindrome metabolica si associa con un aumento di mortalità per tutte le cause in tutti i soggetti (HR = 1,41, IC 95% 1,16-1,72; p = 0,001), negli uomini (HR = 1,42, IC 95% 1,06-1,89, p = 0,017), e nelle donne (HR = 1,47, 95% CI 1,13-1,91, p = 0,004), dopo aggiustamento per età, sesso, fumo, attività fisica, indice di massa corporea, albumina, colesterolo delle LDL e presenza al basale di malattie croniche. Nel modello che include come covariate le componenti della sindrome metabolica e la sindrome metabolica come variabile proxy, risultano essere predittori di mortalità per tutte le cause l'aumentata glicemia in tutti i soggetti (HR = 1,27, IC 95% 1,02-1,59, p = 0,037), e nelle donne (HR = 1,61, IC 95% 1,16-2,24, p = 0,005), e i bassi livelli di colesterolo HDL solo nelle donne (HR = 1,48, IC 95% 1,08-2,02, p = 0,014). La sindrome metabolica si associa anche con l'incremento della mortalità cardiovascolare in tutti i soggetti (HR = 1,60, IC 95% 1,17-2,19, p = 0,003), negli uomini (HR = 1,66, IC 95% 1,00-2,76, p = 0,051), e nelle donne (HR = 1,60, 95% CI 1,06-2,33, p = 0,025), dopo aver aggiustato per età, sesso, fumo, attività fisica, indice di massa corporea e colesterolo delle LDL. Nel modello che comprende quali covariate le componenti della sindrome metabolica e la sindrome metabolica come variabile proxy risultano associati alla mortalità cardiovascolare l'aumentata glicemia (HR = 2,17, IC 95% 1,28-3,68, p = 0,004), e i bassi livelli di colesterolo HDL (HR = 1,78, IC 95% 1,07-2,95, p = 0,026) nelle donne.
Conclusione. Nei soggetti anziani dello studio Pro.V.A la sindrome metabolica è un predittore di mortalità per tutte le cause e per cause cardiovascolari. Considerando le componenti della sindrome metabolica, i migliori predittori di mortalità totale sono l'aumento della glicemia in tutti i soggetti e nelle donne, e i bassi livelli di colesterolo delle HDL solo nelle donne. Per quanto riguarda la mortalità cardiovascolare i migliori predittori risultano l'aumento della glicemia e le basse HDL nelle donne. Questi risultati dovranno essere confermati da altri studi, ma dal punto di vista clinico suggeriscono l'importanza dei singoli fattori di rischio, piuttosto che la loro combinazione, nei soggetti anziani.

Bibliografia

[1] Mozaffarian D, Kamineni A, Prineas RJ, Siscovick DS. *Metabolic syndrome and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study.* Arch Intern Med 2008;168:969-78.

[2] Corti M-C, Guralnik JM, Sartori L, Baggio G, Manzato E, Pezzotti P, et al. *The effect of cardiovascular and ostoarticular diseases on disability in older Italian men and women: rationale, design, and sample characteristics of the Progetto Veneto Anziani (Pro.V.A.) Study.* J Am Geriatr Soc 2002,50:1535-40.

Possibile nuovo bio-marker diagnostico di malattia di Alzheimer: gli esteri del colesterolo

C. Zaru, M. Palmas, C. Abete[1], C. Mulas[1], P. Cocco[1], F. Angius[1], A. Pani[1], S. Dessì[1], G. Diaz[1], P.F. Putzu

Centro Alzheimer, Divisione Geriatria, ASL 8, Cagliari; [1] Dipartimento di Scienze Biomediche e Tecnologie, Università di Cagliari

L'Alzheimer (AD) è una malattia neurodegenerativa età-correlata che porta inevitabilmente ad un progressivo deficit cognitivo e a morte. Trent'anni di studi hanno portato ad una profonda conoscenza dei meccanismi molecolari responsabili della malattia, grazie alla quale sono stati individuati una serie di targets per la terapia, il più promettente dei quali sembra essere la }-amiloide. Pertanto sarebbe auspicabile l'identificazione di nuovi bio-*markers* che permettano di diagnosticare la malattia prima della manifestazione dei sintomi clinici. Lo sviluppo di tali bio-*markers* risulta infatti critico per individuare i soggetti da trattare con metodi terapeutici sotto indagine in vari gruppi di ricerca nel mondo. Tra i criteri proposti per bio-*markers* effettivi dell'AD figurano la sensibilità diagnostica > 80%, la realizzazione, la riproducibilità, la non invasività, la facilità e l'economicità. Partendo dal gran numero di studi che hanno evidenziato alterazioni del metabolismo lipidico strettamente connesse alla produzione di }-amiloide in reperti cerebrali autoptici di pazienti AD, nel presente lavoro abbiamo misurato il contenuto di lipidi neutri in linfomonociti periferici e i livelli plasmatici di colesterolo totale e HDL in 80 pazienti con diagnosi di "probabile AD". Il nostro scopo è stato quello di valutare se alterazioni del metabolismo lipidico simili a quelle riscontrate a livello cerebrale fossero presenti anche in cellule periferiche ottenibili con un semplice prelievo di sangue e pertanto se la presenza di eventuali alterazioni potessero rappresentare un potenziale nuovo bio-*marker* diagnostico di AD.
Materiali e metodi. Il campione esaminato è composto da 80 pazienti (età media 77,03 ± 7,36 aa) con diagnosi di probabile AD e da 40 "controlli sani senza deficit cognitivi" (età media 78,39 ± 4,86 aa), afferiti, nel periodo compreso tra settembre 2006 e giugno 2008, presso il Centro Alzheimer della Divisione Geriatria P.O. "SS Trinità" – ASL 8 – Cagliari. Per la diagnosi di malattia di Alzheimer i pz sono stati sottoposti ad esami ematochimici e strumentali di neuroimmaging, sono state somministrate le seguenti scale di valutazione: Hachinsky scale, MMSE, CDR, GDS, NPI, ADL, IADL, test di II livello (racconto di Babcock, test di Rey, fluenza verbale per lettera e per categoria, matrici attenzionali, copia di disegni, Token test). Sono utilizzati i criteri del DSM-IV, NINCDS-AIREN e del NINCDS-ADRA. I controlli sani sono stati selezionati dopo essere stati sottoposti ad una accurata anamnesi, alla somministrazione dell'MMSE e del Test dell'orologio. Non sono stati inclusi nello studio pazienti o volontari affetti da patologie neoplasiche o ematologiche, infezioni, insufficienza epatica o renale di severa entità, che abbiano subito un infarto del miocardio o un intervento chirurgico o un trauma cranico nei precedenti 6 mesi; inoltre non sono stati inclusi coloro che erano sotto trattamento con farmaci in grado di interferire (in modo noto) con il metabolismo del colesterolo.
Il plasma e i linfomonociti (PBMCs) sono stati isolati dopo centrifugazione di un prelievo di sangue venoso periferico eseguito sia sui controlli sani che sui pazienti affetti da AD. I livelli plasmatici di colesterolo totale (TC) e colesterolo HDL (HDL-C) sono stati determinati attraverso procedure colorimetriche enzimatiche di routine, i lipidi neutri cellulari sono stati determinati con il colorante *Oil red O* (ORO) in grado di legare i lipidi neutri (esteri del colesterolo e trigliceridi). I valori ottenuti con l'ORO vengono espressi sulla base dell'intensità del coloro rosso/cellula e suddivisi 5 classi: 0 (0), 1 (+), 2 (++), 3 (+++) e 4 (++++).
Risultati. Dallo studio è emerso che i livelli di colesterolo totale sono modicamente ridotti nel plasma dei pazienti affetti da AD, ma il dato non è risultato essere statisticamente significativo. Al contrario i livelli di HDL-C

risultano significativamente ridotti nel plasma dei pazienti affetti da AD rispetto ai controlli, mettendo in evidenza che bassi livelli di HDL-C nel plasma, più dei livelli del colesterolo totale, potrebbero essere coinvolti nella patogenesi della AD.
L'analisi con il colorante ORO rileva che i PBMCs di controllo contengono livelli di lipidi neutri molto bassi, mentre quelli di pazienti AD presentano un elevato numero di cellule ORO positive e una intensa colorazione rossa per cellula. Se analizzati individualmente la maggior parte degli AD-PBMCs (80%) hanno livelli di colorazione ORO compresi tra 2-4, mentre la maggior parte dei PBMCs dei controlli (85%) aveva valori compresi tra 0 e 1. L'analisi di questi dati mediante il Teorema di Bayes applicato alla popolazione "over 65" che include soggetti classificati come AD e non AD consente di stabilire che un soggetto positivo all'ORO con uno score 3-4 ha una probabilità superiore al 99% di corrispondere ad una diagnosi di probabile AD come indicato nei materiali e metodi. Viceversa un soggetto con score ORO da 0 a 2 ha il 98% di probabilità di non essere AD. Per il Teorema di Bayes si è ipotizzata una prevalenza di AD nella popolazione over 65 del 6%.
Conclusioni. L'applicazione del teorema di Bayes mostra come la colorazione ORO, con una sensibilità > al 99%, si dimostri un biomarcatore diagnostico estremamente sensibile nell'individuare i soggetti affetti da probabile AD. Tale marcatore soddisfa, al contempo, le caratteristiche di facilità di esecuzione, di applicazione, riproducibilità, non invasività ed economicità.
Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, ai loro parenti ed ai volontari che con la loro collaborazione hanno contribuito a realizzare questo studio.

Caratterizzazione biomeccanica dell'osso mediante tecniche di microscopia avanzata. Differenze tra soggetti diabetici e non diabetici anziani

E. Zigoura, T. Svaldo-Lanero[1], D. Storace, P. Bianchini[1], P. Odetti, R. Rolandi[1]

Università di Genova, Facoltà di Medicina e Chirurgia; [1] Università di Genova, Dipartimento di Fisica

Scopo della ricerca. L'osteoporosi è una malattia scheletrica sistemica in rapida e costante espansione, con notevoli ripercussioni sul piano economico e socio-sanitario. È caratterizzata da riduzione della massa ossea e da deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, con conseguente aumentata fragilità ossea e suscettibilità alle fratture. Numerosi studi riportano un aumentato rischio di frattura nei soggetti affetti da diabete mellito. La glicazione è stata recentemente proposta come potenziale fattore di osteoporosi durante l'invecchiamento e il diabete mellito. In questo studio, sono state valutate, mediante tecniche di microscopia avanzata, le differenze nelle proprietà biomeccaniche dell'osso trabecolare umano tra soggetti diabetici e non diabetici anziani.
Materiali e metodi. Sono stati esaminati 17 campioni di osso trabecolare prelevato da donatori sottoposti ad intervento chirurgico per protesi d'anca o frattura, di cui 9 affetti da diabete mellito (7 femmine e 2 maschi) e 8 non diabetici (5 femmine e 3 maschi). L'età media dei pazienti era di 69,35 ± 3,35 anni. Il microscopio a forza atomica è stato utilizzato per caratterizzare la morfologia delle trabecole ossee e per valutarne il comportamento meccanico, tramite curve deflessione-spostamento del piezo. L'analisi della regione di contatto delle curve è stata effettuata utilizzando il "modello a due molle" e il "modello di Hertz-Sneddon". Avvalendosi della microscopia confocale con eccitazione a due fotoni è stata esaminata la distribuzione dei prodotti di glicazione avanzata (AGEs) nelle trabecole.
Risultati. L'analisi della regione di contatto delle curve eseguite tramite il microscopio a forza atomica ha rilevato una differenza nel comportamento biomeccanico a seconda del gruppo di appartenenza del campione. A parità di età i campioni non diabetici presentavano curve deflessione-spostamento del piezo più ripide rispetto ai non diabetici. Analizzando i dati con il "modello a due molle" si è evidenziato che la costante elastica k (N/m) dei campioni diabetici era inferiore alla costante elastica della leva (< 14 N/m), mentre i campioni non diabetici presentavano valori in genere più alti (> 14 N/m). L'analisi della regione di contatto attraverso il modello di Herz-Sneddon ha confermato la differenza nelle proprietà elastiche tra campioni diabetici e non diabetici ($7{,}92^{*}10^{-5}$ ± 3,93 GPa *vs.* 0,36 ± 0,29 GPa; $p < 0{,}01$).
Esiste una relazione inversa non lineare, nei soggetti affetti da diabete mellito, tra il valore di elasticità dell'osso (modulo di Young) e la concentrazione di pentosidina, che per lo bassa numerosità del campione non raggiunge però la significatività statistica ($n = 7$, $R = 0{,}60$, $p > 0{,}05$).
Utilizzando il microscopio confocale con eccitazione a due fotoni è stato osservato che i campioni rigidi, non diabetici, presentano una distribuzione non uniforme con accumulo nelle zone periferiche, mentre i campioni con bassa rigidità presentano una distribuzione uniforme tra zona periferica e zona interna.
Conclusioni. Dai dati raccolti in questo studio sui parametri biomeccanici dell'osso si può concludere che le trabecole ossee di soggetti diabetici sono meno rigide rispetto ai soggetti non diabetici di pari età. È verosimile che la glicazione, attraverso diversi meccanismi fisiopatologici, come l'alterazione delle proprietà strutturali e meccaniche del collagene, influisca sulle caratteristiche biologiche dell'osso aumentando il rischio di frattura che si osserva nei soggetti affetti da diabete mellito. Ulteriori studi sono necessari per poter separare il contributo del collagene da quello del materiale inorganico sulle proprietà meccaniche dell'osso e mettere in relazione questa modificazione con le alterazioni strutturali e morfologiche dell'osso.

Indice degli Autori

Abbate C., 425, 572
Abbatecola A.M., 233
Abbruzzese R., 387, 453, 488
Abete C., 391, 439, 521, 573
Abete P., 387, 453, 488, 512, 560
Accetta M.G., 424, 448
Adamo M.L., 443, 448
Addante F., 239, 387, 44, 448, 503, 542, 551
Addante L.M., 404, 407, 410, 434, 491, 545, 556, 559, 416
Aglialoro C., 388, 406, 559, 570
Agostini A., 388
Agresti A., 491
Aicardi G., 456
Aiello E., 553
Albana S., 424
Aldrovandi L., 365, 564
Aleotti F., 230
Alesse A., 389
Alimenti M., 389, 436, 445
Aloni A., 410
Altavilla R., 388
Altomare E., 551
Altomare O., 287
Alunno Corbucci S., 383
Ambrosino I., 390, 535
Amici S., 390, 527
Andriulli M., 438
Angeli G., 450
Angelici G., 557
Angelici R., 557
Angelini A., 390., 406
Angeloni G., 438
Angius F., 391, 439, 521, 573
Annoni F., 278
Annoni G., 391, 394, 565
Anselmi E., 490
Antista G., 489, 541, 548
Antocicco M., 520
Anton S., 282
Antonelli Incalzi R., 423, 441., 503
Antonicelli R., 499
Anzivino F., 280
Aquila S., 392, 563
Aramini I., 537
Araujo Y., 392, 516
Arcoleo S., 406
Ardoino G., 393
Arecco M.A., 428
Aresu M., 438, 520, 529
Arizzi C., 393, 406, 462, 548
Arma P., 481
Arosio B., 391, 394, 492
Arpaia G., 393
Arrigoni F., 394
Artoni A., 395, 427, 465
Assisi A., 430
Asuni G., 521
Attanasio A., 430
Augello C., 568
Auricchio E., 396, 413
Avallone E., 242, 244
Avolio D., 387, 488

Baccaglini K., 467, 476, 522, 554
Bacchi G., 396
Bacchin E., 460
Baccomo P., 492
Badi I., 537
Badini I., 440
Bagarolo R., 397
Baggiani L., 312
Baggio G., 573
Baglio I., 398
Baglioni M., 390, 442, 518, 536
Bagnara L., 398, 572
Baicchi U., 514
Balbis E., 399
Baldaccini A., 547
Balducci D., 361
Balducci L., 439
Balietti M., 399, 411, 425, 456, 461
Ballabeni M., 569
Ballarini P., 400, 453
Ballini E., 506
Balsamo T., 410, 416
Bambara V., 552
Banchero A., 449
Bandinelli S., 233, 395, 406, 427, 431, 465
Baratto L., 324
Barbagallo M., 388, 393, 405, 406, 417, 454, 462, 481, 489, 499, 541, 548, 559, 568, 570
Barban G., 445
Barbato B., 317, 400, 408
Barbato N., 404, 491
Barbera C., 401
Barbero G., 401
Barbero M., 401, 428
Barbieri M., 233, 413
Barbieri M.P., 402
Barbisoni P., 414, 479, 538, 541, 555
Baronchelli I., 402
Bartalucci F., 433
Bartolacci S., 466
Bartorelli L., 331, 402, 409
Basaria S., 422, 493
Basile G., 419, 490
Bassetti A., 312
Basso C., 558
Basso U., 468
Bastiani P., 390, 442, 518
Battaglia G., 403, 463, 482, 403, 476
Battaglia M., 552
Bavazzano E., 346
Bedani R., 457
Belgiovine G., 404
Belladonna M., 404, 572
Bellafante V., 360
Bellagente L., 433
Bellanti F., 540, 551
Bellavia G., 481
Bellelli G., 247, 308, 321, 562
Bellentani M.D., 255
Bellocchio P.P., 422, 474
Belloi L., 409, 450, 504
Bellomo A., 263
Belloni D., 514
Belloni Sonzogni A., 343
Beltrame B., 428
Beltrami L., 405, 408
Belvedere G., 388, 393, 405, 417, 462, 481, 489, 559, 570
Belvedere M., 388, 393, 405, 406, 417, 454, 462, 481, 489, 499, 559, 570
Benatti M., 406, 427, 465
Bencini F., 506
Bendini C., 390, 406
Benigno M., 407
Benninati F., 289
Benori V., 400, 408
Benvenuto M., 408
Bergamaschi M., 409
Bergamaschini L., 398, 425, 540, 572
Bergamini E., 426, 468, 514
Bergamini G., 564
Bergamini L., 390
Bernabei R., 392, 398, 403, 427, 432 439, 449, 464, 470, 476, 495, 528, 542, 552, 563
Bernard C., 409
Bernardini B., 322
Bernazzi R., 289
Berni I., 409
Berti G., 410
Bertocci B., 429
Bertocco S., 509, 558
Bertolini A., 407, 410, 416, 434, 556
Bertoni-Freddari C., 399., 411, 425, 456, 461
Besana N., 393
Besozzi B., 545
Betta C., 480
Bettelli G., 412, 420, 475
Biagini C.A., 506
Biamonte S., 552
Bianchetti A., 227, 412, 440, 537
Bianchi G., 282
Bianchi V.D., 435
Bianchini C., 447, 459, 465, 533
Bianchini P., 574
Bicchi M., 486
Bilotta C., 540
Bindi M., 458
Biondi M.P., 564
Bissoli L., 234, 570
Blandizzi C., 450
Blasco M., 437
Blundo C., 511
Bocale R., 524, 561
Boccardi V., 413
Boccia L., 396, 413
Bochicchio G.B., 470
Boemi M., 561
Boffelli S., 227, 412, 414, 479, 538, 541, 555
Boi R., 414
Boldrini P., 472
Boldrocchi G.L., 415
Bolzonella C., 410
Bonaccorsi G., 312
Bonaiuti D., 328
Bonardi D., 485
Bonarrigo G., 419
Bonati P.A., 230
Bonavera E., 491
Boncinelli L., 252
Boncinelli M., 506
Bondi A., 366
Bonerba M., 410, 416
Bonetti F., 422, 461
Bonfigli A.R., 474, 561
Boni M., 318, 416, 480, 508
Bonoldi E., 478
Bonomini C., 445
Borgia L., 350, 351
Borgia R., 360
Bosco B., 360
Bosello O., 551
Bottura R., 548
Bove A., 417, 510
Bovolenta F., 326
Braca M., 359
Branca S., 512
Brancati A.M., 430, 550
Bresci L.L., 383
Bressan M.A., 446
Brizioli E., 258
Brocca T., 312
Broccoli M., 557
Brogi C., 372
Brucato V., 393, 405, 406, 417, 454, 462, 481, 548
Brugnolo A., 402
Brunelli R., 480, 532
Brunetti M., 434, 536
Brunini A., 517
Bruno D., 551
Buccelli S., 420
Buizza C., 418
Buracchio D., 360
Buscemi I., 406

Cacciatore F., 387, 488
Cadeddu G., 419
Cadeddu S., 438, 520, 529

Cafariello C., 258
Cagnin A., 228
Caimi B., 405
Cairati M., 440
Calabrò M., 317, 400, 408
Calamida F., 393
Calandriello E., 462, 511
Caldi F., 434, 512, 536
Caleri V., 506
Calicchio G., 524
Calvi M., 402
Cama G., 419
Camilli C., 507
Caminiti C., 500, 567
Campana D., 402
Candela L., 453
Cannone A., 404
Canosa R., 539
Cantarini E., 420
Cantini C., 506
Capasso A., 420
Capiluppi C., 504
Capobianco G., 547
Capon A., 421, 502
Cappai S., 438, 520, 529
Cappelletto F., 457
Cappelli R., 486
Cappola A.R., 431
Capurso A., 421, 469, 470, 530
Capurso C., 421, 469, 470, 530, 551
Carassale L., 422, 427, 465, 500, 567
Carbone P., 422
Caretta F., 254
Caridi I., 423
Cariello F.P., 507, 544
Carlson O., 422
Carlucci S., 400
Carmassi F., 517
Caronzolo F., 424, 443, 448, 471, 483, 490, 530
Carpaneto V., 414
Carter C., 282
Carucci I., 557
Carugo S., 405, 408
Casagrande M.L., 573
Cascavilla L., 424, 448, 523, 542, 551
Casè A., 425
Casella S., 461
Casoli T., 399, 411, 425, 456
Cassani L., 393
Cassano S., 544
Castagna A., 270
Castagna G., 419
Castaldi D., 516
Castaldo A., 304, 313
Castellani L., 426
Castelli M., 425, 490
Castello L., 426, 550
Castiglioni M., 458, 562
Castoldi G., 278
Castorani N., 235, 479
Cataldo M.C., 504
Catananti C., 427
Catanzaro S., 351, 514
Catelli P., 441
Cattabiani C., 427, 441
Cavagnano P., 512
Cavagnaro P., 449, 457
Cavalieri M., 428, 485, 498
Cavallaro A.R., 428
Cavallero A., 414
Cavallero P., 429
Cavalli C., 415, 472
Cavallini G., 426, 514
Cavallini M.C., 487, 506
Cavano R., 491
Cavazzini C., 569
Cazzadori M., 500
Cecchetti R., 390, 442, 518, 536
Cecchetto G., 430
Ceccon R., 569
Cecere C., 402
Ceci M., 430
Ceda G.P., 395, 406, 427, 431, 441, 465, 489, 500, 567
Celentano V., 357
Celesia B.M., 368
Celi C., 433
Cella A., 431, 445
Cembrani F., 296
Cembrani V., 296
Cera I., 551
Ceresini G., 395, 406, 427, 431, 465
Ceretti A., 560
Cerfogli C., 504
Cerina G., 322
Ceriotti C., 555
Ceriotti L., 472
Cerri A., 337
Cerri A.P., 391
Cerullo F., 432
Cesa-Bianchi G., 443, 513, 532
Cesari M., 432, 439, 464
Cesarone A., 531
Charles C., 422
Chelli E., 514
Cherubini A., 438, 474, 486, 523, 536
Chiamenti A.M., 509, 558
Chianese L., 510
Chiarantini D., 433
Chiarello A., 433
Chiarpotto E., 426
Chiatti C., 534
Chichiarelli L., 561
Chini F., 518
Chioatto P., 504
Chirafisi F., 471
Chirico M., 268, 434
Chisciotti V., 266
Chisciotti V.M., 434, 536
Chitò E., 460
Chiumeo F., 435
Chizzoli B., 546
Ciaburri M., 432
Cianetti L., 453
Ciarrocchi R., 494
Cibarelli R., 524
Cicerchia M., 430
Cimarelli L., 477, 515
Cimminiello C., 393
Cimmino F., 435
Ciofani E., 438
Cipriani L., 389, 436, 445
Cipriano C., 437, 442, 474, 495
Cirese G., 438
Cirinei E., 438, 486
Cividini D., 433
Clini E.M., 537
Cocchi A., 470, 520
Cocco A., 336
Cocco M., 438, 520, 529
Cocco P., 521, 573
Cocco P.L., 391, 439
Codemo A., 509, 558
Coghe F., 392, 516
Coin A., 351, 468, 514
Colacicco A.M., 421, 469, 470, 530
Colazzo G., 402
Colloca G., 432, 439, 464
Colombo D.A., 485
Colombo E., 398
Colombo M., 440, 496, 566
Colombo R., 490
Colombo S.S.G., 298
Colucci R., 450
Coluccia R., 550
Comitale E., 510
Comodo N., 312
Conestabile della Staffa M., 447, 459, 465, 533
Confalonieri G., 410
Confalonieri R., 391
Congiu M.G., 438, 520, 529
Conte A., 472
Convertini D., 407
Corbi G., 244
Corda E., 438, 520, 529
Corica F., 441
Cornali C., 440, 537
Corridori C., 466
Corritore M., 387
Corsi A.M., 233
Corsi M., 396, 565
Corsini I., 544
Corsonello A., 388, 441
Corti M.C., 573
Cosentino I., 456
Cossi S., 461
Cosso P., 519, 538
Costa A., 570
Costagliola C., 417, 510
Costantini M., 412
Costantino D.S., 270
Costantino G., 441
Costanzi E., 390, 442, 459, 465, 518, 527, 533
Costarelli L., 442, 474, 495
Cotelli M., 330
Cottalasso D., 399
Cottino M., 440
Covallero S., 370
Coveri M., 494
Cozzi F., 463
Cravello L., 422
Crepaldi G., 466, 515, 573
Crescenti P., 443, 490
Cristina M., 368
Cristini C., 418, 443, 513, 532
Crivello F., 406
Crovegni F., 456
Cruciani G., 480, 532
Crupi D., 482
Cucchi G., 433
Cucinotta L., 509
Culla G., 423
Cuneo G., 431
Curci S., 444
Curiale V., 431, 444, 445
Curreli N.M.C., 438, 520, 529
Cursi F., 389, 436, 445
Custureri R., 444, 445
Cutaia C., 566
Cuzzoni G., 446, 491, 526

D'Acquisto L., 396, 413
D'Agata R., 424
D'Agostino L., 446
D'Agostino M., 444
D'Agostino S., 446
D'Ambrosio D., 453
D'Ambrosio L.P., 447, 542
D'Ambrosio V., 447, 459, 465, 474, 533
D'Amico F., 424, 443, 448, 471, 483, 490, 530
D'Amico G., 501
D'Anastasio C., 494
D'Angelo R., 477
D'Arrigo G., 483, 530
D'Introno A., 421, 469, 470, 530
D'Onofrio G., 387, 424, 447, 448, 503, 523, 542, 551
Da Pieve V., 347, 506
Dagostino M., 451
Dall'Acqua F., 414, 449
Dallapiccola B., 503
Damato M., 451, 501
Damen V., 564
Damiano M., 424
Danese P., 403, 449, 476, 552, 533
Daniele B., 420
Daolio S., 473
Dardano A., 450, 562
David S., 412
De Agostini L., 393
De Angelis A., 457
De Benedictis P., 502, 539
De Biasio M., 420

De Carli F., 402
De Filippi F., 278
De Gesu R., 409, 450, 504
De Luca M., 420
De Marinis E., 501
De Martis M., 475
De Matthaeis A., 444, 553
de Matthaeis A., 451, 452, 457
De Micco B., 417
De Noni L., 500
de Pinto D., 557
de Pinto G.D., 452
De Rosa G., 453
De Santis A., 361
De Tommaso G., 511
De Vreese L.P., 450
Debastiani E., 480
Debiasi M., 318
Deboli P., 374
Dedoussis G., 495
Defanti C.A., 460
Del Bianco L., 433
Del Grosso Destreri N., 509, 558
Del Pin K., 452
Del Signore S., 220
Dell'Aquila G., 474, 523
Della Morte D., 453
Della Morte L., 492
Delrio A., 468
Demela S.M., 453
Denitto M., 421
Dentamaro M., 453, 480
Denti L., 500, 567
Desideri G., 438, 524, 561
Dessi B., 402
Dessì S., 391, 439, 521, 573
Dessí-Fulgheri P., 460, 481, 483, 497, 511, 542, 565
Di Bari M., 433
Di Bartolomeo C., 538
Di Bella G., 388, 541, 548
Di Bella T., 454
Di Caprio M., 426
Di Eugenio M., 504
Di Francesco V., 234, 500
Di Gaetano R., 524
Di Genova E., 438
Di Giorgi E., 472
Di Giulio C., 462
Di Iorio A., 441
Di Lallo D., 421, 502
Di Muzio M., 441
Di Prima A., 388, 405, 406, 417, 454, 481, 489, 499, 526, 541, 548, 559, 570
Di Puppo C., 455
Di Serio C., 456
Di Stefano G., 399, 411, 425, 456
Di Zio I., 561
Diaz G., 391, 439, 521, 573
Dijk B., 457
Dilda M., 457
Dini F., 458
Dominguez L.J., 388, 393, 405, 406, 417, 454, 462, 481, 489, 499, 541, 548, 559, 568, 570
Donadio S., 402
Donati A., 468, 514
Donato D., 459
Doronzo A.R., 491
Dotti M., 365, 564
Durante A., 535
Duranti E., 450
Dusi G., 480

Egan J., 422
Emanuelli M., 442
Enzi G., 351, 459, 467, 468, 476, 514, 522, 529, 554
Ercolani S., 447, 459, 465, 518, 527, 533, 536
Errico M., 482
Espinosa E., 460, 481, 483, 497, 542, 565
Esposito A., 405, 408, 413
Estellano L., 569
Extermann M., 439

Fabrizio V., 316
Facchi M., 474
Facchini C., 488
Fagnani D., 235 479
Falaschi P., 501
Falchero S., 294
Falci C., 468
Falciani F., 312
Famengo B., 478
Fantin F., 500
Fascendini S., 460
Fasolino A., 472, 543, 548
Fattore R., 464
Fattoretti P., 399, 411, 425, 456, 461
Fattori M., 556
Favalli A., 461
Favaretto S., 228
Fazioli F., 561
Fedele V., 509
Fedeli A., 404, 572
Fedullo F., 430
Feliziani F.T., 447, 459, 462, 465, 533, 536
Fellin R., 428, 485, 498, 555
Femia R., 419
Femiano M., 420
Femminella G.D., 242
Ferlisi M., 388, 393, 405, 417, 462, 481, 489, 559, 570
Ferrandino F., 444, 451, 482
Ferrara L., 317
Ferrara N., 244
Ferraresi S., 472
Ferrari A., 276, 463, 558
Ferrari D., 403, 440, 463, 482
Ferrari M., 463
Ferrario R., 492
Ferraro A., 544
Ferretti R., 438, 474, 523
Ferri C., 524, 561
Ferri M., 479, 538, 541, 555
Ferri T., 473
Ferrini A., 464
Ferro A., 402
Ferrucci L., 233, 387, 395, 406, 427, 431, 465, 493, 503, 523
Feruglio M., 400
Fiandra A., 331, 402
Filabozzi P., 444
Filieri G., 464
Filippelli A., 244
Finelli M.E., 390
Fiore A., 447, 459, 465, 474, 533
Fiore D., 390, 535
Fiorillo S., 316, 403, 463, 482
Fiorino I., 465
Flor L., 459
Focarile F., 459
Foglietta F., 280
Fontana L., 282
Fornaini M., 400, 408
Fornari M., 415
Fortuna P., 504
Fraguglia C., 431
Francavilla M., 480, 532
Franceschi C., 499, 561
Franceschi M., 239, 387, 424, 447, 448, 466, 503, 515, 523, 528, 542, 551
Franceschini M., 326
Francesconi A., 472
Francesconi P., 466
Franchin A., 467, 476, 522, 554
Franchini S., 460
Franciosi U., 468
Franzoni S., 440, 537
Fratton G., 571
Frau G., 256
Frau R., 539
Fricia T., 468
Frisardi V., 421, 469, 470, 530
Frondini C., 276
Frugoni P., 501

Fucci M., 470, 508
Fulvio F., 518
Fumagalli A., 485
Fumagalli M.A., 524
Fumagalli S., 436
Furfaro A.L., 399
Furlani F., 526
Fusco D., 464, 470

Gabelli C., 463, 509, 558
Gabriele M., 393
Gadaleta A.M., 470
Gaddi A., 543
Gagliardi C., 475
Gaglio G., 448, 471
Gainotti G., 396
Galeazzi R., 499
Galizia G., 512
Gallina P., 459, 569
Gallucci M., 472
Galluccio A., 374
Gamba A., 569
Gambardella A., 510
Gambassi G., 257, 392, 398, 427, 432, 439, 495, 545, 563
Gandelli M., 472, 511, 543, 548
Garasto S., 441
Gardellini A., 494
Gareri P., 270
Gargiulo G., 404, 453
Garulli M., 473
Gasperini B., 438, 474, 486
Gavazzi R., 359
Gavioli R., 366
Gazzardi G., 553
Gelmini G., 394, 415, 457, 473
Gelpi F., 571
Gentile S., 422, 474
Ghezzi I., 477
Ghiazza B., 492
Ghirelli L., 512
Ghirmai S., 322
Giacconi R., 442, 474, 495
Giambarresi L., 426
Giambartino M.T., 454, 526
Giampieri M., 475
Giannandrea E., 475
Gianni W., 430
Giannini A., 524
Giannini E., 481, 483
Giannone B., 403, 476, 552
Giannoni C., 513
Gianotto M., 543, 548
Giantin V., 292, 467, 476, 514, 522, 554
Giarante U., 477, 515
Giardullo A., 426
Gili Fivela I., 357
Gioia F., 478
Gioia S., 561
Giordano A., 479, 538, 541, 555
Giorgetti B., 399, 411, 425, 456, 461
Giorgi R., 483, 497, 511, 542, 565
Giorgi S., 440
Giorgini N., 235, 479
Giovagnoli M., 409
Giovannini S., 282
Girardello R., 318, 416, 480, 508
Girardi A., 351, 514
Girotti M., 337
Girtler N., 402
Giubilei F., 331
Giuffrida F., 453, 480
Giuffrida R., 424, 530
Giuli C., 437, 480, 532
Giuliani A., 460, 481
Giuliani A.L., 410
Giuliano K., 500, 551
Giunta A., 388, 393, 405, 406, 417, 462, 481, 489, 559
Giunta S., 441
Giuriato P., 459

Giusti S., 517
Giuzio R., 513
Gobbi B., 442
Gobbi G., 518, 527
Gobbi P., 301, 304
Goffredo V., 424, 503
Golino L., 242
Gollin D., 463, 558
Golotta P., 482
Gori E., 312
Gori G., 341
Gorreri B., 415
Gozio B., 546
Gozzoli M.P., 500
Gradenigo B., 472
Graldi G., 410
Granata A., 424
Grassi V., 560
Grasso R., 443, 448, 483
Gravina C., 503, 551
Greco A., 444, 451, 482, 501, 553
Gregori A., 474
Grella R., 483
Grilli A., 483, 497, 511, 542, 565
Grilli M., 444
Grimaldi F., 424
Grippa A., 424, 443, 448, 471, 483, 490, 530
Grosso G., 467, 476, 522, 544, 554
Grumo G., 455, 484, 502, 528, 539, 567
Grussu I., 409
Guaita A., 218, 440, 490, 496, 566
Guaschi A., 396
Guerini F., 308, 562
Guerra C., 459
Guerra G., 428, 485, 498
Guffanti E.E., 485
Guglielmi G., 452, 557
Guglielmi P., 289
Gugliotta R., 438, 474, 486
Guidi V., 486
Gullo M., 487, 506
Guralnik J.M., 395, 406, 428, 431, 485, 498

Herbein G., 495

Iacovino F., 473
Ianes A.B., 393, 519, 538
Ibba D., 438, 520, 529
Ierace B., 331
Imoscopi A., 529
Indiano I., 501
Inelmen E.M., 351, 514, 529
Inglese M., 452
Invidia L., 561
Iseppi P., 416

Jajte J., 495
John M., 422
Julita S., 492

Kehoe P.G., 469
Kisialiou A., 233

La Masa M., 428
La Sala A., 520, 529
Lacava R., 270
Lambertucci L., 404, 572
Lamprinoudi T., 544
Lamura G., 487, 505, 534
Lancellotti G., 272, 488
Lancioni L., 511
Landi A., 434, 512, 536
Landi F., 449, 464, 470, 476, 507, 520, 542, 552
Langellotto A., 387, 488
Larbi A., 495
Lardieri L., 423
Largueche S., 393, 417, 570
Latella R., 402
Lattanzio F., 399, 411, 412, 420, 425, 437, 441, 442, 456, 461, 474, 475, 479, 480, 485, 487, 495, 499, 505, 532, 534, 550, 556, 561
Lauretani F., 233, 395, 406, 427, 431, 465, 489
Leandro G., 387, 503, 523, 528
Lechiara M.C., 561
Leeuwenburgh C., 282
Leichsenring K., 237
Leonardi S., 447, 459, 465, 533, 536
Leonetti A., 538
Leosco D., 243
Leotta C., 509
Lepore M., 396, 413, 435
Lepore V., 430
Lera S., 349
Levi Dalla Vida G., 436
Lezza A.M.S., 282
Liperoti R., 398, 449, 542
Lo Bue A., 388, 393, 405, 417, 462, 481, 489, 559, 570
Lo Monaco M.R., 470
Locatelli C., 538
Lombardi A., 508
Lombardo G., 424, 448, 483, 490, 530
Lonardi P., 375
Lonardi S., 468
Longo M.G., 447
Lopez S., 490, 553
Lopopolo M., 491
Lorenzetti B., 483
Loria M., 491
Lorini C., 312
Lotti E., 404, 572
Lovaldi F., 357
Lovestone S., 390, 442, 527
Luca M., 497
Luca S., 509
Lucarini S., 449, 457
Lucchetti M., 441, 487
Lucchi E., 562
Lucchi R., 366
Lucchi T., 394, 492
Luci M., 441
Lunardelli M.L., 276
Luzzatti C., 565

Maccioni E., 392, 516
Maestroni A.M., 492
Magarelli M., 462, 511
Maggi S., 225, 466, 515
Maggio D., 438
Maggio M., 395, 406, 422, 427, 431, 441, 465, 489, 493, 523
Magni P., 557
Magnolfi S.U., 493, 525
Magro L., 224
Maioli F., 494
Maiolo C., 423
Maiorana E., 449, 495
Malatesta M., 461
Malavolta M., 437, 442, 474, 495
Malentacchi F., 525
Malett M., 336
Malgarise M., 496, 521
Malnati M., 496, 566
Manca C., 518
Manca E., 496, 521
Mancinelli L., 483, 497, 542, 565
Mandas A., 438, 520, 529
Manfredini I., 497, 548
Mangani I., 433
Mangialasche F., 390, 442, 447, 459, 465, 533
Mangiaracina D., 541
Manini T., 282
Mantero S., 312
Mantovani G., 415
Manuele S., 562
Manzato E., 292, 467, 468, 476, 514, 522, 529, 554, 573
Maracchi I., 363
Maraldi C., 428, 485, 498, 555
Maraviglia A., 434, 512, 536
Marazzi M., 562
Marcellini F., 437
Marchegiani A., 498
Marchegiani F., 499
Marchese G., 388, 454, 499
Marcheselli F., 561
Marchetti C., 494
Marchini F., 562
Marchini M., 233
Marchionni N., 266, 404, 433, 434, 436, 456, 487, 506, 512, 525, 528, 536, 572
Marcionetti J., 496
Marengoni A., 461
Marfella R., 390, 483, 535
Margapoti R., 500, 567
Mari D., 516
Mariani E., 459, 533, 536
Mariani T., 438, 474, 486
Marigliano V., 263
Marin R., 573
Marin S., 468
Marinari U.M., 399
Marini C., 524, 561
Marini M., 289, 506
Marino A., 415
Marino F., 500
Mariotti R., 461
Markides K., 464
Marra M., 474, 561
Marrè A., 562
Marrone G., 357
Marsilio A., 251
Marti M., 564
Martocchia A., 501
Marzetti E., 282, 464
Marzulli N., 501, 557
Marzullo R.L., 480, 532
Maselli M., 467, 476, 522, 554
Masi M.C., 432
Masotti G., 404, 433, 434, 506, 536, 572
Mastrobuoni C., 387, 453, 488
Mastroiacovo D., 524
Mastroianni F., 388, 455, 470, 484, 502, 508, 528, 539, 567
Mastroianno M., 482
Mastromattei A., 260, 421, 502
Mastronardi L., 394
Mastropaolo S., 403, 476, 552
Mastrullo M.G., 503
Matera M.G., 424, 448, 503, 551
Mati D., 289
Mattanza C., 414, 479, 538, 541, 555
Mattarei M., 435
Matteazzi A., 478, 504
Matteazzi F., 478
Matterelli R., 409
Mattioli A., 460, 481
Maugeri D., 509
Mauri G., 278
Mauri S., 540
Mauti G., 438, 524, 561
Mazzali G., 551
Mazzei B., 388
Mazzei D., 402
Mazzella F., 387, 488
Mazzola P., 278
Meani M., 504
Mecocci P., 390, 442, 447, 459, 462, 465, 511, 518, 527, 533, 536
Melchiori C., 291
Melchiorre M.G., 487, 505
Melli G., 347, 506
Mello A.M., 506
Melonio S., 507
Mencucci M., 291
Menichetti E., 389, 436
Mennella A., 376
Messina R., 568
Metter E.J., 493, 523
Micheli A., 460
Micheli M., 492
Michelis E., 324
Michieletto L., 569

Migale M., 507, 544
Mignemi S., 396
Migone A., 537, 564
Migotto S., 317
Milaneschi Y., 233
Milanese G., 453, 480
Millanta S., 399
Minello S., 400, 408
Minervini M., 470, 508
Minervini S., 318, 416, 480, 508
Minicuccio G., 509
Minieri F., 417, 510
Minieri M., 435
Minnucci A., 571
Miolo G., 509
Miraglia S., 548
Miscio L., 482
Misuraca C., 485
Mocchegiani E., 437, 442, 474, 495, 499
Mocerino C., 510
Moggia D., 537
Molfetta L., 543
Molinari M., 457
Mollica E., 443
Mollica G., 424
Monacelli F., 543
Monaco G., 417, 510
Monfardini S., 468
Montanari D., 457
Montecucco I., 447, 459, 465, 511, 533
Monti D., 495
Monti G., 312
Monti M., 426, 472, 511, 543, 548
Montrano M., 452
Montuori C., 387, 488
Monzani F., 450, 562
Monzani V., 540
Morabito B., 473
Morandi A., 479, 538, 541, 555
Morè M., 557
Moret Iurilli M., 404, 545
Moretti R., 492
Morgante S., 500, 570
Morganti S., 427, 431, 465
Morghen S., 562
Morichi V., 483, 497, 511, 542, 565
Morrione A., 434, 512, 536
Morrone G., 409, 450
Moruzzo D., 458
Mosca G., 425
Moscardini S., 564
Mosetti D'Henry F., 363
Mossello E., 487, 506
Mosso T., 513
Mot E., 238
Mulas C., 391, 439, 521, 573
Muller D.C., 422
Munizzi R., 312
Musante S., 537, 564
Muscari A., 513
Mussi C., 272, 441, 488, 497, 512, 548
Muti E., 442, 474, 495

Najjar M., 351, 514
Najjar S., 523
Napolitano A., 531
Nardelli A., 489
Nativio V., 494
Nava L.A., 350
Necozione S., 438, 524, 561
Negri P., 564
Negri S., 473
Nencini C., 514
Neri M., 390, 406
Nespoli C., 433
Neviani F., 390, 406
Nevola E., 550
Nguyen H., 474
Niccolai A., 289
Nicita-Mauro C., 419
Nicoletti N., 304
Niro V., 387, 542
Noale M., 466, 515, 573
Nobili F., 402
Noferi I., 493, 525
Nollo G., 435
Noro G., 512, 571
Novero G., 357
Nuzzo M.D., 477, 515

Odetti P., 414, 449, 468, 498, 535, 537, 543, 574
Odinolfi F., 492
Ogliari G., 516
Olioso D., 551
Olivieri D., 531
Olivieri F., 561
Olla C., 392, 516
Onder G., 223, 238, 441, 449, 476, 520, 542, 552
Onetto F., 517
Orlandoni P., 235, 479
Orrù G., 351, 514
Orsitto G., 518
Orso F., 266
Orzella L., 518
Ottolini A., 474

Pace M., 447, 459, 465, 518, 533
Pacilli L., 482
Pagani M., 322
Pagliari P., 519, 538
Pagni P., 494
Pahor M., 217, 464
Pais M.E., 438, 520, 529
Pallotta F., 445
Palmacci C., 520
Palmari N., 438, 391, 439
Palmas M., 521, 573
Palumbo D., 453, 480
Palummeri E., 402, 431, 445, 531
Pani A., 521, 573
Pani L., 496, 521
Panza F., 421, 469, 470, 530
Panzuto G., 467, 476, 522, 554
Paoletti F., 391, 439
Paolisso G., 233, 390, 406, 413, 483, 535
Papa M., 413
Papparotto C., 317
Parenti L., 517
Parenti M., 514
Paris F., 424, 448, 523, 542, 551
Parisi G.C., 466, 515
Parisi S., 560
Parrinello G., 265
Parrino S., 441
Partinico D., 402
Pascucci L., 374
Pasqua A., 466
Passaro F., 560
Pastore L., 560
Patacchini F., 438, 486, 523
Patriarca S., 399
Patteri G., 491
Pavese I., 268, 563
Pawelec G., 495
Paxia G., 564
Pazienza A., 424, 447, 448, 542
Pazienza A.M., 523
Pecchioni S., 266, 404, 572
Pecci F., 350
Pedditzi E., 438, 520, 529
Pedone C., 423, 441, 503
Pedone V., 494
Pedretti P., 456
Pegoraro., R., 301
Pelizzari L., 570
Pellerito S., 456
Pellizzari M., 430, 569
Pelucchi L., 524, 560
Pentimone F., 517, 562
Pepe G., 404, 433, 572
Peppe T., 547
Perissinotto E., 468, 514
Peroli P., 336
Perriello G., 241
Perrozzi M., 537
Perticarari L., 450
Peruzzi A., 463, 558
Pessina C., 457
Petrella I., 524
Petrella V., 510
Petrini M., 249
Petruccelli T., 482
Petruzzi E., 493, 525
Pevere M., 335, 525
Pezzati R., 496
Piacenza F., 474, 495
Piana P., 446, 491, 526, 546
Picaro F., 387, 453, 488
Picchioni E., 366
Picciolo V., 405, 417, 454, 462, 499, 526, 559, 568, 570
Pieraccioli M.C., 266
Pierini M., 561
Pierpaoli S., 474, 495
Pietrapertosa G., 503
Pigliautile M., 390, 447, 459, 518, 527, 533
Pignatale D., 361, 455, 484, 528
Pilloni A., 409
Pilotto A., 239, 387, 424, 447, 448, 466, 469, 503, 515, 523, 528, 542, 551
Pinelli M., 458
Pineo A., 499
Pintore G., 529
Pintus M., 438, 520, 529
Pinzani P., 525
Pioli G., 276
Pipicella T., 424, 448, 490, 530
Pirrone S., 509
Pistoia G., 530, 567
Pitacco C., 382
Pizzocri S., 405, 408
Pizzorni C., 531
Placentino G., 448
Platano D., 456
Poli G., 426
Polini A., 450
Polonara S., 511
Pomi M., 453, 531
Ponti A., 477, 532
Postacchini D., 480, 532
Pozzato E., 475
Pozzebon M., 317, 400, 408
Pozzi M., 405
Prassoli P.M.G., 371
Pregliasco F., 477, 515
Prencipe R., 401
Prenni V., 447, 459, 465, 474, 533
Prete C., 444, 445
Previato A., 410
Previderè G., 440
Primerano G., 533
Principi A., 487, 534
Privizzini A., 401
Procino G., 440
Pronzato M.A., 399
Provinciali L., 442
Prudovsky I., 456
Puddu A., 535
Puddu G.M., 513
Pupi A., 487
Putzu P., 391, 439, 512
Putzu P.F., 392, 496, 516, 521, 521, 539, 573
Putzu V., 516

Quaranta E., 390, 535

Racca L., 414
Racca M., 414
Rafanelli M., 266, 434, 512, 536
Raffaele A., 438, 524
Raffaele M., 538
Raffaelli R., 289
Raganato M., 389

Raganato P., 436
Raglio A., 328
Ragni S., 331, 402, 409
Rago R., 544
Raichi T., 447, 459, 465, 533, 536
Raiteri R., 537
Raiteri U., 402
Ralli L., 415
Ramirez P.M., 400
Ranieri P., 227, 412, 440, 537
Ranzani P., 440
Ranzini M., 485, 498
Rappelli S.A., 460, 481
Rasera T., 393
Rasero L., 312
Ravalico T., 473
Razzanelli M., 466
Re L., 524
Reale G., 423
Rebagliati A., 388
Recanati C., 433
Recchia E., 420
Recchioni R., 561
Redaelli C., 408
Regesta G., 402
Reggiani L., 462
Reginato C., 443
Reitano A., 316
Renda A.M., 463
Rengo F., 242, 244, 387, 488, 512, 528, 560
Rengo G., 242
Repetto L., 538
Resta F., 407
Riccetti A., 507
Ricchetti M., 414
Ricci A., 479, 538, 541, 555
Ricci G., 519, 538
Ricci M., 374, 447, 459, 462, 511
Riccio D., 512, 539
Ricevuti G., 422, 446, 491, 526, 546
Rimediotti M., 433
Rinaldi C., 570
Rinaldi G., 468
Rinaldi P., 390, 442, 518, 527
Rink L., 495
Rioli G., 571
Risso R., 457
Ritacco A., 544
Rizzo M.R., 390, 413, 535
Robba F., 401
Roca V., 502, 539
Rocchi F., 569
Rodriguez G., 402
Rolandi R., 574
Rollo T., 540, 551
Romanato G., 573, 461
Romanelli M., 312
Romani M., 289
Romani R., 426
Romano A., 553
Romano A.D., 501, 540, 551, 557
Romeo B., 420
Romeo L., 537
Romoli M., 289
Rossato P., 504
Rosselli F., 544
Rosselli M., 568
Rossetti G., 405, 408
Rossetti M., 387, 453, 488
Rossetti S., 445
Rossi A., 500, 526, 570
Rossi L., 428, 498
Rossi P.D., 540
Rotolo G., 541
Rozzini R., 414, 479, 538, 541, 555
Ruaro C., 463, 509, 558
Rubini E., 548
Ruffato M., 569
Ruffilli G., 403, 449, 476, 552
Ruffolo E., 434, 536
Ruggiero C., 438, 474, 486, 523
Ruggiero E., 351, 514, 389, 436
Russo A., 449, 464, 476, 507, 542, 552
Russo G., 509
Russo S., 387, 453, 488
Russo T., 560
Rustea B., 397

Saba A., 438, 520, 529
Saccavini M., 489, 500, 567
Sacchelli C., 533
Saiani M., 318
Saitta M., 471
Sala M., 460
Salamina A., 407
Salvi F., 460, 481, 483, 497, 511, 542, 565
Salvioli G., 512
Salvioli S., 561
Salvioni A., 466
Sammartano S., 571
Sampietro S., 351, 514
Sancarlo D., 424, 447, 448, 542, 551
Sanguineti R., 543
Santacroce S., 546
Santelli A., 414
Santi I., 472, 511, 543, 548
Santillo E., 507, 544
Santomauro F., 312
Santoro A., 491
Santoro M., 545
Santoro N., 513
Sapone P., 387, 453, 488, 560
Saracino N., 545
Sarakatsianou V., 541
Sardi F., 446, 491, 526, 546
Sarti S., 351
Sartini D., 442
Saugo M., 430
Scaglia L., 546
Scala G., 547
Scalisi L., 548
Scalmana S., 518
Scambia G., 432
Scannapieco G.L., 472
Scarabello Vettore S., 318
Scarangella M., 472, 543, 548
Scarcelli C., 387, 447, 542
Scarlata S., 503
Scarongella S., 416
Scarselli G.P., 569
Scarsini R., 548
Schena F., 548
Schiavo A., 525
Schifilliti C., 509
Scibilia C., 471
Scipioni R., 438, 524, 561
Sciusco R., 470, 508
Scoditti U., 567
Scorzetti G., 531
Scotto R., 488, 497, 548
Scuteri A., 430, 550
Sebastiani M., 412, 475, 538, 556
Segato E., 394
Segreto G., 471
Semba R.D., 465
Senin U., 438, 447, 459, 465, 474, 486, 518, 523, 533
Sennino G., 461
Seo A.Y., 282
Sepe A., 234, 551
Serafini V., 442
Sergi G., 292, 468, 514, 529
Seripa D., 239, 424, 448, 469, 503, 551
Serra R., 474
Serra S., 510
Serras A., 393
Serrati C., 402
Sertorio S., 336
Servetto G., 402
Serviddio G., 501, 540, 551
Sestini S., 262
Settanni S., 403, 476, 552
Sgrò G., 552
Sibilano A., 490, 553
Sibilio F., 420
Sica F., 553
Siena F., 482
Silvestri A., 510
Silvestrini M., 442
Silvola F., 560
Simione I., 488
Simmons A., 390, 527
Simonato M., 467, 476, 522, 554
Simoni D., 487, 506
Sioulis F., 428, 485, 498, 555
Sirolla C., 474, 556, 561
Siviero C., 337
Sleiman I., 479, 538, 541, 555
Soave D., 570
Solari D., 405, 408
Solazzi M., 411, 425, 456
Soldato M., 402
Sole M., 376
Solfrizzi V., 421, 469, 470, 530
Solinas A., 496, 521
Sorrentino S., 242, 244
Sorvillo F., 480, 532
Spalek R., 333
Spallina G., 512
Spanò A., 564
Spazzafumo L., 235, 475, 479, 499, 511, 532, 538, 556
Speciale S., 562
Sperandeo M., 553
Spica A., 410, 434, 556, 559
Spinella N., 408
Squassina D., 546
Starnari R., 475
Starvaggi M., 393
Stasi R., 462
Stefanelli M., 501
Stefanoni M.G., 553
Storace D., 535, 543, 574
Stramaglia G., 451, 452, 553, 557
Strollo F., 557
Strollo G., 557
Stronati M., 475
Suozzi M.F., 387, 453, 488, 560
Svaldo-Lanero T., 574

Taddei S., 450
Tafani A., 332, 507
Tafaro L., 501
Tagalicud A.S., 422
Talassi E., 463, 509, 558
Tamagno M., 401
Tamborra R., 540, 551
Tanganelli P., 402
Taormina G., 462, 489, 559
Tarantini F., 436, 456
Tarducci R., 518, 527
Tarricone I., 559
Tassinari I., 487, 506
Tava G., 512, 571
Tavella C., 361
Tavian N., 408
Tedeschi E., 517
Terranova O., 292
Terrevazzi S., 524, 560
Teruzzi F., 391
Tesei S., 437, 442, 474, 495
Tessarin M., 408
Testa A.C., 432
Testa G., 387, 488, 560
Testa I., 561
Testa R., 474, 561
Testi A., 537
Tiberi C., 561
Tiberti S., 438
Tiraboschi P., 460
Tirelli V., 562
Todino V., 511
Tognini S., 562

Tonelli C., 567
Tonetto M., 380
Tonon E., 506
Torchia S., 270
Torelli F., 415
Torpilliesi T., 562
Torres D., G.
Torres F., 268, 563
Tosato M., 392, 398, 464, 495, 545, 563
Toschi A., 564
Tosoni F., 440
Trabucchi M., 227, 246, 308, 321, 412, 414, 440, 479, 537, 538, 541, 555, 562
Tramutoli R.G., 462, 511
Trasciatti S., 431, 444, 445
Travaglini N., 479, 538, 541, 555
Traverso A., 537
Traverso C., 537, 564
Traverso N., 399
Tria D., 518
Trimarchi P.D., 565
Trogu E., 438, 520, 529
Trotta F.M., 483, 497, 542, 565
Tuccillo F., 420
Turco R., 562
Turi V., 518

Ubezio M.C., 422
Ulizio L.M., 464
Umidi S., 565
Ungar A., 266, 404, 434, 512, 536, 572
Urbano M., 503, 551
Uva V., 402

Vaccaro R., 496, 566
Vacondio P., 450
Vadalà B., 433
Valcavi R., 500, 567
Valenti G., 395, 406, 431, 441
Valerio E., 478
Valerio G., 478, 504
Valoti P., 436
Valsecchi D., 540
Valsecchi M., 500, 570
Valsecchi V., 492
Valtorta S., 402
Vara A., 517
Vasaturo D., 524
Vasquez F., 567
Vassallo G., 454, 526, 568
Vazzana R.M., 233
Vecchiato T., 355
Vedele C., 549
Veloccia S., 518
Vendemiale G., 421, 451, 452, 469, 470, 482, 501, 530, 540, 551, 553, 557
Vendemiale G.L., 444
Venezia A., 420, 518
Ventagli M., 504
Ventura G., 544
Venturelli M., 548
Venturini C., 235, 479
Venturino A., 335, 428
Vergani C., 391, 394, 398, 425, 492, 540, 572
Versini E., 571
Vespa A., 568
Vestini R., 390, 535
Viaggi A., 359
Viazzoli C., 391, 394
Vidotto F., 260
Vigorelli P., 336
Villani D., 422, 474
Viola C., 422
Virdis A., 450
Viscogliosi G., 550
Visentin A., 569
Vismara V., 569
Vitali Mazza P., 526
Vitali S., 496, 566
Vivian M.E., 570
Viviani G.L., 468, 535
Volpato S., 221, 428, 441, 485, 498, 555
Volpe G., 510
Volpe M., 550

Wierer U., 509, 558
Windham G.B., 523
Wohlgemuth S.E., 282

Xu J., 282

Yuskavage J., 422

Zagarella F., 400
Zagone G., 454, 499, 570
Zambaldi P., 571
Zambon S., 573
Zamboni M., 234, 551, 570
Zamboni V., 464
Zanardo M., 430
Zanasi A., 571
Zanatta F., 467, 476, 522, 554
Zancanaro C., 461
Zanetti E., 315
Zanetti M., 425, 572
Zanieri S., 404, 572
Zanoncelli D., 388
Zanoni S., 573
Zappavigna D., 436
Zaru C., 391, 439, 521, 573, 278
Zega M., 257
Ziglioli E., 540
Zigoura E., 574
Zimbaro P., 443
Zincarelli C., 242
Zivelonghi A., 500, 551
Zoico E., 551
Zoli M., 513
Zuffinetti C., 553
Zuliani G., 428, 485
Zuliani S., 317
Zumba Macay R.J., 399
Zunino L., 428