



GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

ORGANIGRAMMA DELLA RIVISTA

Direttore Responsabile: Saverio Marino

Editor in chief: Giovanni Gelmini

Comitato di Redazione: Rocco Amendolara, Laura Calcara, Pietro Gareri, Giancarlo Isaia, Michele Garulli, Mara Dilda, Ciro Manzo, Titti Pavese, Morena Pellati, Cristina Basso, Luisa Guglielmi, Lorenzo Sampietro, Roberto Bellavigna, Antonietta Marino, Giuliana Mercadante .

Comitato Scientifico: Giuseppe Abate, Giuseppe Andreis, Fabrizio Arrigoni, Francesco Badagliacca, Luisa Bartorelli, Gianpaolo Bocconcelli, Piero Angelo Bonati, Renato Bottura, Carmine Cafariello, Vincenzo Canonico, Andrea Capasso, Alberto Cester, Robin Chattat, Julie Lidia Citarella, Raffaele Conforti, Antonino Maria Cotroneo, Domenico Cucinotta, Luigi Di Ciocco, Silvana Maria Di Placido, Andrea Fabbo,

Luigi Forgione, Pasqualina Insardà, Attilio Giacummo, Gianbattista Guerrini, Francesco Landi, Vincenzo Leoci, Carmine Macchione, Marcello Maggio, Ernesto Palummeri, Giuseppe Paolisso, Gabriele Peperoni, Francesco Perticone, Franco Rengo, Franco Romagnoni, Alberto Pilotto, Francesco Santamaria, Umberto Senin, Alessandra Tognetti, Marco Trabucchi, Orazio Zanetti.

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente: S. Putignano

Vice Presidente: L. Forgione

Segretario: C. Volpe

Tesoriere: F. Santamaria

Past President: S. Marino

Editor in Chief "Geriatrics Extraospedaliera": G. Gelmini

Responsabile attività scientifica - Newsletter: P. Gareri

Responsabile attività di ricerca: A. Giacummo - I. Pavese

Consiglieri: R. Conforti - A.M. Cotroneo - G. Peperoni

Revisori dei conti: Membri effettivi: R. Lacava - P. Cervera - F. Amoroso

Membri supplenti: F. Annunziata - P. Scognamiglio

Probi Viri: Membri effettivi: V. Leoci - G. Cerqua - M.C. Bollini

Membri supplenti: L. Iallonardo - G. Puzio

Comitato scientifico Congresso Nazionale

Coordinatore: E. Palummeri

Componenti: L. Bartorelli, L. Calcara, V. Canonico, A.M. Cotroneo, A. Fabbo, P. Gareri, G. Gelmini, G. Guerrini, L. Iallonardo, I. Pavese



GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

CONSIGLI DIRETTIVI REGIONALI

CAMPANIA:

Presidente: Lucia Iallonardo
Vice Presidente: Tommaso Genovese
Segretario: Giuliano Cerqua
Tesoriere: Pasquale Cervera
Responsabile scientifico: Andrea Capasso

CALABRIA:

Presidente: Roberto Lacava
Past President: Pietro Gareri
Vice Presidente: Maurizio Berardelli
Segretario: Alberto Castagna
Tesoriere: Francesca Mazzei
Responsabile scientifico: Pasqualina Insardà
Sezione Nursing: Enedina Gravina

PUGLIA:

Presidente: Francesco Badagliacca
Vice Presidente: Silvia Picillo
Segretario: Roberta Chiloiro
Responsabile scientifico: Giuseppe Pistoia
Delega ai rapporti con i Medici di Medicina Generale e le relative Associazioni: Marino Antonio Solazzo
Delega ai rapporti con l'Università e le altre Società Scientifiche: Francesco Torres
Delega ai rapporti con le Istituzioni e gli Specialisti Territoriali: Immacolata Pavese
Delega ai rapporti con le Professioni Sanitarie: Katia Pinto

LAZIO:

Presidente: Raffaele Conforti
Vice Presidente: Pio Pellegrini
Segretario e Tesoriere: Giovanni Sergio
Responsabile scientifico: Carmine Cafariello
Referente per la Psicogeriatría: Antonio Braconaro
Relazioni con i Medici di Medicina Generale: Carmelo Praticò
Sezioni Professioni Sanitarie: Presidente: Silvana Maria Di Placido
Consiglieri: Filippo Corte - Angelica Ciurescu - Pierangela Gravante - Rossella Cassanelli

EMILIA ROMAGNA:

Presidente: Piero Angelo Bonati
Segretario: Andrea Fabbo
Tesoriere: Giuseppe Buonanno
Responsabile scientifico: Giovanni Gelmini
Delega ai rapporti con l'Università e con le figure professionali di area psicologica: Rabih Chattat
Delega ai rapporti con le Istituzioni e le altre Società Scientifiche: Clelia D'Anastasio
Relazioni con le altre Figure Professionali (MMG, Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti Sociali): Morena Pellati
Delega ai rapporti con le organizzazioni dei servizi territoriali (rete dei servizi): Elisabetta Silingardi
Sezione Nursing: Presidente: Antonietta Marino
Consiglieri: Rocco Amendolara - Michele Garulli - Pierangela Guerzoni
Dirigente Ufficio Infermieristico A.USL Modena - Distretto 2: Luigi Ralli

SICILIA:

Presidente: Gioacchino Oddo
Vice Presidente: Laura Calcara
Segretario: Marcello Tomarchio
Tesoriere: Giovanni Veneziano
Delega ai rapporti SIGG: Vito Sciacca Parrinello
Delega ai rapporti SICUD: Sara Manuele
Sezione Professioni Sanitarie: Presidente: Julie Lidia Citarrella
Vice Presidente: Elena Patorno
Segretario: Hichem Bejaoui
Referente Area Riabilitazione: Vincenzo Salerno
Referente Area Infermieristica: Patrizia Fortezza
Referente Area Assistenti Sociali: Cettina Bonomolo
Referente Area Case Management : Gioacchino Drago
Consiglieri: Tania Piccione - Violetta Valenti - Calogero Ninotta - Episcopo Gianfranco

VENETO

Presidente: Maria Cristina Bollini
Vice Presidente: Vincenzo Leoci
Segretario: Lucia Soattin
Tesoriere: Maria Beatrice Baggio
Responsabile scientifico: Adalberto Bordin
Rapporti con le Residenze Protette: Adalberto Bordin
Rapporti con le Istituzioni e le altre Società Scientifiche: Alberto Cester
Relazioni con le altre Figure Professionali (MMG, Infermieri, Fisioterapisti, Psicologi, Assistenti Sociali): Fernanda De Romedi
Sistemi di Valutazione Multidimensionale: F. Tiozzo

PIEMONTE – VALLE D'AOSTA

Presidente: Carmine Macchione
Vice Presidente: Gianluca Isaia
Segretario: Antonino Busceti
Tesoriere: Giuliana Mercadante
Responsabile scientifico: Antonino Maria Cotroneo

LIGURIA

Presidente: Ernesto Palummeri
Vice Presidente: Lorenzo Sampietro
Segretario: Tiziana Leale
Consiglieri: Alberto Cella - Roberto Anselmo - Ekaterini Zigoura - Natalia Vello

LOMBARDIA

Presidente: Corrado Carabellese
Vicepresidente: Gianbattista Guerrini
Segretario: Renato Bottura
Consiglieri : .Alberto Zanoni - Raffaele Latella - .Angelo Ceretti
Chiara Ubezio

Sommario

Geriatria extraospedaliera	pag. 4
Siamo internazionali.....	“ 5
E la storia si ripete	“ 7
I campanelli d'allarme in reumatologia geriatrica.....	“ 8
Il percorso assistenziale del paziente anziano con scompenso cardiaco.....	“ 12
Il deficit cognitivo nel paziente nefropatico anziano.....	“ 15
Esperienza di un Servizio biennale di “telecardiologia per pazienti in assistenza domiciliare” dell' ASP Palermo	“ 17
Studio osservazionale su sicurezza e tollerabilità ed efficacia a lungo termine dei farmaci di prima scelta Ache-i e Memantina per i pazienti con Demenza di Alzheimer	“ 19
Geriatria domiciliare D.O.C.: alcune considerazioni ... in libertà	“ 23
Comunicazioni 10° Congresso Nazionale A.G.E.	“ 25
Una proposta di valutazione geriatrica funzionale ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile totale con indennità di accompagnamento.....	“ 25
Arterial Stiffness ed Ipovitamina D nella Malattia di Alzheimer.	“ 25
Analisi di un'implementazione del sistema delle cure domiciliari nell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 nord.	“ 25
Demenza di Alzheimer e vitamina D.....	“ 26
Il Day-Service Geriatrico per i disturbi cognitivo-comportamentali: un esempio di integrazione tra ospedale e territorio.	“ 26
Il ripristino del bilancio elettrolitico in un gruppo di anziani ipovolemici attraverso l'uso del plasma marino ..	“ 26
Il Ruolo fondamentale dell'Anamnesi farmacologica e suo utilizzo in uno studio osservazionale sul monitoraggio farmacologico e farmacovigilanza in pazienti ambulatoriali ASL.....	“ 27
Indagine conoscitiva osservazionale sulla coscienza del concetto di rischio cardiovascolare nella popolazione ambulatoriale geriatrica in una popolazione afferente ad un poliambulatorio ASL.....	“ 27
Ipovitaminosi D ed efficacia clinica della memantina in soggetti affetti da deficit cognitivo	“ 27
L'ambulatorio geriatrico in aiuto alla commissione medico-legale nel riconoscimento del grado d'invalidità civile : metodo e strumenti per una diagnosi funzionale negli ultra 65enni	“ 28
La complessità del paziente geriatrico sul territorio.....	“ 28
La Continuità Assistenziale: Differenze epidemiologiche e Disabilità tra anziani fragili accolti in un nucleo Rsa con retta privata e quelli accolti in nucleo Rsa secondo lista di attesa.....	“ 28
La geriatria e le cure primarie nelle regioni: Lombardia, Veneto, Trentino Alto-Adige e Friuli Venezia Giulia .	“ 29
Lo studio memage: studio retrospettivo sui benefici della terapia combinata tra memantina ed inibitori delle colinesterasi in pazienti anziani affetti da malattia di Alzheimer	“ 29
Sonno e qualità di vita nell'anziano.....	“ 29
Modulo post acuti: un servizio per la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.	“ 30
Report di 18 mesi di attività.	“ 30
Paziente geriatrico e malattie reumatiche: puo' l'individuazione di campanelli d'allarme condivisi migliorare la collaborazione tra geriatra e reumatologo? Cosa e' cambiato dopo quattro anni dalla prima iniziativa di collaborazione interdisciplinare in Regione Campania?.....	“ 30
Psicologia sociale maligna nella demenza: quando una cattiva relazione altera la percezione del sé.....	“ 30
Studio epidemiologico multicentrico sulle ulcere cutanee	“ 31
Studio osservazionale sull'uso di farmaci antalgici nell'anziano cardiopatico	“ 31
Attività fisica adattata per anziani fragili: un nuovo servizio nei Distretti Socio-sanitari	“ 31
Unità complesse di cure primarie e nuovo ruolo del Geriatra territoriale.....	“ 32
Vitamina D nella popolazione anziana: risultati di uno studio osservazionale dei pazienti di una RSA.....	“ 32

Geriatrica extraospedaliera

Organo ufficiale dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri

Sede: Via G. Tenore, 17 - Napoli - Italia - www.associazionegeriatri.it

Geriatrica Extraospedaliera pubblica contributi redatti in forma di editoriali, articoli originali, review, presentazione di casi clinici, lettere al Direttore aventi ad oggetto tematiche relative alla Geriatrica Territoriale e alle attività dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE).

L'invio degli articoli avviene esclusivamente per via elettronica al seguente indirizzo e-mail: savmar@tin.it oppure saverio.marino@associazionegeriatri.it.

I contributi devono essere accompagnati da una dichiarazione degli Autori che l'articolo non è stato inviato ad alcuna altra rivista, né che è stato accettato altrove per la pubblicazione.

Gli Autori inoltre devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento con Aziende i cui prodotti vengano citati nel testo.

Compilazione:

- **Informazioni Generali:** Il testo deve essere scritto utilizzando il programma Word (versione PC e MAC). E' preferibile utilizzare il carattere "Times New Roman" con interlinea 2. Le pagine devono essere progressivamente numerate ed ordinate secondo il seguente schema: titolo del lavoro; nomi e cognomi degli autori per esteso; istituto di appartenenza con indirizzo completo del primo autore comprensivo di e-mail (per eventuale corrispondenza); riassunto in italiano (esclusi editoriali e lettere); parole chiave (da un minimo di 3 ad un massimo di 5); testo; eventuali ringraziamenti; bibliografia completa; eventuale menzione del Congresso al quale i dati dell'articolo siano stati presentati (in toto o in parte).
- **Abbreviazioni:** la prima comparsa di una abbreviazione deve essere sempre preceduta dal termine completo che la stessa sostituisce.
- **Nome di Farmaci:** va usato il nome farmacologico.
- **Tabelle:** devono essere dattiloscritte una per pagina e numerate progressivamente con numerazione romana. Nel testo della tabella e nella legenda, si consiglia utilizzare i seguenti simboli: *, §, **,.....
- **Bibliografia:** le voci bibliografiche vanno numerate secondo l'ordine di citazione riportando: cognome ed iniziale del nome degli Autori, titolo del lavoro, nome della rivista abbreviato ex Index Medicus, anno di pubblicazione, volume, prima ed ultima pagina dell'articolo.
Esempio: Bernabei R., Barillaro C. : La valutazione multidimensionale e gli strumenti di seconda generazione. Ger. ExtraOsp. 2006; Volume IV (3-4):11-15
Nel caso di un libro, si indicheranno nel medesimo modo il nome degli Autori, il titolo, il numero dell'edizione, il nome dell'Editore, il luogo di pubblicazione, il numero del volume e le pagine (iniziale e finale).
- **Esame dei contributi:** i contributi inviati verranno esaminati dal Direttore responsabile e dal Comitato di redazione, inviati ad un referee esterno facente parte del Comitato Scientifico e quindi eventualmente accettati per la pubblicazione. Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio delle sole prime bozze del lavoro entro sette (7) giorni dall'invio. Il primo nome verrà informato, tramite e-mail, circa l'accettazione o meno del contributo entro massimo 30 giorni.

Importante: i lavori inviati, una volta accettati per la pubblicazione, non verranno restituiti. Il comitato di redazione si riserva il diritto di apportare al testo modifiche di uniformità redazionale che si dovessero rendere necessarie.

Abbonamenti: Geriatrica ExtraOspedaliera è una rivista trimestrale che viene inviata gratuitamente ai soci dell'AGE in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione.

COPYRIGHT: i lavori pubblicati rimangono di proprietà della rivista e possono essere riprodotti solo previa autorizzazione del Direttore Responsabile e citandone la fonte.

Siamo internazionali

di *Giovanni Gelmini*

Non credo che ci possa essere miglior pagina d'accesso al numero di una rivista, il primo di questo 2014, che vuole rappresentare l'anima di Società Scientifica! Non ci può essere miglior soddisfazione che evidenziare lo straordinario evento che siamo INTERNAZIONALI. Come attesta la lettera inviata al nostro presidente Salvatore Putignano dal Prof. Heung Bang Cha, presidente dell'International Association of Gerontology and Geriatrics, lettera ovviamente integralmente pubblicata. L'International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), è una organizzazione non governativa (ONG), che promuove la ricerca e la formazione gerontologica/geriatrica e rappresenta le diverse organizzazioni geriatriche presenti nelle varie nazioni tra, cui, oggi, anche l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE), che si affianca alla Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) a rappresentare in tale ambito internazionale il nostro paese.

L'Associazione è stata fondata nel luglio 1950 e registrata in quel Liegi, in Belgio, come International Association of Gerontological Societies, associazione di organizzazioni coinvolte nella ricerca e nella formazione gerontologia. È stata successivamente ribattezzata come International Association of Gerontology e poi International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG).

La mission dell'Associazione è quella di promuovere i più alti livelli di realizzazione nella ricerca e nella formazione gerontologica in tutto il mondo, e di interagire con le altre organizzazioni internazionali, intergovernative e non-governative nella promozione degli interessi gerontologici a livello globale e per conto delle sue associazioni. L'Associazione persegue tali attività al fine di migliorare la qualità della vita e il benessere di tutte le persone che stanno invecchiando a livello individuale nonchè valorizzare il ruolo sociale della persona anziana.

La IAGG oggi comprende 73 organizzazioni associate in oltre 65 paesi nel mondo con una adesione di oltre 45.100 soci dotati di diverse competenze nei vari campi in cui si sviluppano i temi dell'invecchiamento, degli anziani e della loro qualità di vita. In pratica opinion leader nei servizi sanitari e sociali, nelle aree residenziali e di sostegno al reddito, nella erce della ricerca e dell'istruzione nonchè della politica pubblica, dell'amministrazione e altre, discipline ancora.

La IAGG comprende due commissioni permanenti: l'International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) e l'International Council of Gerontology Student Organizations (ICGSO). Si tratta di una organizzazione non governativa di categoria III ed ha un ruolo consultivo presso lo United Nations Economic and Social Council.

La IAGG tiene un congresso mondiale ogni

quattro anni e il 20° si è svolto nel 2012 Seoul, in Corea del Sud, dove tra i vari nostri colleghi ha partecipato anche Andrea Fabbo, che cito poichè ha sicuramente svolto un ruolo di trascinatore in questa nostra avventura internazionale.

La IAGG è governata da un Consiglio i cui rappresentanti riporto in allegato con rispettivi riferimenti qualora qualcuno fosse interessato ad un contatto.

La Segreteria e i riferimenti della IAGG sono i seguenti: Room No. 1107, Gwanghwamun Platinum, Saemunanro 5ga-gil 28, Jongrogu, Seoul, Korea 110-052

TEL +82-2-737-2548 / FAX +82-2-737-1042 / INTERNET PHONE 070-7743-2548 / E-Mail iagg@iagg.info



Heung Bong Cha, PhD
PRESIDENT
Korea

Sung-Jae Choi, PhD
SECRETARY GENERAL-VICE PRESIDENT
Korea

Dong Ho Lee, MD, PhD
TREASURER
Korea

Bruno Vellas, MD, PhD
IMMEDIATE PAST PRESIDENT
France

John Rowe, MD, PhD
PRESIDENT-ELECT
United States of America

Keith Hill, PhD
CHAIR, ASIA / OCEANIA
Australia

Vladimir Khavinson, MD
CHAIR, EUROPE
Russia

José Jauregui, MD, PhD
CHAIR, LATIN AMERICA / CARIBBEAN
Argentina

Toni Antonucci, PhD
CHAIR, NORTH AMERICA
United States of America

Isabella Aboderin, PhD
CHAIR, AFRICA
Kenya

OFFICE
Rm 1107, Gwanghwamun Platinum
Saemunanro 5ga-gil 28, Jongro-ku
Seoul, KOREA 110-052

TEL: 82-2-737-2548
FAX: 82-2-737-1042
INTERNET PHONE : 070-7743-2548

E-MAIL: svvvvpa@hanmail.net
limms02@hotmail.com
WEBSITE: <http://www.iagg.info>

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS

July 29, 2013

Dr. Salvatore Putignano
President
Associazione Geriatri Extraospedalieri
dott.s.putignano@alice.it

cc : Prof. Vladimir KHAVINSON,
Chair, IAGG Europe Region
ibg@gerontology.ru

Dear Dr. Putignano,

On behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics, I am pleased to acknowledge the acceptance of Associazione Geriatri Extraospedalieri as a member association of the IAGG. The response from Council members was overwhelmingly positive during the Council meeting held on June 26, 2013 in Seoul, Korea.


I would like to take this opportunity to welcome your country's membership in the IAGG and its continuing participation for years to come. Please do not hesitate to contact the Secretariat if you have any questions about your membership.

The approval of membership is contingent upon the payment of required membership dues to the IAGG Treasurer according to the IAGG Manual of Operating Procedures. The membership is renewable annually upon payment of the dues. Please find the attached invoice and payment information.

For our records, please provide us the details of membership, postal address, fax, and e-mail of your Association, and also those of the office bearers of the Association using the attached form, which will be used for dues calculation, contact update and website insertion.

Thanking you in advance and, once again, welcome to IAGG.

Yours sincerely,


Heung Bong Cha, PhD
IAGG President

Attachments :

1. Invoice for membership dues
2. Update information of your association


Executive Committee

Heung Bong CHA, President, Professor Emeritus Department Social Welfare, Hallym University, Seoul, South Korea. Tel. +82-2-737-254; +82-2-737-1042 mail: hbcha42@gmail.com



Toni C. ANTONUCCI, Chair North American Regio, Professor of Psychology, Program Director & Research Professor, Life Course Development Program, Institute for Social Research, Associate Vice President for Research, University of Michigan. +1 734-764-9192; +44 (0)1865-612801 mail tca@umich.edu



Sung Jae CHOI, Secretary General & Vice President, Professor of Social Welfare, Department of Social Welfare, Seoul National University, and Director, Institute on Aging, Seoul National University, South Korea. +82-2-737-2548; +82-2-737-1042 mail: sjchoi@snu.ac.kr



Keith HILL, Chair Asia & Oceania Region, Prof Keith HILL is presently Head of the School of Physiotherapy, Faculty of Health Sciences, Curtin University in Perth, Australia Mail Keith.Hill@curtin.edu.au



Dong Ho LEE, Treasurer, Professor of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Seoul National University College of Medicine and Director, Health Promotion Center, Seoul National University Bundang Hospital, South Korea. +82-2-737-2548; +82-2-737-1042 mail: dhljohn@snuh.org



José Ricardo Jauregui, Chair Latin American & Caribbean Region, Professor of Geriatric & Family Medicine Buenos Aires University, Director & Associate Researcher Institut of Biology of Aging +54 11 49 61 00 70; +54 11 49 61 00 70 mail profejauregui@gmail.com



Bruno VELLAS, Immediate Past President, Professor of Medicine, Chief Dept. of Internal Medicine & Geriatrics, Chief Alzheimer's Disease Clinical Research Centre of Toulouse +33 05 61 77 76 49; +33 05 61 49 71 09 mail vellas.b@chu-toulouse.fr



Vladimir Kh. Khavinson, Chair European Region, Director of St Petersburg Institute of Bioregulation & Gerontology. Vice-President of Gerontological Society of Russian Academy of Sciences



John ROWE, President Elect, Professor at the Department of Health Policy and Management, Joseph Mailman School of Public Health, Columbia University in New York, USA. Mail jwr2108@mail.cumc.columbia.edu


Regional Chairs

Isabella ABODERIN, Chair Africa Region, Leads the Oxford Institute of Aging program of work on Africa and is Co-ordinator of the African Research on Ageing Network (AFRAN). +44 (0)1865-612800; +44 (0)1865-612801 mail laboderin@aphrc.org

E la storia si ripete...

L'arrogante testardaggine tradisce la "specificità" e alimenta la "fragilità".

di *Salvatore Putignano*

Era la seduta inaugurale del IX congresso nazionale AGE a Napoli. Il titolo del congresso decisamente benaugurante: "La Geriatria che vorrei..." e, così, l'auspicio del Presidente SIGG, Giuseppe Paolisso, di puntare alla formazione di una federazione delle società scientifiche di Geriatria per dare maggiore forza ed efficacia ad una specialità che aveva, ed ha ancora oggi, grande necessità di aumentare la propria credibilità, scosse piacevolmente e vivacemente l'interessata platea.

Non si poteva lasciare correre quello che sembrava stare per diventare un momento memorabile per la Geriatria italiana e, così, l'AGE si fece immediatamente promotrice, con la volontà e la tenacia di chi crede fortemente in un'idea, di incontri propedeutici alla tanto auspicata "unità".

Perciò, dopo avere riverificato la disponibilità della SIGG mi recai a Cassino da Luigi di Cioccio e, in un clima di affettuosa accoglienza, condividemmo l'importanza di costituire una struttura di unica rappresentatività.

E così, successivamente, ospiti di Giuseppe Paolisso, ci rivedemmo ufficialmente a Napoli presso la scuola di specializzazione di Geriatria in un incontro che definirei storico per la portata degli argomenti e per la disponibilità dei partecipanti.

Convenimmo, unanimemente, sulla "...necessità di individuare una struttura comune operativa che, nel pieno rispetto della storia, dell'autonomia e del percorso di vita delle tre singole società fosse, in un'ottica di grande confronto teso ad una condivisione di obiettivi, di rappresentatività presso le varie sedi istituzionali..." e che la prima tappa era quella di formare un gruppo di lavoro intersocietario che avrebbe dovuto tracciare i criteri strutturali ed operativi della nuova struttura funzionale stabilendo, sin da subito, che doveva essere non elettiva (presidenza o coordinamento o rappresentanza automatica). Indicammo anche un limite temporale in modo da garantire la concretezza del lavoro e, comunque, una risposta positiva o negativa che fosse. Il clima era di cauto ottimismo anche se, nei giorni immediatamente successivi, a seguito di cambiamenti nei nominativi indicati dalla SIGOT si avvertivano le prime difficoltà. In ogni caso, in occasione del congresso SIGG e come stabilito, riuscimmo a concretizzare il primo incontro. Fu immediatamente una riunione contrastata in quanto emersero ancora ataviche divisioni. La SIGOT, con un passo indietro, non era più disponibile a costituire nessuna struttura comune e proponeva l'eventuale condivisione di documenti proposti all'occorrenza. Insomma il clima perse la sua "storicità" e... il percorso di unità... si interruppe ... sul nascere!!

Ora, certamente, restano più stimoli e più voci ma, certamente, restano più Geriatriche che non riescono a rappresentare i veri bisogni di una specialità medica che ha invece bisogno di unità per essere un'unica "Geriatria". Insomma la storia si ripete...

E allora? E allora bisogna che la Geriatria dia prova della propria maturità.

Ed è il territorio, che sarà il futuro della Geriatria, a chiederlo fortemente. L'AGE ha un rapporto ormai consolidato con la SIGG ed ha ottenuto un forte riconoscimento con l'istituzione del settore scientifico-disciplinare di Geriatria del territorio all'interno della società madre.

L'invito, pertanto, è a rivedere le proprie posizioni, a evitare di scavare solchi sempre più profondi di divisione.

L'invito è a guardare lontano e secondo una lungimiranza culturale di logica unità e a decidere, una volta per tutte, cosa si vuole fare da grandi.

Sicuramente c'è bisogno che tutti gli attori della rete si fermino per un momento e si incontrino per fare sì che la chiarezza dei ruoli dei vari setting operativi (università, ospedale, territorio) e l'individuazione dei possibili sviluppi futuri, alla luce di una critica e oggettiva valutazione degli equilibri attuali, possano costituire la risposta ricom-

pattante e forte della Geriatria italiana a sé stessa, alla Medicina ma principalmente ad una popolazione anziana che invecchia sempre più e che, nelle proprie sofferenze, merita la più adeguata assistenza. (Una storia infinita..... Ed. Geriatria Extraospedaliera – Vol. V nr3 genn. 2007)

I campanelli d'allarme in reumatologia geriatrica

di **Ciro Manzo** - Responsabile Servizio di Reumatologia ex Ospedale "Mariano Lauro", Sant'Agnello – distretto sanitario 59 (penisola sorrentina), ASL NA 3 sud

Riassunto: L'individuazione di quelle manifestazioni cliniche e/o laboratoristiche che possano rappresentare dei veri e propri campanelli d'allarme e la loro condivisione con il reumatologo rappresenta la prima tappa, obbligatoria, per cercare di migliorare il timing diagnostico, perfezionare l'appropriatezza prescrittoria e – di conseguenza – prevenire e/o abbattere la disabilità che le malattie reumatiche inevitabilmente comportano sia in acuto che nel cronico. Vengono presentati i risultati di un lavoro interdisciplinare iniziato nel 2010 in Campania con l'elaborazione di due elenchi (denominati rispettivamente Bandiere Verdi e Bandiere Gialli) di manifestazioni in presenza delle quali una consulenza reumatologica dovrebbe essere considerata indispensabile ed attivata in maniera urgente, oppure utile ma non urgente e quindi attivabile in maniera programmata. A molte di queste manifestazioni vengono allegati indicazioni e considerazioni utili nella pratica clinica.

Introduzione: Già nel 1993, in un editoriale apparso su *Arthritis and Rheumatism* (1) JT Boyer sottolineava la necessità che la Reumatologia Geriatrica fosse considerata "a much-needed subspecialty". Negli ultimi 20 anni, il progressivo allungamento della vita media della popolazione ha reso tale necessità ancora più stringente. Nel contempo in questo stesso arco temporale l'industria farmaceutica ha messo a disposizione del paziente e della classe medica farmaci che hanno migliorato sensibilmente la prognosi non solo *quoad vitam* ma anche *quoad valitudinem* di molte patologie reumatiche, specie di quelle infiammatorie su base autoimmunitaria. Una maggiore comprensione di patologie reumatiche tipicamente geriatriche quali la Polimialgia Reumatica (PMR), poi, ha consentito di perfezionare l'approccio diagnostico e terapeutico (2).

Vi sono schematicamente due differenti sfide che la c.d. Reumatologia Geriatrica pone:

1) il progressivo allungamento della vita media della popolazione in unum con il miglioramento delle terapie farmacologiche disponibili ha finito con il comportare una maggiore durata di patologie reumatiche insorte in altre differenti epoche della vita. Diventano cioè anziani pazienti reumatici che fino a 20-30 anni fa morivano (e non solo per la patologia reumatica....);

2) se il numero degli anziani aumenta, aumenta anche la probabilità che l'anziano si possa ammalare da anziano di una patologia reumatica. Al riguardo, studi di popolazione hanno stimato che in un prossimo futuro il numero degli anziani con criticità muscolo-scheletriche raddoppierà (3). La comparsa di una patologia reumatica in un anziano già affetto da altre patologie pone delicati problemi di gestione, di tipo farmacologico in primis ma non solo: basta pensare alla comunicazione del dolore (in questo caso a genesi muscolo-scheletrica) in un demente in fase avanzata.

Tali sfide richiedono sempre più un vero e proprio sforzo culturale da parte del geriatra (da sempre tradizionalmente orientato verso problematiche cognitive, cardiovascolari, metaboliche) a saper quanto meno riconoscere quelle manifestazioni cliniche e/o laboratoristiche che possano rappresentare dei veri e propri campanelli d'allarme per le patologie reumatiche. Tanto al fine di migliorare il timing diagnostico, perfezionare l'appropriatezza prescrittoria, prevenire e/o abbattere la disabilità che le malattie reumatiche inevitabilmente comportano sia in acuto che nel cronico (specie quando la diagnosi è ritardata e la terapia non appropriata).

Tre almeno sembrano essere i punti di maggior criticità dal punto di

vista strettamente diagnostico (4):

1) Il fatto che molte malattie reumatiche possono presentarsi in età geriatrica con quadri di esordio significativamente differenti che in altre epoche di vita: esempio classico l'Artrite Reumatoide ad esordio senile (EORA della letteratura internazionale);

2) Il fatto che l'età avanzata porta con sé una frequente positività per alcuni indici di auto-immunità (fattore reumatoide, anticorpi anti-nucleo/ANA, ad esempio....), positività che sovente è età-correlata e non espressione di patologia (5);

3) Il fatto – infine – che alcune patologie reumatiche possono presentarsi nell'anziano (come invero anche in altre epoche di vita) con manifestazioni atipiche e, proprio perché tali, fuorvianti. A mò di esempio è stata ripetutamente descritta la possibilità che la PMR possa presentarsi con un quadro di parkinsonismo rigido-acinetico, non responsivo alla Levo-dopa e prontamente responsivo invece a terapia corticosteroidica, anche a basso dosaggio (6,7).

A tali difficoltà, altre – come noto – se ne aggiungono: - la comorbidità; - la polifarmacologia (e con esso il rischio di comparsa di eventi avversi innescati da interazioni farmacologiche); - la scarsità di studi clinici controllati su soggetti over- 80. Il paradosso di quest'ultimo elemento, in particolare, è l'utilizzazione di molecole nell'anziano basandosi su studi dai quali gli stessi anziani sono stati esclusi. Relativamente a quest'ultimo aspetto, la reumatologia appare in "ritardo" rispetto ad altri campi della medicina nei quali l'attenzione agli over-80 incomincia ad essere sempre più espressamente considerata (8).

Nel corso del 2010, un gruppo di reumatologi e di geriatri operanti in ambulatori ed ospedali della regione Campania fu coinvolto in un tentativo di mettere a punto dei campanelli d'allarme che servissero non solo ad approfondire manifestazioni cliniche e di laboratorio ma anche a condividere percorsi operativi che caratterizzassero il carattere di urgenza o meno dei singoli campanelli d'allarme. Il risultato di questa collaborazione fu la stesura di due elenchi denominati rispettivamente Bandiere Verdi e Bandiere Gialli (9).

A distanza di 4 anni, in occasione di una Comunicazione da presentare al 10° Congresso Nazionale dell'AGE, tenutosi a Genova dal 26 al 29 marzo del 2014, questo stesso gruppo ha confermato questi elenchi, non ravvisando la necessità di modificare alcunché (10). La presentazione di tale elenco e la discussione del suo contenuto rappresentarono l'oggetto di questo articolo.

Materiali e metodi: nei primi mesi del 2010 fu inviato via mail a 7 reumatologi e a 7 geriatri operanti in Campania un elenco di segni e sintomi chiedendo ad ognuno di loro quale – secondo la loro esperienza professionale e secondo quanto suggerito dalla letteratura internazionale – dovesse richiedere una consulenza reumatologica urgente ed indispensabile, e quale – invece – potesse giustificare una consulenza reumatologica utile, programmata ma non urgente. Ognuno degli specialisti coinvolti aveva, poi, la possibilità di proporre l'inserimento di altri campanelli d'allarme all'elenco iniziale, purché adeguatamente motivati. Dei 7 reumatologi coinvolti, rispondevano in 5 mentre dei 7 geriatri territoriali soltanto uno. Le manifestazioni condivise almeno dall'80% dei partecipanti furono inserite in due elenchi denominati rispettivamente Bandiere Verdi e Bandiere Gialle. All'inizio del 2014, in vista della presentazione di una comunicazione orale al decimo congresso nazionale dell'AGE, ho provveduto ad inviare gli elenchi concordati nel 2010 agli stessi specialisti che avevano contribuito alla loro stesura chiedendo se vi

fossero delle modifiche da apportare e, nel contempo, quale riscontro operativo essi elenchi avevano generato in termini di appropriatezza prescrittiva, di affinamento della collaborazione interdisciplinare, dell'abbattimento dei tempi per una corretta diagnosi.

RISULTATI : I cinque reumatologi interessati hanno confermato gli elenchi concordati nel 2010, lamentando una persistente disattenzione da parte dei geriatri del loro territorio alle problematiche reumatologiche. Tale disattenzione continua, nel vissuto dei reumatologi coinvolti, a determinare lunghe liste d'attesa per ingolfamento da parte di prescrizioni inappropriate con ritardo nella diagnosi di patologie reumatiche infiammatorie (autoimmuni e non) e – di conseguenza – nell'impostazione di un corretto percorso terapeutico. Nella Tabella 1 sono riportate le c.d. Bandiere Verdi e cioè le manifestazioni in presenza delle quali la consulenza reumatologica è urgente e necessaria, e – pertanto – dovrebbe essere attivata il primo possibile.

TABELLA 1 : BANDIERE VERDI

1) VERSAMENTO ARTICOLARE NON TRAUMATICO ;
2) FENOMENO DI RAYNAUD necrotizzante ;
3) INDICI DI FLOGOSI PERSISTENTEMENTE ELEVATI, specie dopo aver escluso altre possibili cause non reumatiche ;
4) MANIFESTAZIONI SISTEMICHE (febbre, dimagrimento, anoressia, astenia...) non altrimenti interpretabili
5) MANIFESTAZIONI ARTICOLARI ASSOCIATE A MANIFESTAZIONI CUTANEE (psoriasi, eritema nodoso, afte recidivanti, vasculite cutanea...) o a MANIFESTAZIONI OCULARI (uveite, cheratocongiuntivite, xeroftalmia, sclerite ...) ;
6) POSITIVITÀ DI TALUNI AUTO-ANTICORPI (fattore reumatoide, anticorpi antinucleo, ENA, anticorpi antifosfolipidi...) specie se ad elevato titolo ed associata a manifestazioni articolari e/o extra articolari sospette per patologia reumatica ;
7) COMPARSA DI ALTERAZIONI LABORATORISTICHE e/o MANIFESTAZIONI CLINICHE in corso di terapia con DMARDs (farmaci antireumatici di fondo a lenta azione) o farmaci c.d. "biologici".

Il riscontro di un versamento articolare quando non traumatico deve sempre far pensare ad una artrite, a maggior ragione se al tumor e al dolor si associano le altre manifestazioni della flogosi quali rubor e calor. Il rubor ed il calor, tuttavia, possono anche mancare se il versamento non è di recente insorgenza. Un trauma per poter essere considerato efficiente ai fini del determinismo del versamento articolare deve essere di una certa entità ed avere una ragionevole concatenazione temporale con il versamento stesso. E' pertanto difficile che un trauma efficiente e causativo del versamento non venga ricordato dal paziente. Traumi minimi o insorti dopo un lungo intervallo di tempo (un mese o più, ad esempio) non devono, in prima battuta, essere considerati la causa del versamento. L'esatta conoscenza di queste semplici nozioni dovrebbe indurre il geriatra ad attivare una consulenza reumatologica piuttosto che ortopedica o fisiatrica, contrariamente a quanto – purtroppo – accade. Nella pratica clinica, le cause più frequenti di un versamento monoarticolare – esempio classico è il versamento di ginocchio – sono rappresentate dalla Condrocalsinosi articolare, dalla Gotta, dal Reumatismo Psoriasico. La presenza di calcificazioni meniscali ad una semplice radiografia di ginocchio (Figura 1) può confermare, anche in assenza dell'esame del liquido sinoviale al microscopio a luce polarizzata (che rimane il gold standard diagnostico, 11) il sospetto diagnostico di Condrocalsinosi Articolare ed autorizzare l'utilizzo, in associazione con un anti-infiammatorio, della Colchicina (1 – 4 mg/die). Il sospetto di reumatismo psoriasico è giustificato dal riscontro di una familiarità

per psoriasi (che va sempre espressamente ricercata), anche nel caso in cui l'anziano con versamento articolare non abbia la psoriasi. La



Figura 1 : Quadro Rx di condrocalsinosi al ginocchio.

La comparsa di necrosi digitali localizzate ai polpastrelli delle dita delle mani (o dei piedi) contraddistingue il c.d. "Raynaud necrotizzante" (Figura 2), manifestazione praticamente patognomonica della Sclerodermia. Questa connettivite può, sia pur raramente, esordire in epoca geriatrica. Più frequente è l'eventualità che un soggetto (per solito di sesso femminile) affetto da Sclerodermia insorta nelle precedenti epoche di vita possa sviluppare, in età geriatrica, un quadro di Raynaud necrotizzante. Il viraggio da un Raynaud non necrotizzante ad uno necrotizzante incide significativamente a livello prognostico, condiziona le scelte terapeutiche (autorizzando l'introduzione di molecole quali iloprost, bosentan ed analoghi), modifica ulteriormente - in senso peggiorativo - la qualità di vita del paziente. I



Figura 2 : Ulcere digitali da Raynaud necrotizzante

I dati di laboratorio sono frequentemente confondenti nell'anziano. La fisiologica depressione del sistema immunitario, età-correlata, può favorire l'espansione di cloni B-linfocitari produttori di auto-anticorpi e, con ciò, l'apparire di una positività per Reuma test o per Anticorpi anti-nucleo (ANA). La disponibilità, negli ultimi anni, di un test per la ricerca e la determinazione quantitativa degli anticorpi anti-peptide citrullinato (CCP) ha migliorato, di molto, la sensibilità diagnostica essendo una falsa positività per anti-CCP, specie se ad alto titolo, praticamente inesistente (13). Nell'anziano sano una positività a basso titolo per Reuma test o per ANA (1:40, 1:80) è tutt'altro che eccezionale. Ed anche nell'anziano malato una positività può essere, come noto, una spia di altre patologie non reumatiche. Soltanto una positività ad alto titolo può giustificare una consulenza reumatologica tempestiva, fermo restando che il dato di laboratorio non può, in ogni caso, essere scorporato dal contesto clinico-anamnestico e che anche una positività ad alto titolo di per sé non giustifica né una diagnosi né una terapia. Volendo semplificare al massimo il concetto: una positività a basso titolo, specie se in assenza di dati sospetti per patologia reumatica, non giustifica mai una consulenza reumatologica urgente. Una positività ad alto titolo può giustificare una consulenza reumatologica. Una positività ad alto titolo associata a manifestazioni cliniche giustifica sempre una consulenza reumatologica urgente. Lo schematismo, ovviamente, non esclude eccezioni, ma mantiene la sua validità operativa.

Tra le patologie in grado di determinare una falsa positività non-reumatica e non-reumatoide del Reuma test, occupa un ruolo non trascurabile l'infezione da virus epatitico C (HCV) specie in regioni (quali la Campania) in cui tale infezione ha un ruolo epidemiologicamente rilevante. Ed anzi, in considerazione della lunga storia naturale dell'infezione da HCV e del progressivo allungamento della

età media della popolazione, tale eventualità si osserva sempre più frequentemente nella pratica clinica. Non raramente proprio la positività del Reuma test può costituire unica manifestazione di una sottostante e fino ad allora non diagnosticata infezione da HCV in un anziano in cui le transaminasi siano persistentemente nella norma (14). Il linfotropismo B dell'HCV in un particolare subset di pazienti può, poi, condizionare uno stato linfoproliferativo in grado di indurre la formazione di una proteina dalle peculiari caratteristiche termiche denominata Crioglobulina. La positività del Reuma test indotta dall' HCV può osservarsi sia in presenza che in assenza di crioglobulinemia. Ma quando tale positività si associa ad una triade clinica caratterizzata da Artralgie e/o franca artrite (per solito una monoartrite di caviglia) + Astenia con facile stancabilità + Porpora palpabile (c.d. "triade di Meltzer"), il quadro è praticamente patognomonico per Sindrome Crioglobulinemica. La porpora palpabile, espressione di una vasculite dei piccoli vasi del derma, è caratteristicamente una porpora ortostatica ed in quanto tale nell'anziano allettato a permanenza, oltre che agli arti inferiori (sede classica), può manifestarsi anche nella regione dei glutei. La porpora può, poi, complicarsi con un'ulcera (15) al determinismo della quale giocano un ruolo non trascurabile la sottigliezza, la secchezza ed in generale il precario trofismo della cute dell'anziano. In presenza di un anziano con positività per Reuma test, la determinazione degli HCVab dovrebbe rientrare nelle indagini di routine e la persistenza normalità di transaminasi e/o degli altri dati laboratoristici indicativi di danno epatico non può costituire, di per sé, motivo valido e sufficiente ad escludere tale approfondimento.

La comparsa di manifestazioni cliniche e/o laboratoristiche in corso di terapia con i c.d. "DMARDS" o con i farmaci biotecnologici rappresentano ulteriori condizioni nelle quali la consulenza reumatologica va attivata con tempestività. Un netto innalzamento delle transaminasi, la comparsa di una anemia non altrimenti giustificabile, la comparsa di febbre persistente, la comparsa di manifestazioni cutanee...rappresentano manifestazioni da approfondire subito ed in maniera accurata. Gli eventi avversi in grado di poter determinare la morte dell'anziano reumatico, pur descritti in letteratura, sono, per fortuna, eccezionali. La sospensione del farmaco di fondo sovente induce una riaccensione di malattia (16) e, pertanto, deve essere ben motivata. Parimenti la sua sostituzione con altro farmaco di fondo, in considerazione dei tempi di latenza che – per solito – i farmaci di fondo hanno.

La Tabella 1 richiama, infine, l'attenzione sulla possibilità che manifestazioni sistemiche (febbre, dimagrimento, anoressia, ipotesia...) possano costituire manifestazioni (anche d'esordio) di una patologia reumatica. Teoricamente tutte le patologie reumatiche a base infiammatoria possono indurre manifestazioni sistemiche. Tra queste, a mò di esempio, l'artrite reumatoide e le connettiviti ad esordio senile, le vasculiti ma soprattutto la polimialgia reumatica che, secondo l'esperienza di molti autori, rappresenta la malattia reumatica infiammatoria più frequente negli over-70 (17). La sola presenza di tali manifestazioni sistemiche in assenza di franche manifestazioni articolari, specie se associate a netta elevazione degli indici di flogosi acuta, può indurre differenti orientamenti diagnostici (specie in senso neoplastico). E tali iniziali sospetti vanno, evidentemente, esclusi. Il geriatra territoriale dovrebbe ricordare che le manifestazioni sistemiche possono rappresentare manifestazione d'esordio di una patologia reumatica ed attivare, con tempestività, una consulenza reumatologica, a maggior ragione dopo aver escluso altre cause possibili.

Nella Tabella 2 sono indicate le manifestazioni in presenza delle quali la consulenza reumatologica può essere considerata utile ma non urgente (c.d. Bandiere Gialle).

TABELLA 2 : BANDIERE GIALLE

1) Artromialgie persistenti con o senza febbre ;
2) Positività di autoanticorpi a titolo basso e/o non associata a manifestazioni cliniche sospette per patologia reumatica ;

- 3) Fenomeno di Raynaud non necrotizzante, specie al fine di escludere la possibilità che rappresenti manifestazione di una connettivite ;
- 4) Proposta di intervento chirurgico in paziente sotto terapia con DMARDS o biologici per patologia reumatica già accertata ;
- 5) Manifestazioni (pleuro-pericardite, interstiziopatia polmonare cronica, cefalea notturna, iperestesia del cuoio capelluto) non altrimenti interpretate ;
- 6) Introduzione di nuovi farmaci (per le patologie le più diverse) in paziente già in terapia specifica per patologia reumatica ;
- 7) Positività per Reuma test in paziente con positività per HCVAb .

L'introduzione di nuovi farmaci in un paziente già in terapia specifica per una patologia reumatica (insorta in età geriatrica o in precedenti epoche di vita) rappresenta una sfida praticamente quotidiana, sia che si tratti di farmaci per i quali si prevede un impiego per tempi brevi o brevissimi (antibiotici, ad esempio) sia che si tratti di farmaci per i quali si prevede un utilizzo a lungo termine. Gli eventi avversi per farmaci antiinfiammatori non steroidei (siano essi FANS tradizionali che Coxib) sono ben noti. Forse meno "pubblicizzati" sono i danni che l'utilizzo di un diuretico può determinare in un anziano con iperuricemia fino ad allora asintomatica o già in terapia per gotta. Indubbiamente il carico farmacologico di cui è gravato il paziente geriatrico aumenta significativamente il rischio di interazioni farmacologiche e di eventi avversi. La visione olistica del geriatra può rappresentare una risposta vincente, a patto che tenga conto delle principali interazioni farmacologiche e del rapporto rischio/beneficio delle diverse terapie, a maggior ragione se migliora la propria esperienza in campi particolari della reumatologia geriatrica quali la gestione farmacologica delle osteoporosi e del dolore osteo-articolare. La necessità di un intervento chirurgico in un anziano in terapia farmacologica per patologia reumatica rappresenta un'altra condizione nella quale la richiesta di una consulenza reumatologica è certamente utile. Il riferimento è ovviamente agli interventi chirurgici programmati. Le questioni che si pongono al riguardo sono sostanzialmente due :

I farmaci "anti-reumatici" vanno sospesi in prossimità di un intervento chirurgico ?

L'intervento chirurgico di per sé può influenzare l'andamento della patologia reumatica ?

La prima eventualità riguarda essenzialmente i farmaci corticosteroidi (cortisonici) e gli immunosoppressori (metotressato, ad esempio). La possibilità che il cortisonico possa interferire con i naturali processi di cicatrizzazione o indurre una immuno-depressione è dose-correlata e si manifesta solo con dosaggi medio-alti (> 20 mg/die di prednisone o prednisone equivalente). D'altra parte, l'utilizzo di cortisonico a basso dosaggio è costante in anestesologia. Se un anziano reumatico utilizza basse dosi di cortisonico (5 mg/die di prednisone, 4 mg/die di metilprednisolone, 6 mg/die di deflazacort) non vi è motivo per sospendere il cortisonico nei giorni immediatamente precedenti l'intervento.

Per quanto invece concerne l'immunosoppressore (Metotressato, ad esempio) linee guida e consensus conferences (18) suggeriscono di evitare la somministrazione del farmaco solo per dosaggi elevati (> 10 mg nel caso specifico del metotressato) ed in caso di chirurgia maggiore, non ortopedica.

L'altra faccia della medaglia riguarda le conseguenze che lo stress operatorio può indurre sulla storia della patologia reumatica. E' accezione comune che l'intervento chirurgico va programmato in periodi nei quali la patologia reumatica è in una fase di remissione e che l'intervento chirurgico può, di per sé, indurre una riacutizzazione di malattia. Tale eventualità è -logicamente- tanto maggiore quanto "maggiore" è l'intervento stesso. Per tale motivo, l'anziano reumatico

deve essere attentamente ricontrollato dal punto di vista reumatologico una volta che l'iter dell'intervento si sia definitivamente concluso, apportando – se e quando necessario – gli opportuni correttivi terapeutici.

Conclusioni: l'individuazione di manifestazioni che possano rappresentare dei veri e propri campanelli d'allarme può rappresentare, anche in Reumatologia Geriatrica, un'arma vincente per migliorare il timing e l'accuratezza diagnostica. La frequenza progressivamente crescente di anziani con problematiche reumatologiche rende sempre più urgente uno "scatto" culturale da parte del geriatra verso tali manifestazioni. Ciò è particolarmente vero per il geriatra territoriale che costituisce, quasi sempre, il primo geriatra che l'anziano incontra. L'elenco dei campanelli d'allarme presentato in questo articolo e le considerazioni pratiche allegate vogliono esprimere un contributo per "aiutare" il geriatra a compiere questo scatto, affinando le sue conoscenze reumatologiche di base e migliorando il livello qualitativo di collaborazione interdisciplinare con lo specialista reumatologo.

Bibliografia

- 1) Boyer JT : Geriatric rheumatology. *Arthritis Rheum* 1993 ; 36 : 1033-5 ;
- 2) Manzo C : La polimialgia reumatica : cosa è utile sapere per il geriatra territoriale ?. *Geriatrics Extraospedaliera* 2009 ; vol. VII, num. 2-3-4 : 9-11 ;
- 3) van Lankveld W, Franssen M, Stenger A : Gerontorheumatology : the challenge to meet health-care demands for the elderly with musculoskeletal conditions. *Rheumatology* 2005; 44 : 419-422;
- 4) Linee Guida 2013 ESH/ESC per la diagnosi ed il trattamento dell'Ipertensione Arteriosa ;
- 5) Yazichi Y : Role of laboratory tests in rheumatic disorders, in Hochberg M.C., Silman AJ, Smolen GS, Weinblatt ME, Weisman MH : *Rheumatology*, Mosby Elsevier ed., 2011 : pagg. 259-265 ;
- 6) Fietta P, Manganelli P : Steroid –reversible parkinsonism as presentation of polymyalgia rheumatica. *Clin Rheumatol* 2006 ; 25 (4) : 564-5 ;
- 7) Manzo C , Visco G : Akinetic-rigid Parkinson-like manifestations reversible with low-dosage corticosteroids as opening feature of Polymyalgia Rheumatica. *L'internista*, 2008, vol. 16 (1) : 72-75;
- 8) Manzo C . : Le problematiche reumatologiche nel paziente anziano in : Putignano S., Cester A., Gareri P : *Geriatrics nel territorio*, 2012, pagg. 685 – 691 ;
- 9) Manzo C, Putignano S : Il paziente geriatrico e le malattie reumatiche. *Medical Network* 2010 ; 2 : 21-22 ;
- 10) Manzo C., Murgia R et al : Paziente geriatrico e malattie reumatiche : puo' l'individuazione di campanelli d'allarme condivisi migliorare la collaborazione tra geriatra e reumatologo? Cosa e' cambiato dopo quattro anni dalla prima iniziativa di collaborazione interdisciplinare in regione Campania ? – Comunicazione orale 10° Congresso Nazionale AGE, Genova, 26 – 29/03/2014 ;
- 11) Zhang W, Doherty M et al : Eular recommendations for calcium pyrophosphate deposition. *Ann Rheum Dis* 2011 ; 70 (4) : 571 – 575 ;
- 12) Sunderkotter C, Herrgott I et al. : Comparison of patients with and without digital ulcers in systemic sclerosis : detection of possible risk factors. *Br J Dermatol* 2009 ; 160 : 835-843 ;
- 13) Nishimura K, Sugiyama D et al. : Meta-analysis : diagnostic accuracy of anti-cyclic citrullinated peptide antibody and rheumatoid factor for rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med* 2007 ;

146 : 797-808 ;

- 14) Manzo C, Forgione L et al. : La positività del fattore reumatoide nella popolazione anziana : l'atteggiamento di un gruppo di geriatri territoriali della provincia di Napoli valutato attraverso la somministrazione di un questionario (studio Reumagen). *Geriatrics Extraospedaliera* 2009 ; volume VIII (n. 2-3-4) : 52-53 ;
- 15) Manzo C, Nebbioso et al. : Elementi di Criticità nel Riconoscimento delle Ulcere cutanee Vasculitiche : presentazione dei risultati iniziali dello studio ECRUV. *Acta vulnologica* 2010 ; 8 (2) : 81-86 ;
- 16) American College of Rheumatology ad hoc committee on clinical guidelines. Guidelines for monitoring drug therapy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1996 ; 5 : 723-731 ;
- 17) Manzo C, Balducci M et al. : Epidemiology of Polymyalgia Rheumatica in Massa Lubrense. *Trends in Medicine* 2009 ; 9 (2) : 101-105 ;
- 18) De Leonardis F, Alivernini S et al. : Italian consensus about the recommendations about the use of methotrexate for the treatment of rheumatic diseases with a focus on rheumatoid arthritis : results from the 3E initiative . *Reumatismo* 2010 ; 62 (1) : 34-45.

Il percorso assistenziale del paziente anziano con scompenso cardiaco

di Francesco Torres - Geriatra, Dirigente medico ASL Bari; Immacolata Pavese - Geriatra, Specialista ambulatoriale ASL Bari

Lo scompenso cardiaco (SC) è definito clinicamente una sindrome in cui i pazienti presentano tipici sintomi (ad es. dispnea, edemi declivi, astenia) e segni (ad es. elevata pressione venosa giugulare, crepitii polmonari, dislocamento dell'itmo della punta) derivanti da una alterazione della struttura o della funzione cardiaca.

La prevalenza dello SC è in aumento come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione e della ridotta mortalità per patologie cardiovascolari che evolvono verso lo scompenso. La prevalenza globale è del 2-3% ed aumenta drammaticamente nella fascia di età intorno ai 75 anni, raggiungendo il 10-20% nei pazienti di 70-80 anni. Nei soggetti più giovani lo SC è più frequente fra quelli di sesso maschile, fra gli anziani la prevalenza è simile in entrambi i sessi.

Lo SC è oggi nel mondo occidentale una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse. Tuttavia la risposta complessiva del sistema ai bisogni di questi pazienti non è tuttora ottimale, per le eterogeneità culturali, professionali, organizzative presenti a tutti i livelli e la mancanza di un coordinamento generale, che si riverberano in un'assistenza spesso discontinua e frammentaria, nonché 'sbilanciata' sulle prestazioni ospedaliere (ricoveri).

Il crescente numero di pazienti affetti da SC e l'esponenziale aumento della spesa sanitaria per questa patologia impongono di ridisegnare nuovi modelli assistenziali. Il percorso di cura del paziente con SC dovrebbe essere basato sul principio della rete integrata, che consenta di decentrare le attività e creare interazioni di competenze, ottimizzando l'impiego delle risorse.

Gli studi condotti con modelli di gestione integrata dello SC di tipo multidisciplinare, con la presenza sul territorio di personale medico e non medico e l'adozione di nuove modalità di comunicazione come la telemedicina hanno dimostrato evidenti vantaggi per:

- il miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita;
- l'educazione dei pazienti, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia;
- l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione;
- il controllo della progressione della malattia, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e, pur se in maniera meno convincente, della mortalità.

Una metanalisi condotta su 11 studi randomizzati ha suggerito che, per i pazienti anziani con SC congestizio, un programma globale di pianificazione dell'assistenza post-dimissione, basato su modelli gestionali multidisciplinari, riduce le ri-ospedalizzazioni e può migliorare altri outcome, come la sopravvivenza e la qualità della vita, senza incrementare i costi.

Il rationale del modello di gestione multidisciplinare risiede nel fatto che l'anziano fragile con SC presenta elevate necessità assistenziali che richiedono una continuità che riguardi non solo il monitoraggio della stabilità dei parametri clinici, ma anche il controllo dell'alimentazione, della diuresi, della capacità di assumere correttamente i farmaci, l'attenzione ai problemi di deambulazione, continenza e decubiti, alla presenza di barriere architettoniche e logistiche ed alla necessità eventuale di ausili per la vita quotidiana.

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri nel 2006 ha promosso una Consensus Conference fra le Società Scientifiche che si proponeva di delineare i principi ispiratori dell'organizzazione assistenziale per il paziente con SC, nell'ottica di una stretta collaborazione tra ospedale e territorio e della convergenza delle varie figure

professionali coinvolte, definendone i ruoli e le responsabilità, nel rispetto delle specificità locali. Ne è nato un documento rivolto a tutti gli operatori impegnati nel settore.

Auspicio di questa Consensus Conference era che nel breve termine ogni Regione maturasse la piena consapevolezza della necessità di strutturare una risposta assistenziale (attraverso percorsi di cura) che prevedesse necessariamente l'integrazione tra ospedale e territorio, per la gestione di pazienti complessi e cronici come quelli affetti da SC, e la traducesse in specifici documenti programmatici, in grado di orientare le Aziende Sanitarie e Ospedaliere all'attivazione di interventi gestionali strutturati, in accordo con tutte le figure professionali coinvolte.

Pertanto nel 2008 anche in Puglia è stato avviato un intenso lavoro ad opera delle sezioni regionali delle società scientifiche che avevano già contribuito a redigere il documento nazionale. Il Comitato Regionale così costituitosi ha elaborato una proposta, sottoposta alle Istituzioni, basata sui documenti citati e finalizzata alla creazione ed alla attivazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) nel contesto di una rete integrata per lo Scompenso Cardiaco. La sezione relativa al percorso dell'anziano con scompenso cardiaco è stata curata dalla sezione regionale dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE).

Una corretta gestione del malato cronico con SC richiede infatti una sinergia di azione di tutte le figure coinvolte, con una relazione stretta fra la rete territoriale e le strutture ospedaliere.

A livello ospedaliero, in ambito regionale e/o di area vasta, secondo le diverse realtà locali, va promossa la costituzione di una rete organizzativa fra strutture pubbliche o private accreditate e Centri di riferimento dotati di Emodinamica, Elettrofisiologia e Cardiochirurgia, inclusi i Centri con Programmi di Trapianto Cardiaco (PTC), secondo il modello organizzativo "Hub & Spoke", già consolidato in molte realtà per la gestione della sindrome coronarica acuta.

In ambito territoriale, i primi attori dell'assistenza sanitaria sono il Distretto sociosanitario (Porta Unica di Accesso, Unità di Valutazione Multidimensionale), i Medici di Medicina Generale e gli specialisti extraospedalieri (cardiologi, internisti, geriatri).

La definizione del percorso di cura e il diverso coinvolgimento delle strutture e delle figure professionali devono tenere in considerazione, oltre ai fattori correlati alla malattia (eziologia, quadro clinico, severità della disfunzione ventricolare, comorbilità) anche il substrato sociale in cui vive il paziente, lo stato cognitivo e le condizioni generali di vita, tutti aspetti che possono modificare il percorso gestionale e l'aderenza ai programmi di cura del paziente con SC al di fuori dell'ospedale.

È nozione comune, inoltre, che lo SC non possa essere considerato come una patologia omogenea, ma sia piuttosto una sindrome, che riconosce diverse tipologie di malati con caratteristiche differenti anche all'interno della stessa classe funzionale.

Pertanto sono stati definiti nel Documento di Consenso sei differenti percorsi gestionali:

- il paziente con disfunzione ventricolare asintomatica
- il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato
- il paziente stabile oligo-asintomatico
- il paziente con SC avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare
- il paziente anziano con comorbilità e/o fragile

- il paziente con SC terminale

Il paziente anziano con comorbidità e/o fragile

Lo SC rappresenta una complessa sindrome clinica e la sua natura eterogenea trova la massima espressione nei soggetti anziani.

Nell'anziano e soprattutto negli ultraottantenni, si raggiungono i maggiori gradi di variabilità sia in termini clinici che prognostici. Ne consegue che, sebbene l'iter diagnostico-terapeutico per lo SC nell'anziano non differisca significativamente da quello dell'adulto, la frequente aspecificità e atipicità dei sintomi e le frequenti comorbidità possono confondere l'interpretazione del quadro clinico e rendere più complicato il trattamento farmacologico.

Nei pazienti anziani lo SC è spesso sotto diagnosticato dal momento che i sintomi cardine dell'intolleranza all'esercizio, quali astenia, affaticabilità e dispnea da sforzo, vengono frequentemente attribuiti all'età avanzata, alle concomitanti comorbidità e allo stato di salute non ottimale. Le comorbidità più diffuse, che possono avere anche importanti implicazioni terapeutiche, comprendono l'anemia, l'insufficienza renale, il diabete, l'ictus, il deficit cognitivo e la BPCO.

La complessità terapeutica e le incertezze del trattamento farmacologico, d'altra parte, non sono frutto solo della oggettiva difficoltà di dover gestire soggetti che, per l'elevata comorbidità, sono sottoposti quasi inevitabilmente a polifarmacoterapie, ma dipendono 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 negli studi clinici attuali hanno caratteristiche profondamente diverse dai pazienti scompensati del mondo reale; in particolare presentano una età media inferiore ai 65 anni (l'età superiore ai 75 anni è spesso considerata nei trials criterio di esclusione), non hanno comorbidità (anche questo rappresenta uno dei criteri di esclusione) e presentano un'elevata compliance terapeutica. Di contro la realtà quotidiana comprende una proporzione di anziani con SC non solo assolutamente preponderante rispetto agli adulti, ma anche in continuo aumento.

Una consistente percentuale di soggetti anziani presenta un buono status funzionale e cognitivo, un ridotto numero di comorbidità e assenza di problemi socio-ambientali. Questi pazienti non sono candidati ad interventi diagnostici o terapeutici diversi da quelli previsti per i soggetti più giovani e possono essere inseriti in un modello di cura convenzionale, comprensivo in ogni caso di un programma di mantenimento dell'autosufficienza.

La coesistenza nell'anziano di polipatologia, scarsa capacità funzionale, deterioramento cognitivo e problemi socio-ambientali gli conferiscono la connotazione di anziano fragile. Comorbidità, fragilità e disabilità condizionano l'intensità dell'approccio al paziente anziano, sia sul piano diagnostico sia su quello terapeutico. Questi pazienti dovrebbero essere orientati verso un piano integrato ospedale-territorio di assistenza continuativa, rivolto all'attenuazione della sintomatologia e al mantenimento della migliore qualità di vita e di indipendenza possibile.

L'eterogeneità clinica e la complessità dell'anziano con SC sono pertanto legate non solo alla entità della compromissione cardiocircolatoria, ma anche alla dinamica interazione tra invecchiamento, comorbidità, stato funzionale e psicocognitivo e fattori socio-ambientali. Per tale ragione si rende necessaria una rigorosa disamina delle comorbidità, dello stato funzionale, dei disturbi della sfera cognitiva e delle condizioni socio-ambientali, attraverso la valutazione multidimensionale (VMD).

L'utilizzo sistematico della Valutazione Multidimensionale (VMD) consente di attivare i percorsi più funzionali ai bisogni assistenziali dell'anziano con SC.

Il percorso dell'anziano con SC dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare con protocolli condivisi sia a livello intra-ospedaliero che territoriale (MMG, ambulatori specialistici ecc.), nell'ottica di una stretta collaborazione tra ospedale e territorio e della convergenza delle competenze cardiologiche, internistiche e geriatriche nonché del coinvolgimento delle altre figure professionali (infermieri ecc.):

- a livello intra-ospedaliero il percorso dell'anziano con SC 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 MMG è il responsabile della gestione clinica e imposta il percorso di controllo periodico del paziente con il supporto di altre figure professionali e delle UVM, nell'ambito di una gestione multidisciplinare.

L'obiettivo principale della strategia gestionale per l'anziano è il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psicofisica e di autonomia funzionale.

Recentemente è stato sviluppato e validato nell'anziano ospedalizzato il Multidimensional Prognostic Index (MPI), uno strumento prognostico di mortalità basato sulla VMD. È basato su un algoritmo matematico che include informazioni ottenute da strumenti di VMD relativi ad 8 domini.

- Activities of Daily Living (ADL)
- Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
- Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Scala di Exton-Smith
- Comorbidity Index Rating Scale (CIRS)
- Numero di farmaci
- Stato sociale-abitativo

Dalla somma dei punteggi calcolati si ottiene lo score di rischio MPI che varia da 0 (nessun rischio) a 1 (massimo rischio) con tre categorie di rischio:

- | | |
|---------|----------------------------------|
| - MPI 1 | Basso rischio (0 – 0,33) |
| - MPI 2 | Rischio Intermedio (0,34 – 0,66) |
| - MPI 3 | Alto rischio (0,67 – 1). |

In tutti i contesti clinici in cui è stato applicato, l'MPI ha dimostrato una eccellente accuratezza prognostica per mortalità a breve (1 mese) e a lungo termine (1 anno). Inoltre, il valore prognostico per mortalità del MPI è risultato significativamente superiore rispetto al valore prognostico dimostrato dai singoli parametri che sono stati utilizzati per costruire l'MPI, ad indicare che la multidimensionalità è il criterio più importante nel definire prognosticamente l'outcome clinico del paziente anziano.

L'MPI è risultato più accurato nel predire la mortalità, in termini di sensibilità e specificità, di indici prognostici d'organo o apparato come gli score EFFECT, ADHERE e la classe NYHA impiegati nella valutazione prognostica e funzionale dello scompenso cardiaco.

La valutazione multidimensionale dell'anziano, in realtà, non rappresenta solo uno strumento diagnostico ma anche terapeutico, in quanto 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, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Residenze Socio-Sanitarie Assistenziali (RSSA), Hospice e Cure Domiciliari (ADI, Assistenza Domiciliare Integrata). La S.Va.M.A. (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) rappresenta lo strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione Puglia con DGR n. 107 del 15 febbraio 2005 e che stabilisce la priorità d'accesso dei pazienti ai vari servizi.

Il processo di indirizzo ad un determinato setting assistenziale è, infatti, uno snodo critico: il paziente anziano scompensato con comorbidità e/o fragile dovrà essere orientato verso un percorso integrato ospedale-territorio di assistenza continuativa, rivolto alla attenuazione della sintomatologia e al mantenimento del migliore livello di qualità di vita possibile. Solo attraverso la valutazione multidimensionale, la gestione interdisciplinare e la integrazione transmurale ospedale-territorio si potranno tracciare per questi pazienti i percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati e mettere in atto strategie di intervento "geriatricamente" contestualizzate.

In particolare, la pianificazione della dimissione ospedaliera può rappresentare un momento molto delicato nel paziente anziano fragile. Il BRASS Index (Blaylock Risk Assessment Screening Score) rappresenta uno strumento di valutazione multidimensionale molto snello che permette di individuare, sulla base di soli 10 items, i pazienti ospedalizzati ad alto rischio di ricovero prolungato o di dimissioni difficili e quindi candidabili a “dimissione protetta” in RSA, RSSA o a domicilio.

Sulla base, infatti, dell'età, situazione sociale, stato cognitivo, comportamentale, funzionale, sensoriale, numero di ricoveri pregressi, di problemi medici attivi e di farmaci assunti, il Brass Index individua 3 classi di rischio:

- Rischio basso (0–10): pazienti che non richiedono particolare impegno per organizzare la loro dimissione. La disabilità è molto limitata.
- Rischio medio (11–20): situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione.
- Rischio alto (21–40): problemi rilevanti e che richiedono un particolare impegno per una continuità di cure in istituzioni.

Nell'ambito della integrazione tra ospedale e territorio, sono parte integrante dei programmi l'educazione di paziente e caregiver, la sorveglianza infermieristica domiciliare o ambulatoriale volta a controllare le complicanze ed i fattori precipitanti e a cogliere le prime avvisaglie di instabilizzazione, il data set standardizzato e specifico, la qualificazione-formazione dei professionisti, la comunicazione in rete e tutti i presidi e le facilitazioni della telemedicina.

Il Documento di Consenso, infine, indica gli elementi di specificità dell'iter diagnostico-terapeutico per la gestione del paziente anziano con comorbidità e/o fragile.

Sulla base della valutazione multidimensionale si possono individuare indicativamente tre tipologie di pazienti e relativi percorsi (Figg. 1-2-3):

- anziani robusti, con autonomia conservata, assenza di comorbidità importanti, buono status cognitivo e assenza di problemi socio-ambientali; dovrebbero essere inseriti in un modello di cura convenzionale, comprensivo in ogni caso di un programma di mantenimento dell'autosufficienza. In base alla gravità della malattia cardiaca e delle comorbidità la sede appropriata di intervento potrebbe essere ambulatoriale (secondo quanto riportato in precedenza);
- anziani fragili “intermedi”, con livello intermedio di autonomia e comorbidità, iniziale compromissione cognitiva e con supporto socio-ambientale parzialmente adeguato; dovrebbero essere inseriti in un modello di cura integrato ospedale-territorio. La gestione a lungo termine del paziente dovrebbe essere affidata al MMG, affiancato, se necessario, dall'équipe di assistenza domiciliare o dall'UVM, sulla base delle caratteristiche e dei bisogni assistenziali;
- anziani fragili “avanzati”, con comorbidità multiple, perdita di autonomia, compromissione cognitiva, supporto socio-ambientale insufficiente e scarsa aspettativa di vita; dovrebbero essere orientati verso un piano di assistenza continuativa o “palliativa” secondo un modello di cura integrato socio-sanitario, finalizzato al mantenimento del livello di autonomia funzionale e della migliore qualità di vita possibile, erogato a livello di ADI o in strutture dedicate come RSA, RSSA, Hospice, con il supporto delle UVM.

Bibliografia

1. Rubenstein L. The clinical effectiveness of multidimensional geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 758-62.
2. Wenger NK, Franciosa JA, Weber KT. Cardiovascular disease in the elderly. *Heart Failure. J Am Coll Cardiol* 1987; 10 (Suppl A): 73A-76A
3. Blaylock A, Cason C. Discharge Planning predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing* 1992; 18(7).
4. Hamerman D. Towards an understanding of frailty. *Ann Internal Med* 1999; 130: 945-50.
5. Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, et al. Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. *Am Heart J* 2003; 146: 250-7.
6. Rich MW. Heart failure in the 21st century: a cardiogeriatric syndrome. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2001 Feb; 56(2): M88-96.
7. Ferrucci L, Marchionni N et al. Linee Guida sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi di Assistenza Continuativa. *G Gerontol* 2001; 49: S1-S76. <http://www.sigg.it/valutazione.html>
8. 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.
9. 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.
10. Bollettino Ufficiale Regione Puglia n° 31 del 24/02/2005
11. Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006 Jun; Vol 7; n. 6.
12. Pedone V, Nativio V, Pedone C, Romboli E. La gestione integrata dello SC nel paziente anziano complesso. *Geriatrics* 2006; XVIII; 5: 299-304.
13. Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M et al. Development and validation of a Multidimensional Prognostic Index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *Rejuvenation Res* 2008; 11: 151-61.
14. Chirico M, Torres F, Pavese I, Addante LM. Scompenso cardiaco in RSA. *Giornale di Gerontologia* 2008; LVI; 5: 268-70
15. Chirico M, Pavese I, Torres F. Il paziente anziano con comorbidità e/o fragile (In: Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco nella Regione Puglia. Progetto di implementazione della Consensus Conference). *Ital J Prim Care* 2009; vol 1; n 3: 192-5.
16. Cadeddu G, Guidi F, De Meo G. Applicazione di uno strumento atto alla identificazione dei pazienti a rischio di dimissione difficile: l'indice di Brass. *Giornale di Gerontologia*, Dicembre 2009 n. 6: 415-416.
17. Pilotto A, Addante F, Franceschi M et al. A Multidimensional Prognostic Index (MPI) based on a comprehensive geriatric assessment predicts short-term mortality in older patients with heart failure. *Circ Heart Fail* 2010; 3: 14-20.
18. European Society of Cardiology. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012. *Eur. Heart J.* 2012 (<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart-failure.aspx>)

Il deficit cognitivo nel paziente nefropatico anziano

di Mingarelli Maurizio - Ambulatori di Nefrologia Distrettuale A.S.L. Bari - ming.nefrologia@libero.it

Riassunto

L'evidenza clinica di processi dis-funzionali renali a carico del paziente geriatrico, sia correlati all'età, sia derivati da altre co-morbilità, si accompagnano talvolta a stati di deficit cognitivo. Le numerose evidenze in letteratura giustificano l'azione combinata tra nefrologo e geriatra nella diagnosi e successiva gestione di queste problematiche.

Parole chiave

Demenza, insufficienza renale cronica, deficit cognitivo

Il link epidemiologico tra nefrologia e geriatria

Il progressivo aumento del numero e dell'età anagrafica dei soggetti con nefropatie croniche, in trattamento con terapia nefrologica o sottoposti terapia dialitica periodica, è da tempo una complessa realtà clinica e deriva sia da un costante aumento dell'età della popolazione generale, sia da una precoce e capillare azione diagnostica, molto più estesa rispetto ai passati decenni. Terapie farmacologiche e procedure invasive fino ad un recente passato riservate a pazienti non-geriatrici, sono divenute oggi di routine in ambiente nefrologico anche nei pazienti oltre i settantacinque anni.

Le statistiche della Società Italiana di Nefrologia stimano attualmente una popolazione in dialisi di circa 41.000 soggetti (con un'incremento annuo di 150 pz/pmp a versus di una mortalità di circa il 10% annuo), a cui aggiungere una popolazione di circa un milione di soggetti (spesso sotto-stimata a causa di una non completa integrazione tra Medici di Medicina Generale, Geriatri e Nefrologi) con una funzione renale tra il 3° e il 4° stadio K/DOQI. (GFR < 45 cc/m²).

Si assiste pertanto in nefrologia dell'anziano all'ampio riscontro di co-morbilità di natura internistica, chirurgica, neoplastica, specie in soggetti di età superiore agli 80 anni, a cui si devono aggiungere i deficit cognitivi, che spesso vengono considerati degli epifenomeni generici dello stato cerebro-vascolare del paziente, e che invece sono talvolta sintomo di uno stato di insufficienza renale cronica, tanto più marcato quanto più evoluto è il deficit funzionale renale.

Sintomi e segni di deficit cognitivo in nefrologia geriatrica

Esistono numerose evidenze in letteratura già dal 1997 in cui veniva riscontrata una marcata difficoltà nell'esecuzione di specifici esercizi nel 23% dei pazienti esaminati, mentre un altro 28% presentava bassi livelli, o perfino mancanze, nella memoria. Questi dati erano tanto più marcati quanto minore risultava essere il eGFR, anche a partire dal 3° stadio K/DOQI. Il decremento di 10 cc/m² di filtrato glomerulare si associava ad un incremento del rischio di deficit cognitivi che andava dal 15 al 25%. Questi dati apparivano di massima dovuti a disfunzioni cardio-vascolari, comunque di comune riscontro in questo tipo di pazienti, ma risultavano più marcati e più correlabili al progredire del deficit funzionale renale (1),(2),(3),(4).

Il deficit cognitivo nella moderna nefrologia

Lo stato di insufficienza renale cronica è stato descritto di recente (5), (6) come fattore di rischio indipendente di decadimento cognitivo, a causa di tossicità metaboliche da ridotta escrezione renale. I vari Autori non documentano in modo univoco la suddetta correlazione, come descritto in una recente meta-analisi (7), probabilmente in funzione di diverse metodologie e di diversi test utilizzati per quantizzare il deficit cognitivo, non sempre idonei in soggetti di età anagrafiche diverse, così come non sempre lo "score" di tali test si correla con i comuni metodi nefrologici per la misurazione della funzione renale, come il GFR (glomerular filtration rate) calcolato

con le formule attualmente in uso (linee-guida K/DOQI). Si può pertanto ritenere che, per quanto esista il rischio di deficit cognitivi nel nefropatico cronico, tale evenienza non è di costante e assoluta osservazione, ma è variabile da soggetto a soggetto, a partita di fattori clinici generali.

Va comunque considerato che il paziente nefropatico cronico presenta nel tempo patologie dis-metaboliche e del microcircolo che comportano insufficienza cerebro-vascolare a più alta prevalenza rispetto alla popolazione generale anche se l'espressività del fenomeno appare spesso disattesa e/o a livello sub-clinico. (8)

Disturbi cognitivi e/o del sonno nel paziente nefropatico cronico, mediamente frequenti negli stadi più avanzati (7), devono comunque essere attentamente differenziati in sede specialistica dai fenomeni psichici di disagio e di ansia reattiva che possono insorgere, indipendentemente dai fattori isto-metabolici della insufficienza renale, nel momento in cui il soggetto realizza di essere affetto da patologia a decorso comunque evolutivo e di poter un giorno sopravvivere solo tramite una indissolubile dipendenza da una macchina.

Valutazioni eziopatogenetiche

Viene attribuita notevole importanza alle disfunzioni cardio-vascolari, comuni nel nefropatico cronico già dai primi stadi di insufficienza renale. Ad esse si associano la tossicità plasmatica, iper-omocisteinemia, il danno endoteliale, il diabete, condizioni queste tanto più importanti quanto minore è il eGFR. (7). Particolare importanza riveste lo stato anemico (Hb < a 10.0 gr/dl), correlato alla insufficienza renale cronica da deficit di eritropoietina, per l'instaurarsi di un effetto ipossico lento e prolungato a livello cerebrale, per cui benefici in questo senso sono ottenibili dal trattamento farmacologico di detto deficit emoglobinico (9) (10).

Le co-morbilità cardio-vascolari e la patologia del microcircolo, di comune riscontro nel paziente con nefropatia cronica sono causa di deficit cognitivo di varia incidenza nel 25-35% dei soggetti a vari gradi di nefropatia, attraverso un comune meccanismo tossico-ipossico delle aree cerebrali deputate alle funzioni cognitive. Nel paziente geriatrico i suddetti meccanismi eziopatogenetici si sommano al deterioramento cognitivo anatomico-funzionale età-correlato.

Il link "rene-encefalo"

Evidenze in letteratura molto recenti descrivono un marcato vero e proprio "kidney- brain axis" (11) con studi su ampie popolazioni di pazienti over-65 in cui il decremento delle funzioni cognitive, già in presenza di una funzione renale al 3° stadio K/DOQI (60-30 cc/m² di eGFR), è tanto più marcato quanto è più veloce il decremento del eGFR in un periodo di osservazione di soli quattro anni (12).

Gli studi sul "kidney- brain axis" confermano la coesistenza di due diversi meccanismi patogenetici, uno di natura vascolare e l'altro di natura neurodegenerativa.

L'ipotesi vascolare si basa sulla evidenza che il microcircolo renale e quello encefalico sono molto simili non solo sul piano anatomico, ma anche su quello funzionale, in quanto entrambi ricevono un flusso ematico ad alto volume e a bassa resistenza e hanno meccanismi analoghi di controllo emodinamico umorale e neurovegetativo ortosimpatico.

Entrambi i circuiti vascolari sono esposti pertanto agli stessi meccanismi di danno tessutale endoteliale nella insufficienza renale di 3-5 stadio K/DOQI, quali lo stato di flogosi cronica, l'iperomocisteina, lo stato pro-trombotico, lo stress ossidativo e le dislipidemie (11).

L'ipotesi neurodegenerativa, piu' evidente e marcata negli stadi piu' avanzati di insufficienza renale cronica (4'-5' stadio K/DOQI), deriva da accumuli a livelli tossici di omocisteina e di medie molecole uremiche, come la guanidina e derivati, che si accumulano con un particolare tropismo nei settori encefalici talamo e corteccia (13).

Altre evidenze parlano di accumuli di cistatina C, un inibitore della cisteina-proteasi, che aumenta in modo molto marcato con il decrescere del eGFR e che favorisce l'accumulo di amiloide nel tessuto cerebrale (14).

Conclusioni: quale corretta metodologia?

Il paziente geriatrico in generale con indici a vario livello di deterioramento cognitivo va avviato al nefrologo per valutare lo stato di funzionalita' renale in atto, cosi' come il paziente nefropatico cronico allo stadio 3'-4' K/DOQI di eta' geriatrica va avviato al geriatra per documentare eventuali deficit cognitivi, che vanno monitorati nel tempo, contestualmente alla terapia e alla sorveglianza nefrologica del grado di funzione renale (15).

La presenza di un deficit cognitivo costituisce non solo un indice di malattia, ma diviene causa di un peggioramento della qualita' della vita del paziente e di chi vive nel suo contesto. Questa condizione incide in modo molto negativo sulla compliance del paziente alle terapie, ma soprattutto agli stili di vita e alle restrizioni alimentari che sono il punto cardine della "terapia renale" il cui fine e' notoriamente il rallentamento di una ineluttabile progressione verso l'"end stage kidney disease" e il conseguente avvio al trattamento dialitico periodico. Le terapie farmacologiche del deficit cognitivo devono comunque essere concordate con il nefrologo in relazione allo stato funzionale renale per gli opportuni adeguamenti posologici in modo da non alterare complessi equilibri funzionali. Lo stesso dicasi per le terapie anti-depressive, talvolta forse non del tutto indicate e modulate correttamente (16).

L'integrazione tra medico di medicina generale e geriatra ed il conseguente avvio al nefrologo, cosi' come l'avvio al geriatra da parte del nefrologo del paziente anziano, dovranno comunque essere precoci.

Bibliografia

- (1) Sehgal A.R.
Prevalence, recognition and implications of mental impairment among haemodialysis patients.
Am.J.Kidney Dis. 1997, 30 (1) :41-49
- (2) Kurella M.
Cognitive impairment in chronic kidney disease.
J.Am.Geriatr. Soc. 2004, 52(11) : 1863-1869
- (3) Kurella M.
Chronic kidney disease and cognitive impairment in menopausal women.
Am.J.Kidney Dis. 2005, 45(1) : 66-76
- (4) Murray A.M.
Cognitive impairment in the aging dialysis and chronic kidney disease population: an occult burner.
Adv. Chronic Kidney Dis. 2008, 15(2) : 123-132
- (5) Madero M.
Cognitive function in chronic kidney disease.
Semin. Dial. 2008, 21(1) : 29-37
- (6) Etgen T.
Metabolic and endocrine factors in mild cognitive impairment
Ageing Res. Rev. 2010, 9(3) : 280-288
- (7) Etgen T.
Chronic kidney disease and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis
Am.J.Kidney Dis. 2012, 35(5) : 474-482

- 8) Seliger S.L.
Subclinical vascular disease of the brain in dialysis patients.
Am. J. Kidney Dis. 2007, 50(1) : 8-10
- 9) Eisenstaedt R.
Anemia in the elderly: current and emerging concepts.
Blood Rev. 2006, 20(4) : 213 - 226
- 10) Stivelman J.C.
Benefits of anemia treatment on cognitive function
Nephrol. Dial. Transplant. 2000, 15 (suppl.3) : 29-35
- 11) Bagnicourt J.M.
Cognitive disorders and dementia in CKD: the neglected kidney-brain axis.
J.Am.Soc.Nephrol. 2013, 24: 353-363
- 12) Helmer C.
Chronic kidney disease, cognitive decline and incident dementia. The 3c study.
Neurology 2011,77: 2043-2051
- 13) De Dyen P.P.
Guanidina compounds as uremic (neuro) toxins
Semin Dial. 2009, 22 : 340-345
- 14) Yaffe K.
Cystatin C as a marker of cognitive function in elders: findings from the health ABC study
Ann. Neurol. 2008, 63 : 798-802
- 15) Davey A.
Decline in renal functioning is associated with longitudinal decline in global cognitive functioning
abstract reasoning and verbal memory
Nephrol. Dial. Transplant. 2013, 28 : 1810-1819
- 16) Nagler E.V.
Antidepressant for depression in stage 3-5 chronic kidney disease: a systematic review of
farmacocinetics, efficacy and safety with recommendations by European Renal Best Practice.
Nephrol. Dial. Transplant. 2012, 27(10) : 3736-3745

Esperienza di un Servizio biennale di “telecardiologia per pazienti in assistenza domiciliare” dell’ ASP Palermo

di **L. Calcarà***, **J.L. Citarrella***, **P.Di Salvo***, **E.Patorno***, **G.Polizzi****, **G.Veneziano***, **S.Vitello***, **G.Oddo***

*UOC Integrazione Sociosanitaria ASP Palermo

**UOC Cardiologia Ospedale Partinico ASP Palermo

Introduzione

Grazie alle nuove tecnologie, è possibile erogare, anche in ambito non ospedaliero, servizi sanitari complessi e coordinati che necessitano di strumentazione a pazienti assistiti a domicilio, tutto ciò in un’ottica di miglioramento della qualità e della quantità dell’offerta assistenziale territoriale.

Lo sviluppo sempre maggiore dei sistemi informatici (sistemi Server più potenti, sistemi Client meno costosi etc.) e di comunicazioni (Gsm, ADSL, HDSL etc) applicati all’ “Ars medica”, ha reso concrete prospettive, sino a poco tempo fa inimmaginabili, per ottenere un significativo aumento dell’efficacia, dell’efficienza delle prestazioni sanitarie per i pazienti, anche secondo criteri di equità di accesso.

La Telemedicina, grazie alla sinergia di sistemi complessi come Internet e tecnologia GSM, offre infatti opportunità di collegamento tra punti di cura diversi sul territorio e tra diversi livelli di cura (presidi sanitari, poliambulatori, emergenza, ospedali, cure domiciliari etc.), permettendo di realizzare, con tale una unione virtuale, la “continuità delle cure”.

Secondo la Commissione Europea, la telemedicina è “l’integrazione, monitoraggio e gestione dei pazienti, nonché l’educazione dei pazienti e del personale che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono”, ovviamente tramite l’uso di sistemi tecnologici e informatici.

In tale contesto le innovazioni informatiche e la telematica rappresentano per il sistema sanitario un’opportunità interessante per definire un migliore “trade-off” tra la più alta qualità delle prestazioni, che vengono sempre più richieste, e la necessaria efficienza ed oculatezza nell’impiego delle risorse disponibili.

In altre parole, rappresentano la possibilità di spostare in avanti la curva dell’offerta, fronteggiando in modo più efficiente ed efficace la crescita della domanda sanitaria e dei connessi costi di produzione delle prestazioni, preservando nel contempo le esigenze di equità sociale.

Più in particolare, se nella fase pionieristica l’obiettivo prioritario dei programmi di telemedicina era quello di favorire l’accesso alle cure anche in contesti geograficamente poco adatti alla mobilità territoriale, più di recente l’esplosione delle più avanzate tecnologie informatiche ha reso conveniente l’utilizzo della telemedicina anche in contesti urbani sia per la possibilità di centralizzare l’offerta di cure specialistiche ma anche di supportare l’attività dei medici di medicina generale e di facilitare l’accesso alle cure degli utenti.

Scopo

Il lavoro descritto è un’analisi delle attività effettuate nel biennio 2010-2011 in attuazione del “progetto pilota di telemedicina dedicato a soggetti non autosufficienti residenti nell’ambito territoriale della Azienda U.S.L. N° 6 di Palermo”.

Nell’AUSL 6, oggi ASP, con la telemedicina sono stati seguiti per due anni pazienti con sindrome d’allettamento o in stato vegetativo o con grave insufficienza respiratoria o pazienti terminali per i quali era attivato un programma di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con predilezione per i residenti in zone depresse, comunità montane, isole minori (Lampedusa, Linosa e Ustica).

Il progetto monitorando a distanza alcuni parametri vitali quali l’ECG, i valori di pO₂, pCO₂ in soggetti con ventilazione assistita (VMD) o in trattamento con ossigeno terapia a lungo termine (OLT), si prefiggeva i seguenti obiettivi:

- migliorare la qualità ed efficacia del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale;
- razionalizzare l’utilizzo delle risorse migliorando l’appropriatezza delle cure;
- migliorare la qualità di vita dei pazienti, consentendo loro di essere curati a domicilio;
- possibilità di effettuare consulenza specialistica indipendentemente dal luogo in cui abiti il paziente, migliorando l’assistenza anche in quelle comunità territorialmente sparse;
- accrescere la qualità delle decisioni del medico mettendo a sua disposizione, in modo semplice e veloce, le informazioni esistenti relative al paziente;
- fornire al paziente un servizio migliore ed anche maggiori informazioni sullo stato della propria salute.

Materiali e metodi

Complessivamente l’ASP assiste circa 1.250.000 abitanti di cui 240.000 hanno più di 65 anni: nel suo vasto territorio, superiore a 5 mila Km², vi sono zone montane con difficoltà di trasporto e lontane da presidi ospedalieri, zone isolate nel periodo invernale e le isole, tutte sprovviste di presidi ospedalieri, con difficoltà nei collegamenti in presenza di maltempo. Considerando l’articolazione territoriale dell’ASP di Palermo (che fino al 31/8/2009, allora AUSL, era suddivisa in 14 Distretti, di cui i 5 dell’area metropolitana, e dal 1/9/2009 ad oggi in 10 Distretti e 4 PTA) sono stati acquistati con i fondi assessoriali e consegnati all’Azienda nel novembre 2008 le seguenti apparecchiature:

- N° 22 sistemi di monitoraggio composti ognuno da ECG, Pulsossimetro, Misuratore di PAO, Glucorelettometro e Termometro digitale, collegati ad un modem GSM, così dislocati nel territorio:
- N° 2 apparecchiature in dotazione alle isole di Ustica e Lampedusa;
- N° 9 apparecchiature per i 9 Distretti extraurbani dell’Azienda 6;
- N° 5 apparecchiature per i 5 Distretti dell’area metropolitana dell’Azienda 6;
- N° 6 apparecchiature da assegnare a 5 pazienti in stato vegetativo;
- N° 4 Holter cardiaci per la registrazione nelle 24 ore dell’ecg
- N° 4 Holter pressori per la registrazione nelle 24 ore della pressione arteriosa
- Software compatibili con la tecnologia ed i programmi di gestione già in uso, al fine di implementare tale sistema.
- Server per la gestione dei dati raccolti.
- N° 3 “Client” di refertazione/consultazione.

Il servizio di telecardiologia mobile domiciliare, con tale strumentazione, permette di rilevare, in tempo reale, per il tramite di personale paramedico dell’ADI, comunque qualificato, l’ECG ed altri parametri vitali fondamentali senza che lo specialista si rechi direttamente a domicilio e, per la lettura e diagnosi, utilizza per la trasmissione dei dati la rete telefonica GSM.

L’ECG ed i parametri rilevati dall’infermiere domiciliare infatti vengono trasmessi via GSM ad un server collegato ad una UOC di Cardiologia (in particolare c/o l’Ospedale di Partinico).

L’ECG viene letto in tempo reale, o comunque entro 24 h, dai cardiologi dell’UOC di Partinico dove è presente il 1° client di refertazione.

La UOC Integrazione sociosanitaria, dove sono presenti il 2° e il 3° client dello stesso server, acquisita la valutazione dei parametri vitali e dell’ECG trasmette, via e-mail, entro 48h lavorative, l’ECG refertato e i parametri vitali all’UVG Distrettuale ed al MMG del paziente.

Per completezza, si chiarisce che l'ECG portatile, utilizzato a domicilio, può rilasciare una copia cartacea, valida ai fini medico-legali.

Il servizio è rivolto ai pazienti non autosufficienti assistiti in ADI non in grado quindi di recarsi presso i centri specialistici, e che possono pertanto sottoporsi agli esami di controllo senza spostamento fisico.

L'esecuzione del controllo domiciliare, che non è routinariamente utilizzato nell'acuzie, assicura l'attività di follow-up del paziente cronico domiciliare, che diventa oggettiva in quanto si avvale di una valutazione strumentale pluriparametrica.

Il personale infermieristico, composto da 60 Unità, è stato addestrato in quattro edizioni di apposito Corso di info-formazione di 8 ore svoltosi presso i locali del Dipartimento.

Concluse le procedure di consegna delle attrezzature a tutti gli Operatori coinvolti nel Servizio, i pazienti sono stati reclutati tra quelli già in assistenza, per essere sottoposti ad ulteriori controlli cadenzati se affetti da patologie cardiovascolari, e tra i nuovi ammessi che avessero necessità di monitoraggio per le seguenti patologie per le quali erano già in trattamento:

- disturbi del ritmo
- scompenso cardiaco
- ipertensione arteriosa
- cardiopatia ischemica cronica
- presenza di defibrillatore e pacemaker
- elevati fattori di rischio cardiovascolare (obesità, diabete)
- insufficienza respiratoria
- stati vegetativi
- qualsiasi patologia per la quale il medico curante riconosceva la necessità del controllo cardiologico domiciliare

Tale attività è stata così inserita, come attività programmata, nel PAI (Piano di Assistenza Individuale) redatto dall'UVG al fine di perseguire i seguenti obiettivi:

- possibilità di registrare ecg e parametri vitali nei pazienti in assistenza;
- possibilità di follow-up "senza stress" per i pazienti;
- attivazione del 118 in caso di rilevazione di urgenza;
- monitoraggio continuativo per ottimizzare la terapia;
- possibilità di rilevazione dei parametri vitali con monitoraggio a distanza;
- riduzione degli spostamenti dei pazienti verso le Strutture Sanitarie;
- esecuzione di esami altrimenti non eseguibili;
- riduzione di ricoveri impropri;
- miglioramento dell'assistenza e della qualità di vita dei pazienti;

Risultati

Dall'inizio della attività (esattamente dal 20 Dicembre 2008) al 01/09/2011 sono stati effettuati 1110 Ecg così distribuiti:

Distretto 33 (ex D.1)	17
Distretto 35 (ex D.2)	149
Distretto 37 (ex D.3)	95
Distretto 39 (ex D.4)	56
Distretto 40 (ex D.5)	145
Distretto 38 (ex D.6)	42
Distretto 41 (ex D.7)	5
Distretto 34(ex D.8)	98
Distretto 36(ex D.9)	21
Distretto 42(ex D.10)	135
Distretto 42(ex D.11)	31
Distretto 42(ex D.12)	85
Distretto 42 (ex D.13)	136
Servizio Anziani	85

Mediamente sono stati inviati 20 ECG al mese.

La percentuale di pazienti di sesso maschile è risultata del 38%, quella femminile 62%.

L'età media della popolazione esaminata è stata di 77 anni, in particolare l'età media degli uomini 75 anni, per le donne 78.

La ripartizione per fasce d'età è stata la seguente:

ETA'	PERCENTUALE
< 65 anni	12%
>= 65 anni < 75	8%
>= 75 anni < 85	46%
>= 85	30%

Il 90% della popolazione ha eseguito l'analisi contemporanea di tutti i parametri clinici previsti (ECG, SatO2, Glicemia, Temperatura, PAO). In 92 casi (8,3 % del totale) è stato eseguito un secondo ECG di controllo.

Il 41,66% (462) dei pazienti ha un tracciato patologico e di questi il 14 % (65/462) ha richiesto una consulenza cardiologica a seguito della quale per 4 pazienti è stato necessario un ricovero in ambiente ospedaliero (2 per riposizionamento del PM, e 2 per infarti recenti).

Dall'analisi dei parametri clinici si sono riscontrati i seguenti valori medi:

Pressione sistolica 145,78 mmHg

Pressione diastolica di 76 mmHg

Saturimetria O2 89,2

Glicemia 106 mg%

Temperatura corporea 36 gradi C°.

Principali vantaggi

- celerità di esecuzione di esami complessi a livello domiciliare
- basso costo
- superamento di distanze/barriere non solo fisiche ma anche culturali e familiari per l'esecuzione di attività non altrimenti effettuabili
- attività di screening e follow-up con rilevazione di patologie cardiache non note al MMG
- portare l'assistenza a livello tecnologico più elevato a letto del malato non autosufficiente o non trasportabile
- possibilità di collegamento tra strutture territoriali (domiciliari, residenziali e semiresidenziali) e ospedaliere sia intra che extra aziendali

Principali limiti

- necessità di continuo stimolo ad elevare il livello di cure domiciliari supportando gli operatori per eventuali difficoltà operative e i Medici di Medicina Generale che a volte ritengono di generare costi aggiuntivi all'assistenza
- ritenere il servizio di cardiologia domiciliare come alternativo al 118 o alle consulenze cardiologiche specialistiche quando, invero, tale attività va intesa come screening, follow up e monitoraggio ovvero controllo programmato sia nel medio periodo (ogni 3-6 mesi) o lungo (1 anno)
- necessario creare forme di maggior collaborazione ospedale-territorio e tra la medicina territoriale di I° livello- II° livello.

Conclusioni

La telemedicina dunque si presenta come un possente veicolo di innovazione globale del sistema sanitario incidendo:

- sulla gestione delle risorse, poiché riduce drasticamente il costo di trasmissione delle informazioni, permette di integrare i contenuti in diversi "format", facilita la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse umane; mette in connessione professionalità diverse (in particolare, facilita un uso più intenso e diffuso della medicina specialistica) e consente l'attivazione della formazione a distanza per gli operatori;
- sulla qualità delle cure, perché rende possibile un più intenso scambio tra gli operatori (specialisti e/o medici di medicina generale) e tra operatori e pazienti, riduce il costo sociale delle patologie (in termini di tempo impiegato e di spostamenti per l'utenza) e potenzia il self-management dei pazienti, per quegli aspetti che essi stessi possono trattare autonomamente.

In questa prospettiva la telemedicina, oltre a caratterizzarsi come strumento per facilitare l'accesso alle cure nei diversi contesti territoriali, costituisce anche un'opportunità per un radicale mutamento del sistema sanitario, con riferimento alle modalità di diagnosi e di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Si ringraziano per la loro collaborazione i Responsabili e componenti delle Unità Valutative Distrettuali e tutti gli operatori dell'ADI dell'ASP.

Studio osservazionale su sicurezza e tollerabilità ed efficacia a lungo termine dei farmaci di prima scelta Ache-i e Memantina per i pazienti con Demenza di Alzheimer.

di A. Giacommo C. Volpe, F. Di Lauro, F. Giacommo, S. Marino, S. Putignano - ASL NA 1 Centro

Inibitori delle colinesterasi in pazienti con Demenza di Alzheimer

Come noto nel trattamento della Demenza di Alzheimer (DA) di grado lieve-moderato gli Inibitori delle colinesterasi (I-che) hanno dimostrato modesti benefici. D'altra parte l'utilizzo di donepezil (dnp), galantamina (gala) e rivastigmina (riva) è diffuso nella pratica clinica e sebbene trial clinici pubblicati indicano come essi siano sicuri e tollerati, va, tuttavia, sottolineato che questi studi sono stati condotti su pazienti relativamente sani, laddove la popolazione dei soggetti con DA include generalmente un significativo numero di pazienti fragili e con concomitante patologia cardiovascolare e politerapia farmacologica (1-3).

Effetti collaterali degli Inibitori delle colinesterasi

Sebbene relativamente sicuri, gli I-che, generalmente prescritti, nel mondo reale, a pazienti fragili, possono avere, per la loro azione stimolante il parasimpatico e pro-colinergica, cerebrale e degli organi periferici, oltre a effetti collaterali gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea, pirosi, ulcera in-testinale, rottura esofagea, alterazioni della funzionalità epatica) neurologici (disturbi extrapiramidali, del sonno, allucinazioni, deliri, agitazione, ansia, depressione, confusione, sonnolenza), ge-nitourinari e muscolo-scheletrici, anche effetti collaterali cardiovascolari, clinicamente significativi, per le possibili ripercussioni sullo stato di salute in pazienti fragili, con comorbilità cardiovascolare ed in politerapia anche con farmaci attivi sull'apparato cardiovascolare.

Effetti collaterali cardiovascolari degli Inibitori delle colinesterasi

Gli effetti collaterali cardiovascolari più frequentemente riportati sono bradicardia, disturbi di conduzione aritmie e ipertensione-ipertensione arteriosa (da ipersensibilità del seno carotideo), sincope e si esplicano attraverso un'azione sia periferica che centrale.

Sebbene, infatti, il principale bersaglio della loro azione sia il cervello, per la ricchezza in colinesterasi del cuore, l'azione degli I-che può essere fatalmente cardiotossica.

In particolare vi sono evidenze di associazione tra inizio di terapia con I-che ed aumento (più del doppio) del rischio di ospedalizzazione per bradicardia in pazienti anziani e di proseguimento, in generale, della terapia dopo la dimissione, ad indicare una sottovalutazione del problema della cardiotossicità di tali farmaci da parte dei medici (6). Gli I-che, possono, inoltre, ridurre la fluttuazione della frequenza cardiaca (7) e aumentare la pre-disposizione alle cadute in pazienti con DA e D. di Lewy Body, in cui si registra un'aumentata incidenza d'ipertensione ortostatica e ipersensibilità del seno carotideo (8).

La sincope è riportata quale comune effetto collaterale del dnp nelle informazioni sulle caratteristiche del prodotto come espressione di cardiotossicità (9-10).

I timori sulla sicurezza degli I-che si sono, peraltro, accentuati a seguito, da recenti evidenze, di un'aumentata mortalità associata al trattamento attivo in trials controllati su gala per il trattamento del MCI (MCI: 1,4% versus 0,35%).

Sebbene nessuna singola causa di morte fosse predominante, la metà di queste morti è risultata riconducibile a patologia cardiovascolare (11).

Questo dato ha indotto una segnalazione da parte della FDA e dell'EMA nei confronti del trattamento farmacologico del MCI,

pur non essendo chiara la possibile rilevanza di questa osservazione per i pazienti con DA (10).

Ci sono, inoltre, state segnalazioni post-marketing di torsione di punta, prolungamento del QT, bradicardia, tachicardia ventricolare e breve perdita di coscienza in associazione a sovradosaggio accidentale di gala (come indicato nel bugiardino della casa produttrice).

In un caso nel quale la dose era conosciuta, erano state ingerite in un'unica giornata otto compresse da 4 mg (32 mg totali).

E', ancora riportato in letteratura il caso di un uomo di 85 anni che ha sviluppato **Delirio, pro-lungamento dell'intervallo QT e sincope da gala.**

Questo caso, insieme ad altri pubblicati in letteratura e contenuti nel database dell'ADRAC, evidenzia come gli Inibitori delle colinesterasi possano portare a delirio, sincope, ipotensione ed aritmie potenzialmente fatali.

Secondo l'algoritmo di Naranjo, nel caso riportato la gala è stata la probabile causa del quadro clinico manifestato dal paziente (12-14). A tal proposito la somministrazione di gala ed altri I-che richiede un accurato monitoraggio ed una valutazione dei fattori di rischio che possono precipitare il prolungamento del QT, la sincope ed il delirio (5).

Va, ancora, ricordato come la British National Formulary indica la sindrome del seno carotideo ed altri disturbi di conduzione sopraventricolari quali fibrillazione e flutter atriali quali condizioni in cui esser cauti nel prescrivere I-che e pertanto relative controindicazioni al loro uso (15).

Le stesse case produttrici di questi farmaci raccomandano un cauto utilizzo in pazienti in concomitante terapia con farmaci capaci di ridurre la frequenza cardiaca come digossina e betabloccanti.

Al di là di questa raccomandazione, non esistono tuttavia attualmente linee guida sulla prescrizione degli Inibitori delle colinesterasi in pazienti con patologia cardiovascolare, che consentano di distinguere il diverso grado di potenziale cardiotossicità, in rapporto nel singolo paziente, in particolare, al singolo ed individuale profilo clinico-terapeutico, in termini di comorbilità e politerapia. A tal proposito, in uno studio canadese, si è evidenziato che di 6424 pazienti anziani, cui era stato recentemente prescritto dnp, tra metà e tre quarti di essi sarebbero stati ineleggibili in trial randomizzati disegnati per verificare l'efficacia del farmaco e come la maggior parte dei pazienti che hanno dovuto interrompere il trattamento aveva patologia cardiovascolare attiva (4).

Memantina in pazienti con Demenza di Alzheimer

La memantina, finora considerato il meno cardiotossico dei farmaci utilizzabili in pz con DA, introdotta nel 2009, tra i farmaci erogabili nell'ambito del Piano Cronos, mediante gli operatori dei centri UVA, con l'indicazione elettiva per la DA in fase moderatamente severa e severa, non sarebbe scevra da effetti collaterali cardiologici, in particolare, azione ipertensiva e bradicardizzante (pochi casi se usata singolarmente e/o in associazione con dnp).

Effetti collaterali della memantina

Negli studi, gli effetti collaterali più comunemente associati al trattamento con memantina (me) (1-10% dei pazienti) e che si sono verificati con maggior frequenza rispetto al placebo, comprendono allucinazioni (2,0% vs 0,7%), confusione (1,3% vs 0,3%), vertigini (1,7% vs 1,0%), cefalea (1,7% vs 1,4%) e affaticamento (1,0% vs

0,3%). Gli effetti collaterali rari (0,1-1% dei pazienti) che si sono verificati con maggior frequenza rispetto al placebo comprendono ansia, ipertonia, vomito, cistiti ed aumento della libido (16).

Poiché risulta obiettivamente difficile raccogliere dati accurati da pazienti con difficoltà di comunicazione, sia le percentuali che gli effetti collaterali riportati potrebbero essere poco attendibili. D'altra parte alcuni dati di farmacovigilanza indicherebbero che la me potrebbe incrementare il rischio di bradicardia e di altre effetti collaterali cardiovascolari. E' quanto emerge da un lavoro eseguito in Francia in cui sono state esaminate tutte le segnalazioni di effetti collaterali di natura cardiovascolare, relative a me, dall'immissione in commercio (2003) al 2007 presenti nella Rete Nazionale Francese di Farmacovigilanza. Gli effetti collaterali evidenziati erano i seguenti:

- 6 casi di ipotensione ortostatica.
- 4 casi di alterazioni elettrocardiografiche esclusa bradicardia.
- 2 casi di svenimento.
- 2 casi di malessere con ipotensione arteriosa.
- 1 caso di ipotensione arteriosa con insufficienza renale acuta.
- 1 caso di insufficienza cardiaca fatale.
- 2 casi di morte improvvisa.
- 18 casi di bradicardia.

Nei 18 casi di bradicardia, il valore medio di battiti cardiaci era di 42 al minuto (range 30-52). Di questi, in 11 casi la me era associata a I che. In 6 dei 7 casi rimanenti, è stato osservato un challenge positivo, a supporto dell'elevata probabilità che la causa della bradicardia fosse imputabile alla me. Secondo gli autori il meccanismo patogenetico delle effetti collaterali cardiaci rimane inspiegato, in quanto gli stessi sembrano essere complessi e poco chiari, soprattutto perché non sono noti gli effetti del blocco dei recettori NMDA periferici (17). Secondo un altro autore il motivo di queste reazioni è assolutamente chiaro e non riconducibile ai recettori NMDA, dal momento che la me è un agente colinergico che attiva alcune vie parasimpatiche mediante una stimolazione dei recettori muscarinici (18). Inoltre, l'effetto colinergico spiega, in modo molto più convincente dell'azione antagonista a livello dei recettori NMDA, anche i benefici clinici segnalati nella DA (19). D'altra parte, il beneficio che questi pazienti traggono da farmaci ad azione colinergica è noto da oltre 30 anni (20) ed è già ampiamente sfruttato in terapia.

Criticità per gli specialisti UVA

Allo stato delle attuali conoscenze è, in definitiva, evidente la necessità di un EBM derivante dal sistematico monitoraggio di pazienti con comorbidità cardiovascolare cui sono prescritti gli I-che e Me. In tal senso, da un'indagine, condotta tra anziani psichiatri inglesi, emerge chiaramente come non vi sia consenso clinico riguardo all'uso di I-che in pazienti con DA e comorbidità cardiovascolare.

Ciò riflette, concludono gli autori di questo studio, la mancanza di evidenze in letteratura per assenza di trial clinici che prevedano l'inclusione di questi pazienti. Ne deriva che alcuni pazienti sarebbero esposti a significativi rischi in rapporto ad inappropriata prescrizione di I-che e/o Me non monitorata nel tempo. D'altra parte, altri pazienti con anomalie relativamente benigne (es. blocco di branca destro), potrebbero vedersi precludere l'opportunità del beneficio terapeutico derivante da tali farmaci.

A tal proposito, in uno studio canadese, si è evidenziato che di 6424 pazienti anziani, cui era stato recentemente prescritto dnp, tra metà e tre quarti di essi sarebbero stati inelleggibili in trial randomizzati disegnati per verificare l'efficacia del farmaco e come la maggior parte dei pazienti che hanno dovuto interrompere il trattamento aveva patologia cardiovascolare attiva (4).

Sembra chiaro come sia necessario un EBM derivante dal sistematico monitoraggio dei pazienti con comorbidità cardiovascolari cui sono prescritti gli I-che. Intanto, allo stato delle attuali conoscenze, si dovrebbero tener presenti le evidenze cliniche e farmacologiche disponibili per definire linee guida di consenso che indichino il miglior approccio terapeutico possibile.

Ciò consentirebbe di ridurre l'inappropriata variabilità prescrittiva, di salvaguardare il clinico da accuse di malpractice (malasanzità), di

fornire una base di discussione del rapporto rischi/benefici con pazienti e familiari.

Quest'ultimo è un aspetto fondamentale dal momento che è molto difficile ottenere dai pazienti il consenso informato nei confronti di un trattamento farmacologico il cui rischio non è completamente noto e su cui non ci sono linee guida professionali unanimemente accettate, il cui contenuto dovrebbe essere fornito dal consensus di un panel di esperti.

Resta, peraltro, al momento, incontrovertibile ed irrinunciabile un controllo clinico cardiologico e strumentale ECG, sia per individuare anomalie clinicamente importanti che per avere un esame base su cui effettuare, a trattamento iniziato, il monitoraggio della cardiotoxicità (5) Figura 1.

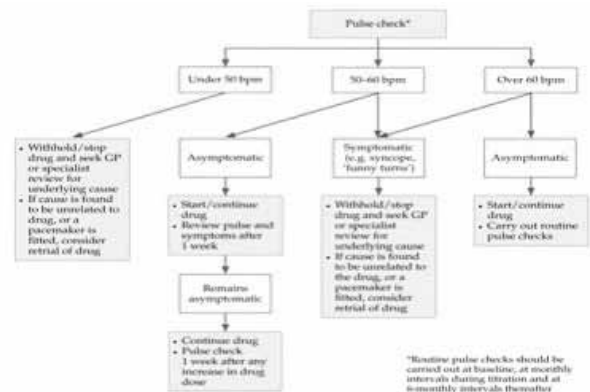


Fig. 1 Suggested guidelines for managing cardiovascular risk prior to and during treatment with acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. bpm, heartbeats per minute; the 'drug' means the chosen AChE inhibitor.

Razionale dello studio di monitoraggio della tossicità cardiologica e neurologica degli inibitori delle colinesterasi e della memantina in pz con D. di Alzheimer e non, da attuarsi da parte degli operatori UVA.

Come noto agli addetti ai lavori (geriatri, neurologi, internisti), operatori nei centri UVA, esiste oltre alla più comune collateralità gastroenterologica, anche una collateralità cardiologica e neurologica, potenzialmente osservabile in pazienti con Demenza (Alzheimer e non), riconducibile all'azione colinomimetica degli inibitori I-che Me, più comunemente riscontrabile in quelli inseriti nel Piano Crono e regolarmente prescritti (talora in associazione) a tali pazienti. In particolare, gli eventi avversi neurologici (stato confusionale, agitazione, deliri ed allucinazioni) e quelli cardiologici (bradicardia, sincope, disturbi di conduzione aritmie primitive e secondarie a QT lungo, insufficienza cardiaca, perfino aumentata mortalità in pazienti con MCI) costituiscono criticità ineludibili, con cui attivamente confrontarsi. Ciò, considerato, inoltre, il fatto che tali farmaci vengono generalmente prescritti a pazienti fragili, cardiopatici con comorbidità, spesso anche neurologica (depressione, disturbi psicocomportamentali) e pertanto in politerapia con farmaci che possono interagire con I-che e Me, sia cardiologici (antiaritmici, digossina antagonisti, beta-bloccanti) che neurologici (antidepressivi, antipsicotici, benzodiazepine), a fronte di una scarsità, per non dire assenza, di trial clinici rivolti ai pazienti che più frequentemente sono oggetto di queste prescrizioni (i pazienti di noi specialisti UVA) e sicuramente all'assenza di linee guida elaborate sulla base del consenso di un gruppo di esperti.

Scopo dello studio

Allo scopo di verificare quanto riportato in letteratura e che finora è stato fonte probabilmente di due atteggiamenti antitetici, entrambi discutibili: misconoscimento o non adeguata valutazione o viceversa preclusione dal beneficio terapeutico da parte di I-che e Me di pazienti con anomalie ECG (bradicardia, BBDx), teoricamente non controindicanti l'utilizzo di tali farmaci, sembra giunto il momento di attivare un congruo studio osservazionale retrospettivo e prospettico su tale tematica, oltre che su aspetti non meno interessanti, quali

prevalenza di switch, eventi avversi e conseguenti drop out, terapie farmacologiche in atto. Tutto ciò per avere una revisione della tipologia di pazienti (polipatologici, cardiopatici) già curati e/o in cura con farmaci potenzialmente tossici in concomitanza con farmaci anch'essi non scevri da tossicità. Ciò, allo stato delle attuali conoscenze, in assenza di linee guida di consenso ed alla luce delle evidenze cliniche e farmacologiche disponibili, in attesa di definire il miglior approccio terapeutico possibile, allo scopo autosensibilizzarci e sensibilizzare tutti coloro che operano su pazienti anziani fragili sulla enorme criticità di questa tematica.

Conclusioni

Per la scarsità di studi clinici sulla cardiotossicità oltre che sulla collateralità gastro-enterologia e neurologica nonché sulle interazioni farmacologiche (citocromi P450 CYP2D6 or CYP3A4) è auspicabile l'avvento di trial disegnati per investigare su queste tematiche non ancora sufficientemente studiate. Intanto appare irrinunciabile da parte dei geriatri UVA usare tutta la cautela possibile adoperandosi, mediante un monitoraggio clinico-cardiologico ed ECG (Fig. 1) che vada al di là di quello previsto dal protocollo Cronos nei pazienti dementi con comorbilità cardiovascolare al fine di scongiurare, il più possibile, attraverso il riconoscimento preventivo e precoce, eventi avversi cardiovascolari. Ciò anche ed ancor più nei casi in cui gli I- che associati o meno alla me siano impiegati in pazienti con demenze non Alzheimer. Potrebbe infine essere il momento di avviare un'osservazione retrospettiva e prospettica sulla prevalenza degli eventi avversi soprattutto cardiovascolari in corso di trattamento di pazienti con DA (pazienti Cronos) ed altre demenze che siano stati, sono e saranno seguiti dagli operatori AGE dei centri UVA. I dati di questo studio saranno registrati mediante apposite schede elaborate dal comitato di ricerca scientifica AGE ed affidate per la raccolta dati agli specialisti UVA AGE che saranno interessati. Il nostro studio costituirà un utile contributo alla miglior conoscenza della sicurezza e tollerabilità di I- che e della me.

Bibliografia

1. Ferreri F, Agbokou C., Gauthier S.. Cardiovascular effects of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease . *Revue neurologique.* 2007 Oct;163(10):968-74.
2. Hyattsville MD. Current estimates from the National Interview Survey, 1995. National Centre for Health Statistics. *Vital Health Statistics 1998, Series 10 (No. 199).* US Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Health Statistics.
3. Hay L, Grossberg GT. Polypharmacy in the elderly: clinical implications. *Int J Geriatr Psychopharmacol* 1998; 1: S15-9.
4. Gill SS, Bronskill SE, Mamdani M et al. Representation of patients with dementia in clinical trials of Donepezil. *Can J Clin Pharmacol* 2004; 11: 274-85.
- 5) Darren M. Malone, James Lindsay Cholinesterase inhibitors and cardiovascular disease: a survey of old age psychiatrists' practice. *Research letters.* [http:// a-geing.oxfordjournals.org](http://a-geing.oxfordjournals.org)
- 6) Cholinesterase Inhibitors and Hospitalization for Bradycardia: A Population-Based Study Park-Wyllie LY; Mamdani MM; Li P; Gill SS; Laupacis A; Juurlink DN Department of Family and Community Medicine, St. Michael's Hospital, Ontario, Canada. parkwylliel@smh.toronto.on.ca Published online 2009 September doi.org /10.1371 %2Fjournal.pmed.1000157" \t "pmc_ext. "http://reference.medscape.com/viewpublication/21048". (ISSN: 1549-1676)
7. Masuda Y. Cardiac effects of cholinesterase inhibitors used in Alzheimer's disease-from basic research to the bedside. *Curr Alzheimer Res* 2004; 1: 315-21.
8. Ballard CG, Shaw F, McKeith I, Kenny R. High prevalence of neurovascular instability in neurodegenerative dementias. *Neurology* 1998; 51: 1760-2. Ballard CG, Shaw F, Lowery K, Kenny R. The prevalence, assessment and associations of falls in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 15: 97-103
9. Pfizer Laboratorics Ltd. Accept data sheet, 26 February 2003. <http://www.medsafe.govt.nz/profs/Datasheet/a/Aricepttab.htm> (Last accessed 20 February 2007).
10. Giacummo A. Caso clinico 7 Selezione di Clinica e Terapia n. 02-Anno 2010 Vol- 1 Raccolta di Case History, pag 21.
11. <http://emc.medicines.org.uk/emc/assets/c/html/displaydoc.asp?documentid=16219# CLINICAL PRECAUTIONS>, (Last accessed 20 February 2007)
12. FDA Alert [3/2005]: alert for healthcare professionals on Galantamine hydrochloride (marketed as Razadyne, formerly Reminyl). [http:// www. fda. gov/ cder/drug/InfoSheets/HCP/ galantamineHCP.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/galantamineHCP.htm) (last accessed 20 February 2007).
13. Delirio, prolungamento dell'intervallo QT e sincope da galantamina. (riferito da Fisher AA, Davis MW. Prolonged QT interval, syncope, and delirium with galantamine. *Ann Pharmacother* 2008; 42: 278-83).
14. Galantamine (Reminyl) delays cardiac ventricular repolarization and prolongs the QT interval by blocking the HERG current" [http:// reference.medscape.com/ viewpublication/5454](http://reference.medscape.com/viewpublication/5454)".
15. <http://www.bnf.org/bnf/bnf/52/61148.htm?q=%22donepezil%22> February 2007] (last accessed 20).
16. La memantina per il trattamento della demenza. *DTB* 2003; vol. 12:73.
17. Gallini A et al. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008;17:877-8.
18. Drever BD, et al. *J Alzheimers Dis.* 2007;12:319-33.
19. Garibova TL, et al. *Eksp Klin Farmakol.* 2008;71:8-13.
- 20) Davis KL, et al. *Science* 1978;201:272-4

Geriatrica domiciliare D.O.C.: alcune considerazioni ... in libertà.

di Walter Gianni

Suono... Entro ... Saluto. La badante o il familiare mi conduce all'anziana (più spesso) o all'anziano non autonomo in attesa della visita geriatrica.

Un sacro rispetto mi pervade in quei passi che mi portano a lei o a lui. Sento di accostarmi al miracolo della vita, di una vita che è vicina al trapasso, così come avvenne alla nascita di mio figlio: anche allora, trovandomi di fronte al trapasso inverso, fui preso da un sacro "terrore", che mi commosse profondamente.

Nei miei periodi di ansia primaverili la vista dei vecchi immobilizzati o dementi, ciechi o sordi, piagati e incontinenti, mi sconvolge: in loro vedo riflesso me stesso, così come sarò in un futuro che non è più tanto lontano, sempre che Lui mi conceda di arrivarci! La nostra esistenza, già definita per grandi linee alla nascita, si dipana in un turbine di gioie e di dolori, e di noi resta solo il ricordo (di foscoliana memoria) negli altri, e frammenti di atomi, di spirito e di anima nei discendenti. Umiltà e amore è il giusto messaggio, non solo cristiano, che abbiamo il dovere di diffondere sempre e ovunque.

Un sorriso, spesso ricambiato, accende di speranza il volto del vecchio, che lo attende fiducioso. Qualche volta non viene compreso perché le facoltà cognitive sono ormai pressoché spente. Ma non importa: dev'essere comunque elargito, e accompagnato da un tocco, una carezza, che possa comunicare al vecchio energia vibratoria, fonte di vita, e al familiare un barlume di speranza. "Spes, ultima dea": la speranza di un'esistenza migliore. Ricordo l'approccio al letto del malato anziano in ospedale da parte del mio maestro di clinica e di deontologia medica, la professoressa Maria Alessandra Perego, che ora ci ha lasciati: un tocco, una parola di conforto, un sorriso per tutti! Ricordo anche l'effetto risanatore che aveva su di me, quand'ero bambino, l'arrivo a casa del pediatra, chiamato da mio padre: il sorriso, il tono fermo della voce, le parole rassicuranti. "Opus divinum est humanum sedare dolorem".

Poi si valuti globalmente l'anziano, cominciando dal microambiente domestico, per arrivare allo stato psico-fisico, alla terapia farmacologica, alla necessità di ausili e/o di riabilitazione motoria e/o cognitiva, di tipo formale e/o informale. Il trasferimento in altra stanza, che non sia quella da letto, è sempre raccomandabile non solo per ridurre l'abitudine al sonno diurno, ma anche per stimolare le afferenze sensitivo-sensoriali. La postura del capo a letto, se eccessivamente protratta in flessione per la presenza di doppio cuscino, può provocare vertigini ortostatiche: la posizione semi-ortopnoica nel cardiopatico può essere ottenuta disponendo un cuscino sotto il materasso all'altezza del tronco. Gli arti inferiori dovrebbero comunque giacere sul piano-letto, e non essere sollevati, onde evitare l'aumento del ritorno venoso al cuore. Il materasso a bolle d'aria, i cuscini sotto i tendini achillei, insieme con i frequenti cambi posturali, aiutano a prevenire le lesioni da pressione. Nei soggetti deambulanti l'uso di idonee calzature, l'eliminazione dei tappeti, l'illuminazione ambientale adeguata, la congrua somministrazione di sedativi, concorrono ad evitare le cadute. Il deambulatore per interni e per esterni, la carrozzina chiudibile o a comoda, possono agevolare gli spostamenti e consentire l'uscita di casa. Gli appoggi nel bagno, unitamente al rialzo per il WC e alla sedia girevole per la vasca facilitano l'utilizzo dei sanitari e prevenendo le cadute, ivi frequentemente ricorrenti.

D'estate il calore spesso penetra dalle finestre aperte e invade le stan-

ze, mentre sarebbe opportuno tenerle chiuse. I ventilatori o i condizionatori non dovrebbero mancare. L'apporto di liquidi (non inferiore a 1500 ml) può essere integrato con gelato alla frutta; nelle disfagie l'acqua gelificata e gli addensanti possono essere molto utili. D'inverno in casa l'eccessiva secchezza dell'aria, causata dai radiatori, dev'essere evitata, umidificando l'ambiente per consentire un'adeguata respirazione. L'uscita dall'abitazione dovrebbe essere limitata alle giornate con temperature superiori ai 12°C, riparando la bocca con la sciarpa per evitare, soprattutto nei pazienti cardio-respiratori, l'inalazione di aria fredda.

L'assistenza da parte di personale privato (badanti) dovrebbe essere qualificata, nel senso di una formazione dello stesso, per quanto attiene specialmente alle modalità di trasferimento posturale degli immobilizzati, di nutrizione dei disfaici, di stimolazione neuro-sensoriale e cognitiva informale dei dementi, e così via. L'apporto calorico da proteine dev'essere raddoppiato in presenza di lesioni da decubito con funzione renale nei limiti della norma. Questo tipo di assistenza che consente ai familiari di tenere il loro congiunto al domicilio il più a lungo possibile, anziché dover ricorrere all'istituzionalizzazione, può essere favorita dall'ampia concessione dell'indennità di accompagnamento da parte dell'INPS, che suffragga l'operato delle Commissioni Invalidi Civili delle ASL. L'indennità dovrebbe essere elargita sulla base non solo della gravità della disabilità, ma anche della redditività effettiva (ISEE) dell'anziano, condizione quest'ultima che attualmente non è riconosciuta quale criterio ufficiale di valutazione ai fini della concessione stessa, e che invece concorre a determinare lo stato di salute, in quanto componente del benessere sociale dell'individuo (OMS, Dichiarazione Universale dei Diritti Umani all'art. 22).

Anche l'impiego oculato dei farmaci antipsicotici atipici nei disturbi comportamentali gravi dell'anziano demente ha consentito di ridurre l'istituzionalizzazione, e indirettamente di attenuare lo stress del care-giver. Il ricorso all'invio in RSA è infatti diminuito di oltre il 40% negli ultimi cinque anni nel Distretto 11 della ASL RMC. Il miglioramento e potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata ha indubbiamente concorso a produrre questo fenomeno. Molto spesso il geriatra è chiamato a redigere o confermare i piani terapeutici degli antipsicotici atipici e/o degli anticolinesterasici per la loro prescrivibilità col SSN. La sindrome parkinsoniana, che trova tipica espressione nell'ipobradicinesia e nella rigidità muscolare, spesso è misconosciuta dai medici di famiglia e pertanto non viene trattata, così come è sottovalutata la depressione del tono dell'umore che vi si associa. La riabilitazione motoria domiciliare dev'essere effettuata precocemente in modalità estensiva e prevedere anche la modalità di mantenimento, col ricorso eventuale ai centri accreditati ex art. 26 del DPR 833/78.

La visita sta per terminare: un saluto all'anziano e ai familiari o alla badante, che ringraziano e ricambiano il mio sorriso. Esco... Un'altra esperienza mi attende.

Il diritto alla qualità della vita non ha età



KCS caregiver Cooperativa sociale

nasce dall'unione di esperienze consolidate e qualificate in Strutture Socio-Sanitarie e in aziende di servizi alberghieri di livello nazionale, Operiamo come azienda leader nella gestione globale e integrata di Strutture specializzate per la terza e la quarta età e per i disabili.

Grazie alla nostra esperienza acquisita negli anni, siamo in grado di adeguare efficacemente i nostri modelli organizzativi alle singole realtà mantenendo invariato il livello di qualità dei servizi sul territorio.

La nostra MISSIONE:

promuoviamo una nuova cultura dell'assistenza: consideriamo gli anziani, le persone fragili e i disabili non più esclusivamente come soggetti di bisogni passivi, ma anche come soggetti attivi e fonti di risorse. Appliciamo un metodo scientifico avvalendoci anche dell'ausilio di uno staff di professionisti esterni, tra cui medici geriatri e psicologi. Offriamo a tutti i nostri utenti soluzioni personalizzate secondo i più elevati standard qualitativi.

Cosa FACCIAMO:

Offriamo servizi socio-assistenziali, assistenza diretta alla persona, servizi infermieristici e di riabilitazione psico-motoria, oltre alla gestione di centri per anziani, minori e diversamente abili. Miriamo a obiettivi innovativi, coordinando competenze approfondite e multidisciplinari.

Dai servizi erogati alla formazione del personale, dalle tecniche di lavoro alla scelta dei fornitori, mettiamo in atto un processo di miglioramento continuo che si stende a tutti i livelli della nostra struttura. La ricerca costante della qualità è, allo stesso tempo, strumento e fine ultimo di tutte le nostre attività.

Il nostro APPROCCIO:

Tre sono i punti imprescindibili: efficienza del modello organizzativo e gestionale; efficacia delle prestazioni, grazie a operatori motivati, preparati e dotati di mezzi adeguati; soddisfazione del Cliente come misura per valutare i risultati.

Per raggiungere questi obiettivi effettuiamo una costante opera di aggiornamento e formazione delle nostre risorse umane. L'impegno per offrire le massime garanzie ai nostri Clienti e a tutti i partners istituzionali ci ha portato a essere i primi, in Italia ad ottenere la Certificazione ISO 9001 nel nostro settore, e, in seguito le certificazioni ISO 14001 e SA 8000.

KCS gruppo cooperativo paritetico

Costituito ai sensi degli artt. 2545 septies del Codice Civile, è lo strumento individuato per massimizzare le sinergie fra le varie società che fanno capo a KCS caregiver a vario titolo. Le società aderenti al Gruppo Cooperativo Paritetico condividono i valori etici, morali, comportamentali e professionali che da sempre caratterizzano KCS, beneficiano di tutti i servizi amministrativi e di supporto alla gestione potendo in tal modo concentrare i propri sforzi sulla gestione dei servizi tipici della singola società.

KCS live

Nasce come ulteriore risposta alle difficoltà dell'attuale mercato, rivolta ad una clientela privata interessata ad appaltare i servizi socio assistenziali, sanitari ed eventualmente alberghieri (ristorazione, pulizie, lavanderia).

È subentrata a KCS caregiver in alcuni contratti grazie all'adozione del regime di non applicazione I.V.A., individuando in tale opportunità offerta dalla normativa la possibilità di proporsi al Cliente con una sia pur lieve riduzione di prezzo che, considerate le difficoltà economiche attuali, in alcuni casi risulta determinante per il mantenimento o l'acquisizione di servizi.



Via dell'Artigianato 22 – 20864 Agrate Brianza (MI)

Tel. 039.65.61.71 – Fax 039.60.56.765

direzione@kcscaregiver.it - www.kcscaregiver.it

Consideriamo gli anziani e i disabili come soggetti attivi e fonti di risorse.

Comunicazioni

10° Congresso Nazionale

A.G.E.

UNA PROPOSTA DI VALUTAZIONE GERIATRICA FUNZIONALE AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE TOTALE CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO.

Giovanni Sergio - Dirigente medico geriatra, AUSL Roma C, Distretto 11, UOSD Assistenza Domiciliare e Poliambulatorio "Malfante".

Premesse. La Legge n. 508 del 21.11.1988 regola le condizioni degli aventi diritto all'indennità di accompagnamento, e cioè ai "cittadini riconosciuti ciechi assoluti" e ai "cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua". La recente Legge n. 303 del 28.12.2013, al Capitolo 3, sulla scia della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità (2006), sensibilizza le Istituzioni affinché deliberino e attuino misure a tutela della disabilità, con "revisione del sistema di accesso, riconoscimento/certificazione della condizione di disabilità e modello di intervento del sistema socio-sanitario". In particolare invita a superare l'ottica valutativa delle inabilità, a favore di un'ottica valutativa delle abilità in ambito sia socio-ambientale, sia psico-fisico, secondo la definizione di salute data dall'OMS nel 1948, come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non semplice assenza di malattia". Nei decenni successivi il concetto di benessere sociale, espresso nella definizione dell'OMS, è stato appunto esplicitato con l'identificazione di determinanti socio-economici-ambientali. In campo geriatrico la "resilienza... si oppone concettualmente alla fragilità degli anziani, che invece rappresenta un insieme di caratteristiche in grado di identificare in una fase precoce i soggetti a rischio di peggiorare le proprie qualità di vita, e che con opportuni interventi possono ridurre tale possibilità" (1).

Scopo del lavoro. È stato quello di fornire alle Commissioni di Invalidità delle ASL e dell'INPS uno strumento di definizione delle abilità, su base anamnestica e obiettiva (2), di soggetti richiedenti il riconoscimento dell'invalidità civile, con eventuale concessione dell'indennità di accompagnamento, e/o dei benefici della L. 104/92.

Metodiche. Per la valutazione funzionale geriatrica sono state scelte scale semplici di 1° livello, quali le BADL di Katz, le IADL modificate di Lawton, il Physical Performance Score (PPS) di Guralnik (3), il MMSE corretto di Folstein o lo SPMSQ corretto di Pfeiffer (risposte esatte), la tavola comparativa OO per il visus (occhio migliore), la SVaMA modificata per l'udito.

Osservazioni. Classificazione delle abilità:

1. resilienza totale/autosufficienza: livello ottimale degli indicatori di salute
2. resilienza parziale/fragilità: livello sub-ottimale degli indicatori di salute
3. autosufficienza parziale: ridotto livello degli indicatori di funzione:
 - 3a. totale abilità nelle BADL e parziale abilità nelle IADL;
 - 3b. totale abilità nelle BADL e totale inabilità nelle IADL;
 - 3c. parziale abilità nelle BADL e parziale abilità nelle IADL;
4. non-autosufficienza: minimo livello degli indicatori di funzione:
 - 4a. parziale abilità nelle BADL e totale inabilità nelle IADL;
 - 4b. totale inabilità nelle BADL e totale inabilità nelle IADL.

Le sette classi funzionali con i rispettivi indicatori di funzione sono esplicitate nella tabella seguente:

	BADL	IADL	PS e/o	MMSEc/SPMSQc	e/o	VISUS	e/o	SVaMA	udito
1. resilienza totale	6	5		12	30	10		≥ 10/10	3
2. resilienza parziale	6	5		11-10	29-25	9-8		9-8/10	3-2
3a. autosufficienza parziale	6	4-1		9-5	24-15	7-4		7-2/10	2-0
3b. " "	6	0		9-5	24-15	7-4		7-2/10	2-0
3c. " "	5-3	4-1		9-5	24-15	7-4		7-2/10	2-0
4a. non-autosufficienza	5-3	0		4-2	14-8	3-2		1/10	-
4b. " "	2-0	0		1-0	7-0	1-0		≤ 1/10-mm	-

Conclusioni. La suddivisione in sette classi di funzionalità sembra essere uno strumento efficace per le Commissioni di Invalidità al fine di determinare con precisione il diritto alla concessione dell'indennità di accompagnamento. Infatti, se le prime cinque classi si associano a percentuali di invalidità che possono oscillare fra 0% e 100%, e, nei casi di soggetti ultrasessantacinquenni, comportare la definizione di "difficoltà lievi/medie/gravi persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età", le ultime due classi dovrebbero consentire l'assegnazione dell'indennità (esclusa l'anacusia totale), qualora risulti soddisfatta l'appartenenza a fasce reddituali inferiori o non superiori a certi livelli, determinati da un'adeguata legiferazione, che includa appunto il criterio reddituale nella valutazione del diritto alla suddetta indennità da parte delle Commissioni di Invalidità.

Bibliografia.

1. De Alfieri W., Borgogni T., Through the looking glass and what frailty found there: looking for resilience in older adults. JAGS 2010; 58:602-3.
2. Sergio G., La valutazione geriatrica multidimensionale per l'invalidità civile totale con indennità di accompagnamento. Atti 1° Congr. Naz. Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE), Napoli 2004. Geriatria Extra-ospedaliera 2004; 2: 38.
3. Guralnik J. M. et al., A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol. 1994; 49(2):M85-94.

ARTERIAL STIFFNESS ED IPOVITAMINA D NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER.

Alberto Castagna 1, Giuseppe Artisani 2, Roberto Lacava 3, Antonino Maria Cotroneo 4, Carmen Ruberto 5, Paola Russo 6, Pietro Gareri 3
 1 AUSL di Modena, 2 AUSL di Rimini; 3 ASP di Catanzaro; 4 ASL-2 di Torino; 5 Geriatria Modena; 6 Università "Sapienza" di Roma

Keywords: vitamina D, Pulse Pressure, Alzheimer

Introduzione: La Pulse Pressure, misura indiretta della Stiffness Arteriosa, è semplicemente la differenza tra pressione arteriosa sistolica e diastolica, dipende dalla gittata cardiaca, dalla rigidità delle grandi arterie e dall'onda riflessa. Recenti studi suggeriscono che la vitamina D, ormone il cui recettore è presente in numerose cellule e tessuti, sia, in caso di ipovitaminosi, associato ad un aumento di malattie cardiovascolari. Abbiamo indagato la relazione tra 25-OH vitamina D sierica (25(OH)D) e pulse pressure (PP) in una popolazione di pazienti anziani affetti da Malattia di Alzheimer.

Metodi: Abbiamo arruolato 122 pazienti consecutivi (F 77%, età 78,8+5,21 anni) afferenti ai nostri ambulatori con diagnosi di Malattia di Alzheimer.

Risultati: Il 100% della popolazione era in ipovitaminosi D; 96 pazienti (78,7%) avevano livelli sierici di 25(OH)D inferiori a 20 ng/ml; 26 pazienti (21,3%) tra 20 e 30 ng/ml. Nel nostro studio la PP è stata inversamente correlata con la 25(OH)D (Figure 1, $r = -0,553$, $P=0,000$).

Dopo correzione per età, sesso, pressione sistolica, pressione arteriosa media, malattie cardiovascolari e terapia antiipertensiva, rimaneva una correlazione inversa, statisticamente significativa tra PP e 25(OH)D ($r = -0,524$; $p=0,000$).

Conclusioni: I nostri dati evidenziano una correlazione inversa tra PP e 25(OH)D, suggerendo l'ipotesi che la 25(OH)D, possa essere coinvolta nel rimodellamento vascolare. Il nostro risultato va confermato con studi prospettici, ma evidenzia un possibile ruolo dell'"Ormone D" sul rimodellamento vascolare.

Bibliografia - Arterial Stiffness e Funzionalità Cognitiva A. Castagna, A.Toschi, S.Moscardini, A.Spanò

57° Congresso Nazionale SIGG, Milano 21-24 nov 2012; G Gerontologia Vol LX n 6 Dic 12, ISS 0017-0305 pag 417

- Vitamin D and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease: The Pa.Ca.To. Study
 A.Castagna, P.Gareri, R.Lacava, AM Cotroneo, A.Toschi, S.Moscardini, C. Ruberto, A.Fabbo, A.Spanò
 9th Congress of the EUGMS / European Geriatric Medicine 4 (2013) S20-S80 S41
dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2013.07.136

ANALISI DI UN'IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI NELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

A.Capasso, R. Pelliccia, R.Ferone, G.Molinario, M.Femiano.
 U.O.C. Integrazione Sociosanitaria- Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord

Obiettivi

Scopo del nostro studio è stato quello di analizzare, in maniera retrospettiva, le strategie di intervento con

cui la Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord è riuscita ad implementare e potenziare la rete dei servizi per la non autosufficienza sul territorio aziendale nel triennio 2010-2012.

Materiali e Metodi I

Da un'analisi dei dati riguardanti gli interventi domiciliari nel periodo 2006-2009, la percentuale di anziani trattati in ADI in Campania risultava notevolmente inferiore alla media nazionale (2,98%), attestandosi su un'apercentuale del 1,2%, con valori inferiori per le province di Napoli e Benevento (1,15%). La Asl Napoli 2 Nord presentava anch'essa questi valori percentuali riguardo la domiciliarietà, e considerato che il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 poneva come obiettivo per la Regione Campania il raggiungimento di una percentuale di interventi domiciliari del 2,9% entro il 2012, si è dovuto procedere ad implementare il sistema coinvolgendo più attori, sia in ambito sanitario che sociale. Per tale motivo l'ASL Napoli 2 Nord, attraverso la collaborazione tra Direzione Sanitaria, UOC Integrazione Sociosanitaria e Coordinamento delle Cure domiciliari, ha messo in atto un programma di attività finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo aziendale.

Materiali e Metodi II

La UOC Integrazione Sociosanitaria ha contribuito al raggiungimento dell'obiettivo aziendale, elaborando strategie di intervento che coinvolgessero i Distretti Sanitari e gli Ambiti zonal. In particolare, sono stati realizzati una serie di incontri e riunioni con i Distretti Sanitari ed il lavoro è stato suddiviso in 2 fasi: PRIMA FASE: per singolo Distretto Sanitario, sulla base del numero di anziani residenti, è stato fissato l'obiettivo (numero minimo degli utenti da reclutare e di cui valutare il bisogno in Unità di Valutazione Integrata -U.V.I.); SECONDA FASE: elaborazione del sistema di monitoraggio e valutazione del raggiungimento dell'obiettivo fissato; TERZA FASE: verifica del raggiungimento dell'obiettivo assegnato, misurato attraverso gli indicatori e i parametri di valutazione fissati nel programma di attività.

Risultati

Le tabelle che seguono riportano i risultati raggiunti per singolo Distretto Sanitario dove si rileva un incremento negli ultimi tre anni dei casi assistiti a domicilio, passando da 1.861 casi trattati in ADI nel 2010 (1,5% della popolazione anziana residente) a 3.305 casin nel 2012 (2,9% della popolazione anziana residente).

Conclusioni

Il raggiungimento dell'obiettivo prefissato dimostra che l'ASL Napoli 2 Nord ha messo in atto negli ultimi

Distretto Sanitario	2010	2011	2012
ASL Napoli 2 Nord	1.861	1.882	3.305



anni un graduale processo di rinnovamento e potenziamento del sistema delle cure domiciliari attraverso la collaborazione tra strutture complesse di diverse aree gestionali e con l'integrazione tra settore sociale e sanitario.

Bibliografia

- 1- www.Adisud.net/Adisud Campania
- 2- www.regione.campania.it/obiettivi_servizio
- 3- Report attività flussi informativi ASL Napoli 2 Nord

DEMENTIA DI ALZHEIMER E VITAMINA D

Carmen Ruberto 1, Alberto Castagna 2, Roberto Lacava 3, Antonio Maria Cotroneo 4, Paola Russo 5, Andrea Fabbo 2, Pietro Gareri 3

1: Geriatra, Catanzaro, 2: AUSL di Modena, Programma Demenze; 3: ASP di Catanzaro 4: ASL-2 di Torino; 5: Università "Sapienza", Roma

Keywords: Demenza, Alzheimer, vitamina D email: carmenruberto@libero.it

Introduzione: Si sta focalizzando sempre più l'attenzione sulle azioni extrascheletriche della vitamina D come ad esempio su risposta immunitaria, apoptosi, cancerogenesi, sistema cardiovascolare, metabolismo glicidico e funzione neuro protettiva. La Vitamina D è un ormone neurosteroidale che supera la barriera ematoencefalica e lega con i VDR presenti nei neuroni e le cellule gliali del sistema nervoso centrale compresi l'ippocampo, l'ipotalamo, la corteccia e la sottocorteccia. Più precisamente l'1-25 OH vitamina D regola l'omeostasi del calcio intraneuronale tramite i canali del calcio (previene la necrosi) ed ha un effetto neuroprotettore contro la tossicità da glutammato (antiapoptosi). La malattia di Alzheimer è la più frequente causa di demenza nella popolazione anziana, caratterizzata da un progressivo declino delle performance cognitive con un deleterio effetto anche sulle attività sociali. L'invecchiamento è caratterizzato da un progressivo aumento di prevalenza dell'ipovitaminosi D. Lo scopo del nostro studio è stato di esaminare l'associazione tra 25-idrossi vitamina D (25(OH)D) e la funzionalità cognitiva (MMSE) in una popolazione di anziani afferenti presso i nostri centri. Metodi: Abbiamo studiato la relazione tra 25(OH)D e funzionalità cognitiva rilevata con MMSE in 122 pazienti consecutivi (F 77%, età 78,8±5,21 anni) afferenti ai nostri centri per disturbi cognitivi con diagnosi di malattia di Alzheimer. Risultati: Nella nostra popolazione l'ipovitaminosi D è stata riscontrata nel 100% dei pazienti; nello specifico in 96 pazienti (78,7%) con livelli sierici di 25(OH)D inferiori a 20 ng/ml e in 26 (21,3%) pazienti tra 20 e 30 ng/ml. Dopo aggiustamento per età, sesso, pressione arteriosa, malattie cardiovascolari e terapia antipertensiva, abbiamo osservato una significativa associazione tra 25(OH)D e stato cognitivo (Figura 1: $r=0,647; p=0,000$). Il MMSE è stato significativamente maggiore nei soggetti con livelli sierici di 25(OH)D >20 ng/ml che in quelli con 25(OH)D <20 ng/ml (Grafico 1: $19,32 \pm 3,72$ vs $11,81 \pm 4,30$; $p=0,000$). Conclusioni: I nostri risultati hanno evidenziato una relazione tra 25(OH)D e funzionalità cognitiva in pazienti con AD, suggerendo che la 25(OH)D possa essere coinvolta nella patogenesi della demenza. Chiaramente, gli studi fino ad oggi disponibili, compreso il nostro, non permettono di stabilire con certezza se esista un nesso di causalità tra ipovitaminosi D e decadimento cognitivo o se tale associazione sia semplicemente favorita dallo stile di vita inadeguato dei pazienti dementi. Riteniamo comunque che come tutte le ipovitaminosi, anche alla luce delle sempre più numerose evidenze di effetti extrascheletrici, anche l'ipovitaminosi D vada diagnosticata e trattata.

Bibliografia:

- 1 Hypovitaminosis D and Cognitive Function: The Pavullo Study A.Castagna, A.Toschi, S.Moscardini, A.Fabbo, A.Spanò IAGG 2013 The 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics June 23-27 2013 Coex, Seoul,

Korea; The Journal of Nutrition, Health & Aging; Volume 17, Sup 1, 2013 pag 403

2 Vitamin D and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease: The Pa.Ca.To. Study A.Castagna, P.Gareri, R.Lacava, AM Cotroneo, A.Toschi, S.Moscardini, C. Ruberto, A.Fabbo, A.Spanò 9th Congress of the EUGMS / European Geriatric Medicine 4 (2013) S20-S80 S41 dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2013.07.136

3 Ipovitaminosi D e Declino cognitivo nella malattia di Alzheimer

A Castagna, P Gareri, R Lacava, AM Cotroneo, C Ruberto, A Toschi, A Fabbo, A Spanò VII Convegno: Il contributo delle Unità di valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza; Istituto Superiore di Sanità; Roma 15 novembre 2013; ISTISAN 0393-5620 13/C5 pag 15

IL DAY-SERVICE GERIATRICO PER I DISTURBI

Grafico 1: MMSE in ps con 25 OH Vit <20 e compreso tra 20 e 30 ng/ml

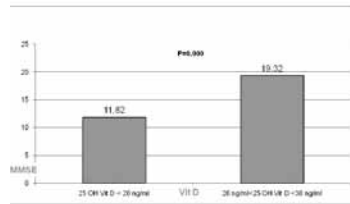
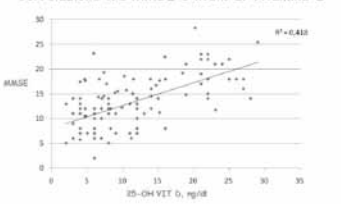


Figura 1: Correlazione tra MMSE e livelli di Vitamina D



COGNITIVO-COMPORTAMENTALI: UN ESEMPIO DI INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO.

Neviani F., Mussi C*, Monzani M*, Neri M*, Fabbo A.

Centro Disturbi Cognitivi, U.O. Geriatria NOCSAE e Programma Demenze A.USL Modena, *Scuola di Specializzazione in Geriatria Università Degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Background: I Disturbi del comportamento (BPSD) nella demenza non sono solo espressione del danno neurologico indotto dalla malattia, ma anche della personalità premorosa, dell'ambiente circostante, della relazione paziente-caregiver e di patologie somatiche intercorrenti, prime fra tutte le infezioni. L'identificazione e la rimozione di eventuali cause scatenanti il disturbo può limitare l'impatto del disturbo comportamentale e, in molti casi, risolverlo. La comparsa di BPSD nel corso di una demenza rappresenta un momento critico nel decorso della malattia. Deliri, allucinazioni, misidentificazioni, insonnia, aggressività fisica, wandering sono tra i principali motivi che portano i familiari a richiedere l'intervento medico. Molte volte la difficoltà di gestione è tale da indurre il caregiver a portare il paziente in Pronto Soccorso (PS) generando solitamente un peggioramento dei sintomi e aumentando il rischio di ricoveri impropri, con tutte le complicanze connesse (peggiore dei sintomi comportamentali, aumento del rischio di caduta, utilizzo di contenzioni farmacologiche e fisiche, aumento del rischio di allettamento e di insorgenza di ulcere da decubito, aumento del rischio di mortalità, aumento dei giorni di degenza...).

Obiettivi: Al fine di ridurre gli accessi in PS e di evitare ricoveri impropri è nato, grazie ad una collaborazione tra il territorio (Cure Primarie) e il presidio ospedaliero Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Modena (NOCSAE), un Day-Service (DS) per il trattamento e l'inquadramento diagnostico degli stati confusionali (PS) generando solitamente un peggioramento dei sintomi e aumentando il rischio di ricoveri impropri, con tutte le complicanze connesse (peggiore dei sintomi comportamentali, aumento del rischio di caduta, utilizzo di contenzioni farmacologiche e fisiche, aumento del rischio di allettamento e di insorgenza di ulcere da decubito, aumento del rischio di mortalità, aumento dei giorni di degenza...).

Metodi: Lo Specialista del CDC o il Medico di PS segnalano al DS il caso da valutare, tramite telefono/e-mail/Fax/sistema informatizzato aziendale. Successivamente avviene la presa in carico che passa attraverso 4 fasi. Fase 1: Accettazione/processazione della richiesta. Triage. Programmazione della prima valutazione entro un periodo di tempo compreso tra 72 ore (tempo massimo per la presa in carico dei pazienti provenireti da PS) e 1 settimana (tempo massimo per la presa in carico dei pazienti provenireti dai CDC).

Fase 2: Accoglienza e prima valutazione. Primo contatto con il caregiver: ascolto delle problematiche a domicilio, si fissa appuntamento per percorso psicoeducazionale. Fase 3: Definizione del programma diagnostico, richiesta ed esecuzione esami. Trattamento delle eventuali comorbidità emerse. Impostazione del trattamento farmacologico e non farmacologico dei BPSD. Impostazione programma psicoeducazionale. Rivalutazioni. Fase 4: Dimissione del paziente con invio al CDC territoriale di provenienza e al MMG. In caso di problematiche sociali attivazione dei servizi. In caso di necessità (presenza di comorbidità somatiche rilevanti, impossibilità di gestire il paziente a domicilio) ricovero presso reparto ospedaliero, nucleo ospedaliero demenze, o tramite attivazione dei servizi competenti (PUAss) inserimento in Nucleo Demenze, Centro Diurno o Casa Residenza.

Risultati: Dall'apertura del servizio (settembre 2013) abbiamo preso in carico al momento 73 pazienti (43 pazienti provenireti da PS e 30 provenireti dai CDC territoriali), età media 80,6 anni; (ds 7,7). Nessuno dei pazienti provenireti dai CDC si è recato in PS dopo la presa in carico. Solo 8 dei pazienti valutati sono stati ricoverati in ospedale per problematiche comorbidità alla base dello scoppio comportamentale.

Conclusioni: Il Day-Service per i disturbi cognitivo-comportamentali è un modello di integrazione tra territorio ed ospedale, secondo un modello di rete, finalizzato alla prevenzione dell'ospedalizzazione dei pazienti con demenza.

IL RIPRISTINO DEL BILANCIO ELETTROLITICO IN UN GRUPPO DI ANZIANI IPOVOLEMICI ATTRAVERSO L'USO DEL PLASMA MARINO

Roberto Lacava [1], Francesca Mazzei [2], Maria Teresa Pontieri [2], Alberto Castagna [3], Antonino Maria Cotroneo A.M.[4], Domenico Simone Costantino [1], Pietro Gareri [1]

[1]ASP Catanzaro , [2]RSA S. Francesco H Settingiano , [3] AUSL di Modena, [4]ASL 2 Torino

Il nostro organismo è formato principalmente da acqua, indispensabile per la nostra sopravvivenza. Nell'invecchiamento si instaurano alterazioni a carico dei principali apparati e sistemi che contribuiscono alla regolazione del patrimonio idrico ed elettrolitico. L'anziano è particolarmente a rischio ipovolemico in quanto lo stimolo della sete si attenua con l'avanzare dell'età, può esservi il timore di incontinenza urinaria (con minor assunzione di liquidi) e sono anche più frequenti le malattie, le alterazioni organiche e psicologiche predisponenti alla disidratazione. Nelle persone anziane fragili la disidratazione determina un aumento della morbilità e della mortalità e rappresenta anche uno dei principali rischi cui va incontro l'anziano. La disidratazione normotonica o isotonica è la forma più frequente ed è rappresentata da una perdita equilibrata di acqua e sodio con osmolarità costante ematica. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare gli effetti della reidratazione in pz. anziani ipovolemici attraverso l'utilizzo del "plasma marino" (acqua di mare oceanica microfiltrata a freddo). Sono stati osservati complessivamente 24 pz. con ipovolemia, a causa di ridotta assunzione di liquidi per os (<500 ml/die), con sintomatologia caratterizzata da ipotensione posturale, tachicardia, stato confusionale, di età media 76±4.4 anni, 12 pz in stato di ipovolemia sono stati idratati per os + plasma marino (4 flid/die + idratazione costante per os). Dopo 10 gg di trattamento si è avuto ripristino di tutti i valori elettrolitici nel plasma e scomparsa dei sintomi. 12 pz in stato di ipovolemia sono stati idratati per via e.v con soluz. fisiologica. (soluzione salina isotonica o soluzione fisiologica -NaCl 0,9%, questa soluzione contiene 154 mmol di NaCl) 750 ml/die + idratazione per os) Dopo 10 gg di terapia si è avuta riduzione della sintomatologia e ripristino completo dei valori elettrolitici ad esclusione del potassio e del magnesio non contenuti infatti nella soluzione fisiologica. Dai dati si evince che in entrambi i gruppi si è rilevata una riduzione della sintomatologia ma bisogna evidenziare il perfetto ripristino del bilancio idroelettrolitico con l'uso del semplice plasma marino per os che sicuramente è da preferire rispetto ad una terapia infusionale per via e.v. L'acqua di mare isotonica ha una composizione qualitativa e quantitativa identica al liquido extracellulare e quindi può essere uno dei mezzi più naturali per aiutare la regolazione del nostro organismo; è infatti in grado di nutrire e ossigenare le cellule oltre che partecipare al ripristino della stessa funzionalità.

Bibliografia

American Medical Directors Association (AMDA). Dehydration and fluid maintenance in the long term care setting.

American Medical Directors Association 2009.

Weinberg AD, Minaker KL. Evaluation and management in older adults. JAMA, 1995

Necessità di un corretto equilibrio idroelettrolitico nell'anziano con Demenza: R.Lacava et al. 58° Congresso Nazionale S.I.G.G. Nov 2013.

Necessità di un corretto equilibrio idroelettrolitico nell'anziano; R.Lacava, P. Gareri, A.Castagna...; Le Medicine Integrate; Anno IX - n°2 - Aprile 2013

IL RUOLO FONDAMENTALE DELL'ANAMNESI FARMACOLOGICA E SUO UTILIZZO IN UNO STUDIO OSSERVAZIONALE SUL MONITORAGGIO FARMACOLOGICO E FARMACOVIGILANZA IN PAZIENTI AMBULATORIALI ASL

A. Giacummo, F. Di Lauro, F. Lombardi, M. Grillo, B. G. Casullo, S. Marino, S. Putignano. U.O.A.A. DSB 45 ASL NA 1

Come noto l'anamnesi farmacologica (af), nell'ambito dell'anamnesi personale, è volta ad identificare attraverso il colloquio con il paziente (pz) i farmaci (fa) che il pz ha assunto o sta assumendo. Negli ultimi anni l'af ha assunto un'importanza crescente, poiché l'immissione di un numero sempre più alto in commercio e, l'uso spesso indiscriminato di fa, causa un gran numero di patologie (pat) iatrogene (iatr), fino a pochi anni fa rare se non sconosciute. L'af consente di individuare quali fa sono stati utilizzati, a quale posologia, chi li ha prescritti, per quale ragione e verificare i casi di appropriatezza ed inappropriatezza terapeutica (ap, inap ter) causa di reazioni avverse ai fa (RaF). Vi sono casi in cui il solo accenno dell'uso di un fa consente di individuare l'o-rigine di sintomi o segni, in altre parole consente la diagnosi (es parkinsonismo o distonie da antipsicotici). Al-trettanto utile è risalire alle pat del pz attraverso il fa (il dicummarolo presuppone una valvulopatia o una pro-tesi valvolare, il β -bloccante e/o il nitroderivato una cardiopatia ischemica o ipertensiva) L'af è inoltre indispensabile ad accertare un' intolleranza (int) del pz a determinati fa pertanto da evitare. Gli effetti collaterali (ec) dei fa sono, in genere prevedibili in rapporto alla dose (do) e possono manifestarsi con la comparsa di dan-no renale, febbre, ittero, malassorbimento mielopatico, reazioni allergiche manifestazioni cardiache o neuropsi-chiatriche. Può essere, talvolta, utile chiedere al pz o ai familiari (fam) di portare tutti i fa, i preparati o i liqui-di contenuti nell'armadietto dei fa del pz ed il medico (me) deve annotare. (spesso è utile un foglio di riferimento per i fa, e fornire una copia al pz o al caregiver (cagv). D'altra parte, avere l'elenco dei fa assunti dai pz non garantisce che il pz osservi il trattamento prescritto e può essere necessario pertanto contare il numero di compresse in ogni blister alla prima visita (1° v) e in quelle successive (vs). Se i fa vengono somministrati al pz da un cagv, allora deve essere interrogato il cagv. I pz dovrebbero dimostrare la loro capacità a leggere le e-tichette (spesso scritte a caratteri piccoli) e ad aprire le fiale (specialmente quelle con il tappo salvabambino) e la loro capacità a riconoscere fa. L'af si propone 3 scopi principali: 1) Conoscere la terapia (ter) in atto, con precisione numero tipo di fa, do e modalità di assunzione (mas). 2) Rilevare le int o le allergie a fa assunti, anche in passato. 3) Rilevare il fallimento di ter pregresse, avendo la certezza che queste siano state fatte con do e modalità corrette. Non bisogna, inoltre, dimenticare di chiedere se il pz ha fatto o fa uso di ter non tradizionali (erbe, omeopatia, agopuntura, ecc.) e tentare di comprendere quale può essere la compliance del pz che è inutile consigliare trt che poi non vengono seguiti. Nell'ambito dell'af è fondamentale verificare, infine, l'uso di droghe o tossici di varia natura.

Materiali e metodi L'af è stato lo strumento principale che ha permesso la raccolta dei dati per il nostro database, allestito annotando, alla prima visita (1°v) e visite successive (vs) dei nostri pz ambulatoriali (amb) e domiciliari (dom), raggruppati per sesso e fasce di età la ter in atto secondo i punti 1,2,3 (v scopi principali dell'af) Abbiamo, pertanto ed inoltre focalizzato l'attenzione su eventuali casi di politerapia (polt) di ap ed inap ter, RaF, ed ancora conoscenza ed applicazione dei vari warning e dati provenienti dalla letteratura circa tossicità e controindicazioni dei fa di uso corrente, possibili ec o pat iatr

Risultati I nostri dati derivano da 1180 vis, 721 1°v, 459 vs (amb e dom) avvenute nel I semestre 2009. Dei 721 pz (491 f, 230 m, range di età 61-98, età media 75.6) 291 (40.3 %) assumono < 4 fa, 340 (47.1 %) assu-

mono tra 4 e 8 fa, 81 (11.2 %) tra 8 e 12 fa e > 12 (1,2%). Considerando i pz in terapia con > 4 fa e 4-12 fa si può rilevare che 421 pz totali (58,3%) e in vari gradi di polt, (Nei casi di polt di grado moderato (4-8 fa)

e severo (>8, 8-12, >12 fa) sono stati allertati i fam e soprattutto i med curanti) causa probabile di RaF. Esiguo è risultato il numero di pz in terapia con > 12 f, complessivamente 9 (1,2%). E' stato inoltre possibile registrare con il nostro st osservazionale quali fa vengono più largamente usati ed alcuni casi rari e ricorrenti di inap ter.

Conclusioni Riteniamo l'af strumento indispensabile nell'ambito della vs geriatrica al fine di avere, attraverso la precisa coscienza del piano ter, la possibilità e di valutare in ogni nostro pz la possibile natura iatr di even-tuali pat e di verificare congruità dei fa utilizzati in rapporto alle patologie del pz (ap inap ter) e conseguen-temente di rimuovere fa causa di pat iatrogene int e/o ec del fa, segnalare ai fam ed al medico curante casi polt di grado moderato (4-8 fa) e sev (8-12, > 12 fa, di mancata applicazione dei warning dalla letteratura circa tossicità dei fa d'uso corrente, assol-vendo al dovere di ogni clinico sulla farmacovigilanza.

INDAGINE CONOSCITIVA OSSERVAZIONALE SULLA COSCIENZA DEL CONETTO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELLA POPOLAZIONE AMBULATORIALE GERIATRICA IN UNA POPOLAZIONE AFFERENTE AD UN POLIAMBULATORIO ASL

L. Forgione, S. Putignano, S. Marino, F. Di Lauro, F. Lombardi, F. Santamaria, C. Volpe, A. Giacummo. UOAA DSB 45 SL NA 1.

Per l'invecchiamento progressivo della popolazione (pop) gli ultrasessantacinquenni, costituiranno nel 2025 il 28% e nel 2050 il 35% della pop e gli ultraottantenni nel 2025 circa il 9% della pop totale per raggiungere il 15% nel 2050 (dati Istat). Le malattie cardiovascolari (cv) rappresentano in Italia ancora la principale causa (44%) di mortalità (mrt) e la cardiopatia ischemica (CI) rappresenta la prima causa di morte (mt) (28%) [circa il 60% di mt cv occorre in pazienti (pz) ultrasessantacin-quenni] mentre gli incidenti cerebrovascolari (cbv) sono al terzo posto (13 %) dopo i tumori (dati Istat). Lo studio (st), pertanto dei fattori di rischio cv (frc) di morbilità e mrt negli anziani (az) è per-tanto un obiettivo sanitario primario, con importanti ricadute in termini di salute e socio-economici.

A tal proposito quotidianamente verifichiamo, una spiccata tendenza sia all'aumento della prevalenza che all'anticipazione nell'età d'insorgenza di condizioni di rischio (ris) e di patologie a ris cv (rcv), quali diabete mellito tipo (DM), ipertensione arteriosa (Ia), dislipidemie (Dis), spesso conseguenti a stili di vita sedentari con relativo sovrappeso. D'altra parte, per l'estrema eterogeneità della pop az e la coesistenza di molteplici fattori (spettanza di vita, età biologica, comorbilità, fragilità e livello di autonomia funzionale), qualsiasi approccio preventivo non può che essere mirato al singolo individuo. Pertanto, lungi da facili generalizzazioni, impossibili nel pz az, è forse corretto ritenere che la prevenzione cv nell'az dovrebbe essere tanto più ag-gressiva quanto maggiori sono il livello di rcv e la spettanza di vita, e minori il carico di comorbilità non cv e le limitazioni funzionali.

Scopi

Ci siamo prefissi l'obiettivo di valutare il grado di conoscenza (cos) del rcv nella pop di az afferente al nostro ambulatorio nel primo semestre 2009.

Materiali e metodi

I dati valutati provengono da circa 1140 visite (vis) amb/dom effettuate nel I semestre 2009 (721 prime vis/pz, 419 vis successive, 491 f, 230 m, range di età 61-98, età media 75.6). Per valutare il grado di cos del rcv abbiamo individuato il numero di pz nella nostra pop con DM IA CI, e/o Dis ed il grado di cos del rcv sottoponendo i pz ad un questionario di 5 di item e valutando se fossero in te-rapia congrua, effettuassero 2 volte l'anno la valutazione dell'assetto lipidico (valendo 1-2 volte/anno (a seconda dei casi) una vis cardiologica con ECG (viscg) ed 1 volta/anno un esame Eco-doppler TSA (ecdst).

Nella pop esaminata 130 sono i pz con DM (18%), 177 i pz con CI (24,5%), 346 i pz con IA (47,9 %), 45 (6,2%) infine i pz con Dis. Complessivamente, senza tener conto di altre pat cv e cbv a rcv, 698 pz (96,8 %) sono risultati affetti da una o più pat a rcv. Hanno, di contro, avuto un test soddisfa-cente per cos del rcv 20 pz (2,77 %), effettuato una val congrua 50 pz (6,9%), visg 100 pz (13,8%). Il tasso di pz che assumono statine, omega 3, fibrati e nutraceutici ipolipidizzanti è risultato complessivamente di 151 pz (20,9 %), 52 (29,5%) pz assumono antiaggreganti, 152 (21,08 %) ace-ini-bitori, 124 (17,19 %) sartani (per citare i farmaci con nota assume "vasoprotettiva").

Conclusioni

L'impressione è che la prevenzione cv sulla base di una cos consapevole del rcv è ancora di là da venire e speriamo non utopistica. Indubbio è l'impegno della classe medica, come risulta dai nostri dati di farmacoterapia, se si considera che 1 pz su 5 assume ipolipemizzanti e/o ace-inibitori e quasi la stessa percentuale assume sartani. I dati sfavorevoli sono verosimilmente da attribuire ai soliti an-nosi ed imprescindibili problemi di farmacoeconomia ed al peso sempre più opprimente della buro-crazia sul lavoro ambulatoriale quotidiano che impedisce al medico o gli rende problematico infor-mare i pz su rcv.

IPOVITAMINOSI D ED EFFICACIA CLINICA DELLA MEMANTINA IN SOGGETTI AFFETTI DA DEFICIT COGNITIVO

I. C. Prete, A. Giusti, I.E. Palummeri, I.S.C. Geriatria E.O. Ospedali Galliera, Genova.

Ipoovitaminosi D è altamente prevalente nella popolazione anziana. Studi recenti hanno evidenziato come siano a rischio di severa ipoovitaminosi D non solo gli anziani viventi in Istituto ma anche quelli relativamente più sani viventi in comunità (Giusti A et al., JEI 2006).

Studi osservazionali hanno dimostrato una correlazione tra ipoovitaminosi D e rischio di demenza (Annweiler C et al., EJM 2009). Recentemente è stato anche ipotizzato che l'associazione di supplementi di vitamina D alla terapia con memantina, nella demenza moderata o severa, possa incrementare l'effetto benefico della memantina (Annweiler C et al., CBN 2012).

Per testare la potenziale correlazione tra livello sierico di 25-idrossi-vitamina D (25-OH-D) e risposta clinica alla memantina abbiamo condotto un'analisi retrospettiva in pazienti anziani dementi non supplementati con vitamina D nei primi sei mesi di terapia con memantina.

Il nostro studio ha permesso di evidenziare un'interazione tra i livelli sierici di 25-OH-D e la risposta clinica alla terapia con memantina. La ridotta numerosità del campione può giustificare la mancanza di significatività statistica. Sebbene preliminari, questi dati supportano la conduzione di trials randomizzati e controllati per accertare i potenziali benefici della terapia di associazione memantina e colecalciferolo nel trattamento della MA.

L'AMBULATORIO GERIATRICO IN AIUTO ALLA COMMISSIONE MEDICO-LEGALE NEL RICONOSCIMENTO DEL GRADO D' INVALIDITA' CIVILE : METODO E STRUMENTI PER UNA DIAGNOSI FUNZIONALE NEGLI ULTRA65ENNI

C.Pizzorni*, A.Bongiovanni*, E.Bennati*, D.Calzato*, P.Barbieri*, L. Sampietro*, C.Ivaldi*
T. Boccardo**
* Geriatria ASL 3 Genovese
**Medicina Legale ASL 3 Genovese

Scopo : Il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento negli ultra65enni fa riferimento a due possibili condizioni : " non essere in grado di compiere i comuni atti della vita quotidiana o " essere impossibilitato a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore." La normativa, pur rafforzata dal concetto di "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età", non esplicita né l'entità delle limitazioni (che sono diverse nelle varie fasce dell'età senile) , né gli strumenti da adottare per la valutazione . Questa carenza di riferimenti ha mantenuto negli anni difficoltà di interpretazione lasciando spazio talora a fenomeni di dis-eguità sociale. Nel contempo la VMD, già riconosciuta come metodo di valutazione della salute funzionale dell'anziano , si è arricchita sempre più di strumenti capaci di analizzare i diversi domini e quantificare dati in precedenza solo qualitativi.

L'incremento della popolazione anziana, particolarmente evidente in Liguria dove gli ultra65enni rappresentano quasi il 27% , 8 punti sopra la media nazionale , ha incrementato la richiesta di valutazione per la non autosufficienza ai fini certificativi (65% delle prestazioni richieste nella nostra ASL). E' stato così impostato tra i diversi Ambulatori Geriatrici della ASL 3 Genovese un modello condiviso di valutazione da offrire ai Medici delle Commissioni invalidi come strumento equo e affidabile.

Materiali e Metodi

La valutazione partendo dall'anamnesi e dalla comorbilità distinta secondo la CIRS per gravità maggiore di 2/4 (moderato - grave - molto grave) e dall' esame obiettivo , contempla un primo screening per le grandi sindromi geriatriche * attraverso semplici domande poste al paziente e/o al caregiver , che identifica aree critiche (memoria, cadute, deficit sensoriali, incontinenza, dipendenza funzionale, sintomo dolore, alimentazione , condizione socio-abitativa). L'indagine prosegue con una quantificazione dell'autonomia nelle attività di base e in quelle strumentali attraverso una Barthel breve a 10 item (Mahoney Mar St Med J 1965) e IADL (Lawton , Gerontologist ,1969) a risposta dicotomica con identificazione e quantificazione delle funzioni perse. Quindi una valutazione dello stato cognitivo tramite il Mini-Cog Test (Borson, int J Geriatr.Psych 2000) che verifica la capacità di attenzione, la memoria a breve e lungo termine , la concettualizzazione astratta e la rappresentazione simbolica , attraverso la ripetizione delle tre parole (mela - neve- rosa) seguite da un elemento distrattore (Clock Drawing Test) e infine dal recall . Segue una analisi dello stato timico con la somministrazione della Geriatric Depression Scale Short Form a 5 item (Rinaldi , JAGS 2003) . Il Timed up & go (Podsiadlo, JAGS 1991) conclude la prima fase offrendo valori di performance motoria e predittivi di caduta .

In base alle criticità emerse, l'esaminatore ha quindi a disposizione un'ulteriore batteria di test per meglio definire i vari campi : MMSE - SPMSQ - CDR - NPI per i disturbi cognitivi e non (alterazioni del comportamento - depressione) della demenza , associato anche al burden del caregiver (CBI) ; lo stato funzionale e motorio con il rischio di caduta (Barthel ADL e Mobilità vers. Shah (1989), Scala di Tinetti - PTT). Rientra nella valutazione una breve anamnesi sociale (situazione familiare, abitativa, assistenza privata regolarizzata), una valutazione Neurosensoriale (vista e udito) sulla base dei dati anamnestici o sulla documentazione disponibile e un approfondimento, se ritenuto utile, sul rischio di malnutrizione (MNA). Risultati: Tutti i pazienti valutati per la certificazione sono sottoposti a VMD .Ai test più predittivi di non autosufficienza (Barthel index per la valutazione della autonomia funzionale e motoria - MMSE per la valutazione dello stato cognitivo) dove solo punteggi molto bassi (tra 0 e 10/60 per la Barthel ADL e tra 0 e 10/40 per la Barthel mobilità - pari o inferiori a 17/30 per il MMSE), possono essere considerati fortemente predittivi di dipendenza totale , si possono integrare altri test per ogni area critica mirati a definire il grado di dipendenza, dipanando il limite della grey zone tra la certezza del diritto da un lato e la mancanza di requisiti dall'altro . La certificazione consegnata alla commissione partendo dall'età del paziente e dalla sua comorbilità di grado rilevante, correlata anche all' instabilità clinica, definisce la presenza o meno di grandi sindromi geriatriche , il grado di deterioramento cognitivo in base alle limitazioni funzionali e ai disturbi comportamentali, il livello di autonomia motoria con il rischio di caduta ; l'autonomia strumentale e nelle attività di base , i deficit sensoriali , la condizione socio-economica- familiare .

Conclusione: Solo una valutazione completa con metodiche standardizzate e validate , svolta in ambiente specialistico , può fornire lo strumento idoneo ad una Commissione Invalidi per definire e oggettivare il grado di non autosufficienza fino al diritto all'indennizzo economico . L'attuale progetto condiviso tra Geriatria e Medicina legale mira a definire una flow chart che identifichi la dipendenza sulla base del concetto di salute dell'anziano , senza rimanere ingessati in una mera raccolta di range numerici.

Bibliografia:

Cembrani F. Cembrani V.: Welfare e demenza : "Una proposta di lavoro per un'assunzione (forte) di responsabilità" I luoghi della cura - Anno VI N2-2008
Legge Provinciale n.6/1998 e deliberazioni attuative della Giunta Provinciale di Trento
Disegno di Legge delega per la riforma fiscale e assistenziale n.566 / 2011 Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010 - Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali
F.Cembrani : " La valutazione della demenza nell'ambito medico legale per la concessione dei benefici dell'invalidità civile , Giornale di Gerontologia N°5/2006
P. Cavagnaro: " Il ruolo del geriatra nelle Commissioni sanitarie per l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap" Giornale di Gerontologia N°5/2006
Sindrome Demenza Diagnosi e trattamento - Linee guida Regione Toscana 2011
C. Pizzorni et al.: La V.M.D. come criterio di valutazione dell'invalidità civile negli ultra65enni "Giornale di Geriatria N°1/2011

LA COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE GERIATRICO SUL TERRITORIO

Dott. Giuseppe Pistoia1, Dott. Francesco Badagliacca2, dott. Francesco Torres3
1 Geriatria, Specialista Ambulatoriale ASL Bari e Taranto, 2 Geriatria, Coordinatore Sanitario, R.S.A.-I.S.P.E. - Mola di Bari (Ba), 3Geriatria, Specialista Territoriale ASL Bari

Scopo: Negli ultimi anni è iniziata una fase dell'assistenza sanitaria sempre meno ospedale-centrica a favore

dell'assistenza territoriale (RSA; RSSA, Hospice, ADI, ecc.), transizione accelerata dalla difficile situazione economica che spinge all'ottimizzazione dei costi. Questo cambiamento non è solo organizzativo ma si associa al cambiamento del profilo clinico dei pazienti sul territorio con una crescente complessità clinico-assistenziale. Questo studio osservazionale ha lo scopo di descrivere le caratteristiche cliniche e funzionali dei pazienti che afferiscono al servizio territoriale dell'ADI per cui è stata chiesta la valutazione da parte del geriatra ambulatoriale

Materiali e Metodi: E' uno studio osservazione condotto nel biennio 2012-2103 che ha visto coinvolti i pazienti afferenti al servizio ADI del D.S.S. n°5 di Grumo Appula (Ba) per cui è stata chiesta una valutazione clinica a domicilio da parte del geriatra. I pazienti sono stati sottoposti ai seguenti questionari: SPMQS (valutazione della cognitivtà); ADL, IADL, Indice di Barthel, Scala di Tinetti (valutazione della funzionalità); CIRS-IS, CIRS-IC (valutazione organica); MNA, MNA Short Form (valutazione nutrizionale); Scala di EXTON-SMITH (valutazione del rischio lesioni da decubito) Sono stati valutati 62 pazienti (M:22; F:40) di età media 85 ± 7 anni

Risultati: Dall'analisi dei dati emerge che il 75 % dei pazienti presenta una totale dipendenza nelle attività della vita quotidiana con una grave compromissione della mobilità (46% non deambulante, 54% deambulazione ad elevato rischio di caduta). Dall'analisi dello stato nutrizionale emerge che il 64% del campione presenta malnutrizione e ben il 75% ha un elevato rischio di lesioni da decubito. Nel 70% dei pazienti è presente un grave deficit cognitivo e nel 46% si osservano disturbi del comportamento. L'analisi della prevalenza della comorbilità evidenzia che l'85% dei pazienti è affetto da polipatologia con un indice di severità (CIRS-IS) medio di 2,4. Mediamente ogni paziente assume circa 4 farmaci al giorno.

ADL*	IADL*	I. Barthel	Tinetti	MNA	MNA-SF
0.9 ± 0.1	0.2 ± 0.1	14.2 ± 2.0	5.3 ± 0.7	13.7 ± 0.8	7.1 ± 0.6

*Funzioni conservate

CIRS (IS)	CIRS (IC)	N. Farmaci	SPMSQ	Disturbi del comportamento	Exton-Smith
2.4 ± 0.1	2.3 ± 0.1	4.1 ± 0.2	7.8 ± 0.4	SI: 46.6 %	10.8 ± 0.5

Conclusioni: I dati descrivono una realtà domiciliare ad elevata complessità clinico-assistenziale di cui bisogna tener conto in una fase storica in cui il contenimento della spesa sanitaria ha portato al drastico fenomeno della deospedalizzazione senza la redistribuzione delle risorse con un potenziamento dell'assistenza territoriale. Altro elemento critico da considerare è la necessità di ottimizzare all'atto della dimissione la comunicazione e l'integrazione tra Ospedale e Territorio per garantire una reale continuità del processo assistenziale e di cura. Nella cultura medica la dimissione dai luoghi di cura deve essere un processo e non un evento isolato, la bassa frequenza delle dimissioni protette, in relazione al considerevole numero di pazienti a complessità sanitaria e sociosanitaria, è di fatto responsabile del fenomeno delle "sliding doors" tipica del paziente complesso domiciliare.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: DIFFERENZE EPIDEMIOLOGICHE E DISABILITÀ TRA ANZIANI FRAGILI ACCOLTI IN UN NUCLEO RSA CON RETTA PRIVATA E QUELLI ACCOLTI IN NUCLEO RSA SECONDO LISTA DI ATTESA.

Autori: Corrado Carabellese, Idelbrando Appollonio°, Willy Spassini and Marco Trabucchi.
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
° Clinica Neurologia Università Bicocca, Monza.

Introduzione

Gli anziani fragili presentano un diverso ed elevato rischio di instabilità clinica che impatta sulle capacità funzionali.

L'instabilità clinica si correla alla variazione dello stato di salute che porta al Ricovero Ospedaliero, agli approfondimenti diagnostici o ad un invio al Dipartimento di Emergenza.

Spesso, al termine dell'acuzie il malato anziano fragile presenta una netta variazione delle condizioni di autonomia rispetto alla fase premorbosa per cui il rientro al domicilio, specie se vive solo o con un caregiver inadeguato, si presenta complesso e ricco di difficoltà.

È ormai condivisa la necessità di disporre di percorsi che affrontino l'instabilità clinica ed i deficit funzionali intercorrenti nell'anziano fragile con l'intento del massimo recupero e della migliore stabilizzazione.

I diversi modelli organizzativi proposti dalla letteratura individuano le sedi delle cure post-acuzie a seconda dell'intensità e presso Unità Ospedaliere, Extraospedaliere, in Strutture apposite (cure intermedie) o in nuclei di RSA.

I familiari degli anziani fragili dopo un evento acuto a volte rilevano la sensazione dell'abbandono da parte dei servizi di cura socio-sanitari.

In molte condizioni la richiesta dei familiari è l'istituzionalizzazione definitiva, ma ormai l'attesa per un posto letto in Rsa nella città di Brescia si attesta almeno intorno ad un anno di tempo.

Obiettivo

In una Rsa operante nel territorio del Comune di Brescia è stato attivato dall'Aprile 2011 un settore con 13 postiletto con retta a totale carico della famiglia e senza inserimento in lista di attesa con drastica riduzione del tempo necessario per l'accesso al servizio (anche in giornata).

Verificare le caratteristiche epidemiologiche e di disabilità, all'ingresso, degli ospiti inseriti nel nucleo non accreditato (RsaNA) dal 1.5.11 al 31.12.11.

Confrontare le differenze delle caratteristiche degli ospiti inseriti nel settore RsaNA e quelli inseriti nei nuclei accreditati (RsaA).

Verificare la durata del ricovero e il luogo di trasferimento degli ospiti fragili dopo la fase d'emergenza.

Metodologia

Nel periodo 1.5.11 al 31.12.11 sono stati ammessi e dimessi 26 ospiti (Maschi=8; femmine = 18) per 13

postiletto, con età media 85,3.

I parametri considerati sono:

- Demografici (Età, Professione, Convivenza, Motivo della domanda, Provenienza, Durata del ricovero, Dimissione, Invalidità civile, Classe Sosta)
- Valutazione Multidimensionale (MMSE, Barthel, Tinetti, Norton plus, Numero Diagnosi, CIRIS, Lesioni da decubito, Contenzione, Cadute, Ricovero ospedaliero)
- Partecipazione alle attività di animazione,
- Trattamento intensivo in palestra finalizzato al miglioramento della funzionalità motoria.

Risultati e Conclusioni

L'organizzazione attuale dell'accesso nelle Rsa attraverso la lista d'attesa non risponde al criterio di urgenza post-acuzia dell'anziano fragile né alla gravità e complessità clinica.

La disponibilità di postiletto di emergenza (in questo caso non accreditati) rappresenta un servizio che risponde realmente alla gestione di condizioni urgenti di post-acuzie legate prevalentemente ad un ricovero ospedaliero o di cambiamenti improvvisi della rete di assistenza.

L'accesso al servizio, pur se a costo elevato della retta, conferma la necessità di attivare nelle Rsa settori specifici per accogliere temporaneamente anziani fragili in condizione di instabilità post-acuzia.

LA GERIATRIA E LE CURE PRIMARIE NELLE REGIONI: LOMBARDIA, VENETO, TRENTINO ALTO-ADIGE E FRIULI VENEZIA GIULIA

Dott.Vincenzo Leoci(1); Dott.ssa Maria Beatrice Baggio (2);Dott.ssa Maria Cristina Bollini(3)

(1)Az.ULSS12 Veneziana, Distretto 3; (2) Az.ULSS13 Mirano (Ve), Distretto 1; (3) Az.ULSS13 Mirano (Ve), Distretto 2

La soluzione data dal PSSN 2011-2013 alla sfida costituita dalla crescita della popolazione geriatrica non autosufficiente, sfida che mette in crisi la attuale organizzazione dei servizi sanitari nonché la sostenibilità economica degli stessi, consiste nel trasferire la gestione della cronicità nel territorio, assegnando all'ospedale la sola acuzie. Scelta molto chiara alla luce della spending review di Monti con la quale entro il 31/12/2013 le Regioni dovevano indicare dove e come effettuare la riduzione dei posti letto ospedalieri, passando dall'attuale 4,2 ad un rapporto di 3,7 letti ogni 1000 abitanti. L'assistenza all'anziano non-autosufficiente oggi s'identifica dunque con la lungo assistenza per le malattie croniche affidata, nel territorio, alle Cure Primarie; scopo di questo lavoro è di verificare se esiste nel territorio delle regioni Lombardia, Veneto, Trentino Alto-Adige, Friuli Venezia Giulia un rapporto formalizzato delle cure primarie, intese in senso esteso, con la geriatria, considerata la peculiarità del soggetto anziano non autosufficiente.

Quanto al rapporto tra le cure primarie e la geriatria in Lombardia, considerati gli ultimi PSSR e la organizzazione della assistenza rivolta agli anziani nel territorio, non solo la Geriatria non ha un ruolo istituzionale riconosciuto, ma nemmeno sembra esserci in alcune scelte fondamentali: vedi ad es. la valutazione multidimensionale (VM) che o non è adottata o è per lo più monoprofessionale e non si basa su scale omogeneamente adottate in tutta la regione. Che l'anziano non autosufficiente nei PSSR lombardi non sia citato in quanto tale, ma compaia solo come "persona fragile", è forse un indicatore di una mentalità non geriatrica. Tornando alle cure primarie, caratteristica della Lombardia è che la Azienda sanitaria si assume il solo ruolo di committente e di controllore, affidandosi ad altri gestori per la attualizzazione delle cure primarie, anche per quel che riguarda l'ADI, oltre che per le residenze protette. Nella regione Veneto invece la cultura geriatrica traspare nella attenzione data alla problematica relativa alla terza età e alla prevalenza, nell'ambito di tale fascia, della non autosufficienza; nella adozione, nelle unità di valutazione multidimensionali per gli anziani (UVMD, unica porta di accesso alla rete dei servizi), di un unico metodo di valutazione multidimensionale finalizzato ad un piano assistenziale individuale, condiviso con l'anziano e la sua famiglia, per una presa in carico della globalità della persona. Nell'ambito delle aziende ULSS venete inoltre si evidenziano diverse situazioni di rapporto più o meno formalizzato tra la geriatria e le cure primarie: reparti di geriatria (uno per ogni azienda ULSS), o di lungodegenza, che hanno spesso anche attività ambulatoriale geriatrica di supporto al medico di medicina generale nella fase di dimissione protetta, talora anche con visite domiciliari; oppure si riscontra la presenza di geriatri, per lo più specialisti ambulatoriali, all'interno del distretto, dedicati alla VM e al coordinamento delle UVMD, a visite ambulatoriali e domiciliari, anche finalizzate alla valutazione cognitiva oltre che alla prescrizione di protesi e ausili, e ancora dediti a svolgere il ruolo di medico coordinatore all'interno delle strutture residenziali. Si tratta però sempre di scelte locali, pur diffuse ma che non hanno riscontro in precise scelte normative regionali. Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia sono regioni dalle caratteristiche più simili al Veneto, anche per quel che concerne la organizzazione delle cure primarie; queste ultime affidate complessivamente e direttamente al distretto. Anche la VM è stata impostata in modo più simile al Veneto, con la adozione sistematica di equipe di valutazione multidimensionale e di sistemi di valutazione multi dimensionale e multi professionale; talora inoltre si riscontra la presenza di specialisti geriatri nel distretto.

Quello che emerge è che le Regioni vanno elaborando specifici modelli assistenziali per gli anziani non autosufficienti, risultandone un quadro a macchia di leopardo, con difformità anche tra ASL e Distretti. L'utilizzo della figura del geriatra, quando c'è, non segue un preciso modello assistenziale, ma gli vengono attribuiti ruoli e funzioni diverse, a seconda di necessità locali. Sarebbe auspicabile tornare ad un piano programmatico sanitario e socio assistenziale nazionale per l'anziano che elabori le varie risposte ai diversi bisogni in un disegno organico ed unitario, magari prevedendo in ogni ASL un Dipartimento, e in ogni Distretto una Unità Operativa, dedicati agli aspetti organizzativi ed operativi concernenti l'assistenza all'Anziano, affidando a geriatri la responsabilità della filiera dell'assistenza, date le peculiarità che caratterizzano l'anziano non autosufficiente. In questo modo la figura del geriatra, con specifiche funzioni e responsabilità anche formali, potrà esprimere appieno le sue competenze, in particolare modo nei Distretti territoriali, lì dove avviene l'integrazione delle cure primarie con le necessità più propriamente assistenziali.

Bibliografia: 1- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2010 - 2013

2- Deliberazione Consiglio Regionale Lombardia IX/0088, 17 novembre 2010 - Allegato A - PSSR 2010-2014

3 - L.R. R.Lombardia n.33, 30/12/2009 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

4 -DGR Lombardia IX/ 2734 , 22/12/2011 - Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale

5 - www.sanita.regionelombardia.it

R.Veneto DGR n.15/ddl, 26/7/2011 - Allegato B "Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 2012-2014"

R.Veneto DGR n.2034 del 10/5/1994 Determinazione degli standard organizzativi gestionali e strutturali delle RSA

R.Veneto DGR n3242 del 30/11/2001 Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale.

www.regione.veneto.it

Pr.AutonomaTrentino Legge Provinciale n.16, del 23 luglio 2010 "Legge provinciale sulla tutela della salute"

Pr.AutonomaTrentino DGP n.3634/ 2000: disciplina delle unità di Unità Valutative Multidisciplinari" www.apss.tn.it

Pr.Autonoma Bolzano L.P n.9, 2/10/2006 - Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale www.asdaa.it

R.Friuli Venezia Giulia DGR n.2460 del 5/11/2009 - Piano Sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012

www.sanita.fvg.it

L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto 2009; Rapporto 2010; rapporto 2011; Rapporto 2013

LO STUDIO MEMAGE: STUDIO RETROSPETTIVO SUI BENEFICI DELLA TERAPIA COMBINATA TRA MEMANTINA ED INIBITORI DELLE COLINESTERASI IN PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA MALATTIA DI ALZHEIMER

Pietro Gareri¹, Daria Putignano², Alberto Castagna³, Antonino Maria Cotroneo⁴, Grazia De Palo⁵, Andrea Fabbo⁶, Luigi Forgiore⁷, Attilio Giacommo⁸, Roberto Lacava¹, Saverio Marino⁹, Maurizio Simone⁹, Amedeo Zurlo¹⁰, Salvatore Putignano¹¹

¹Tutela Salute Anziani - Centro Demenze, ASP Catanzaro; ²A.G.E, Napoli; ³Centro Demenze, AUSL Modena; ⁴ASL2 Torino; ⁵DS3 ASL Bitonto (Bari); ⁶Direttore Programma Demenze Distretto di Mirandola, AUSL Modena; ⁷Assistenza Anziani, ASL NA 2, Napoli; ⁸Assistenza Anziani, DS25 ASL NA1, Napoli; ⁹Assistenza Anziani, DS53 Castellammare di Stabia (Napoli); ¹⁰Direttore UO di Geriatria, Ospedale Universitario di Ferrara; ¹¹Assistenza Anziani, Centro Demenze, DS 30 ASL NA1, Napoli

Introduzione. Studi randomizzati ed osservazionali hanno dimostrato che la terapia combinata tra memantina ed inibitori delle colinesterasi (AChEI) in pazienti con malattia di Alzheimer (AD) può essere associata a benefici maggiori rispetto alla monoterapia.

Scopo. Lo scopo di questo studio multicentrico retrospettivo, condotto in 7 Centri Demenza Ambulatoriali Italiani è stato quello di valutare l'efficacia e la sicurezza di memantina 20 mg/die, somministrata per 6 mesi in aggiunta ad un AChEI (donepezil, o rivastigmina, o galantamina) in pazienti affetti da AD con peggioramento delle funzioni cognitive e disturbi del comportamento.

Pazienti e Metodi. Sono stati reclutati 240 pazienti affetti da AD (61.7% donne, 38.3% uomini, età media 77.9 ± 7.32 anni) che avevano iniziato il trattamento con la terapia di combinazione. La diagnosi di AD era stata fatta mediante i criteri NINCDS-ADRDA modificati. Tra i pazienti trattati con AChEI il 48.8% era trattato con donepezil, il 45.8% con rivastigmina e solo il 5.4% con galantamina. Al tempo 0 (T0), a 3 mesi (T1) ed a 6 mesi (T2), le funzioni cognitive sono state valutate attraverso il MMSE (Mini Mental State Examination), la dipendenza funzionale mediante le ADL (Activities of Daily Living) e le IADL (Instrumental Activities of Daily Living), i disturbi del comportamento mediante l'NPI (Neuropsychiatric Inventory), e le comorbilità mediante la CIRIS (Cumulative Illness Rating Scale). Sono stati inoltre riportati gli eventi avversi riscontrati durante lo studio.

Risultati. Il punteggio del MMSE è aumentato significativamente al 6° mese vs. il 3° mese (p=0.029, 14,74 ± 3,35 e 14,58 ± 3,15 rispettivamente) ed il punteggio delle IADL è diminuito tra T0 e T3 (p=0.033). Non si sono riscontrate differenze significative nel corso dello studio nelle ADL, mentre ci sono stati significativi miglioramenti nel punteggio totale dell'NPI (26,08 ± 12,76 al tempo 0, 16,48 ± 9,22 a T1 e 15,32 ± 11,46 a T2, p < 0.0001). Il punteggio medio del MMSE aumentava in modo significativo con la combinazione donepezil + memantina rispetto a rivastigmina + memantina. Gli eventi avversi sono stati perfettamente in linea con quelli attesi per i singoli farmaci e con le terapie concomitanti. Nel complesso 17 pazienti (7.1%) hanno interrotto il trattamento nel periodo di osservazione, di cui 13 pazienti per eventi avversi (il 5.4% di quelli trattati).

Conclusioni. La terapia combinata tra memantina ed AChEI è stata efficace in pazienti con AD, particolarmente nel rallentare il deterioramento cognitivo e nell'impedire l'insorgenza di agitazione ed aggressività in pazienti con AD, peggioramento delle funzioni cognitive e disturbi del comportamento. I benefici sono stati maggiori in pazienti trattati con l'associazione donepezil + memantina. Indubbiamente sono necessari ulteriori studi con un follow-up più lungo per confermare questi risultati.

SONNO E QUALITA' DI VITA NELL'ANZIANO

F. L. Malimpensa*, P.Gareri^o, R. Lacava^o, A. Castagna^o, D. Foti^{**}, E. Maina^{***}, F. Mazzei^{ooo}, F.Trincas^{*}, L. Marech^{*}, A. Cotroneo^{**}

* Psicologo e psicoterapeuta; **Responsabile Ambulatori Geriatria ed UVA - ASL TO2;

^o Geriatra ASP Catanzaro - ^{oo} Geriatra Distretto Modena Pavullo, ^{ooo} Geriatra RSA S. Francesco H Settignano, ^{****}Infermiere Ambulatori Geriatria ed UVA - ASL TO2

L'insonnia è spesso definita come una sensazione di sonno insufficiente malgrado la possibilità di poter dormire. Spesso questo è più accentuato negli anziani, dove le poli-patologie e la polifarmaco terapia ne esaltano il sintomo. Alcuni studiosi affermano che nell'anziano il fabbisogno di sonno diminuirebbe. L'anziano ha spesso il sonno più leggero, numerosi risvegli e soprattutto sonnolenza diurna. Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare la qualità del sonno e, di conseguenza, della vita espressa, tra l'altro, con il grado di soddisfazione del dormire in alcuni anziani afferenti all'ambulatorio di Geriatria- UVA del DSA To2, e della Geriatria ASP 7 CZ.

A tal proposito è stato somministrato un questionario e qualora presente l'insonnia è stata classificata secondo i criteri dell'A.S.D. ed A.P.S.S.

Sono stati presi in considerazione 80 anziani di età > 70aa.

Un'accurata anamnesi medica, a cui si aggiungeva un colloquio con lo psicologo, ci permetteva di evidenziare cause cliniche, stati d'ansia, attacchi di panico, depressione, abuso di alcool, droghe, farmaci ed attività lavorative del passato che potevano causare insonnia.

A tutti gli arruolati dello Studio sono stati somministrati un Questionario del Sonno e sottoposti ad una Valutazione Multidimensionale che prevedeva, tra l'altro, oltre la valutazione sociale ed ambientale anche la somministrazione delle seguenti Scale: IADL, ADL, GDS, SPMSQ, CIRIS, MNA.

Fondamentale è stato il dialogo medico- psicologo /paziente soprattutto nell'educazione del sonno con aggiunto un piccolo protocollo terapeutico-comportamentale che, in alcuni casi, ha evitato il ricorso alla prescrizione ed utilizzo del farmaco.

Ai soggetti che presentavano insonnia da trattare farmacologicamente, è stato deciso di utilizzare ipnoinduttori a breve emivita, ad es. zolpidem 10 mg la sera.

Tale molecola agisce modificando gli stadi 3 e 4 del sonno che sono quelli responsabili del sonno "ristoratore".

I risultati ottenuti sono stati interessanti. Si è registrata una buona risposta al trattamento farmacologico, con soddisfazione dei soggetti trattati espressa in numero di ore e qualità di sonno effettuate.

Nessun caso di insonnia da rimbalzo.

Inoltre non si sono verificate "cadute" mattutine, come a volte potrebbe accadere con benzodiazepine a lunga emivita.

I risultati si collocano in accordo con gli studi in letteratura che dimostrano l'efficacia del farmaco a 180 gg di trattamento.

Da evidenziare che alcuni soggetti dello studio hanno registrato una riduzione dei "passaggi" in D.E.A. e/o P.S. e, comunque, di interventi di emergenza /urgenza.

Da registrare una buona tenuta sulle ADL ed IADL che venivano espresse come qualità della vita. Questo ci ha permesso di poter affermare che migliorando la qualità del sonno, agendo sia con norme comportamentali che, per un periodo di tempo stabilito, con farmaci si è migliorati nella qualità della vita, permettendo così una diminuzione dei costi.

MODULO POST ACUTI: UN SERVIZIO PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO. REPORT DI 18 MESI DI ATTIVITÀ.

AUTORI: Raffeale Latella; Cinzia Cecere; Ramona Forlani; Patrizia Previtali; Irene Baronchelli; R.S.A. di Brembate di Sopra (Bergamo)

La Regione Lombardia con la DGR. 3239 del 04/04/2012 ha promosso la sperimentazione di servizi innovativi in risposta ai nuovi bisogni delle persone fragili a sostegno della domiciliarità e di una residenzialità integrata del territorio.

L'assistenza postacuta fa parte di questi nuovi servizi e si rivolge a «persone in condizioni di stabilità clinica che hanno concluso il loro percorso clinico acuto e sub-acuto, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di salute e che hanno bisogno di un ulteriore periodo di assistenza residenziale a bassa intensità sanitaria ed alta intensità assistenziale per preparare il reinserimento nel nuovo contesto sociale di vita o per un accompagnamento verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi socio sanitari». Il nuovo servizio avviato il 01/08/2012 per la durata di sei mesi è stato riconfermato con delibera di giunta n° 4525 del 19/12/2012 fino al luglio 2013.

La delibera di giunta n° 499 del 25/07/2013 che ha dichiarato conclusa al 31/07/2013 la fase sperimentale, sulla scorta dei dati di monitoraggio e di rendicontazione pervenuti dalle ASL ha approvato un report di valutazione finale.

Contestualmente ha avviata la fase di realizzazione delle correzioni migliorative e delle azioni di rafforzamento delle buone prassi, fase che iniziata il 01 agosto 2013 è terminata il 31 gennaio 2014.

I principali obiettivi della sperimentazione del servizio di postacuta sono i seguenti:

ridurre la degenza ospedaliera delle persone fragili che hanno concluso il percorso acuto e sono stabili; promuovere il mantenimento ed il massimo recupero psicofisico della persona creando le condizioni per il suo rientro a domicilio;

prevenire i ricoveri (e le riammissioni post dimissione ospedaliera) non necessari e/o impropri; favorire la riorganizzazione del nucleo familiare a seguito dell'evento acuto (ed eventuale successivo ricorso a strutture subacute) ed il recupero funzionale della persona;

promuovere i legami tra i diversi attori istituzionali delle risorse locali formali ed informali.

La RSA di Brembate di Sopra nel luglio 2012, in partnership con la ASL di Bergamo e con il Policlinico Ponte San Pietro, ha presentato alla Direzione Generale famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale, un progetto per l'assistenza postacuta dal titolo "Proposta di sperimentazione di una filiera integrata sanitaria e sociosanitaria per rispondere ai bisogni della persona anziana fragile nel distretto dell'Isola Bergamasca". Il progetto è stato approvato con decreto n° 7034 del 02/08/2012.

La finalità del progetto, in accordo con le disposizioni regionali, è quella di permettere il rientro a domicilio in buone condizioni clinico-funzionali ad una popolazione anziana che, ricoverata per un evento acuto in una struttura sanitaria, necessita di un ulteriore periodo di cure mediche e/o riabilitative.

Inoltre si voleva cogliere l'obiettivo di mantenere a domicilio gli anziani che, colpiti da un evento acuto, necessitano di un periodo di cure intensive non ospedaliere.

Nel periodo 01/10/2012-31/01/2014 il nostro servizio ha ricoverato 119 utenti, 80 femmine (età media 85,5 a.) e 39 maschi (età media 78,8 a.), età media complessiva 82,15 a., per un totale di 4.513 giornate di ricovero pari ad una saturazione del 92,48% dei 10 posti letto dedicati.

Provenienza	91 pazienti dall'ospedale (76%), 28 dal territorio (24%)
Convivenza prima del ricovero	49 pazienti vivevano soli (41%), 21 soli c/ badante (18%), 19 con il coniuge (16%), 25 con i figli (21%), 5 altro (4%)
Evento indice	48 pazienti patologia osteo-articolare (40%), 22 patologia cardiologica (19%), 16 patologia neurologica (13%), 33 patologie diverse - metaboliche, respiratoria (28%)
Destinazione alla dimissione	52 pazienti rientrati al domicilio (44%), 43 entrati in R.S.A. (36%), 14 deceduti (12%), 10 rientrati in ospedale (8%)
Comorbosità	7 pz 1 sola patologia associata (5,88%), 30 pz. 2-3 patologie (25,21%), 55 pz. 4-5 patologie (56,22%), 27 pz. + di 6 patologie associate (22,69%)
Criticità all'ingresso (lesioni da decubito, stomie,)	Il 36,97 % degli utenti presentava una situazione di "criticità" (21,01% lesioni da decubito)
Valutazioni funzionale	MMSE= 14,2 valore medio; Tinetti scale= 5/28 valore medio; Barthel ingr. da 0 a 49= 80%; da 50 a 100=20% - Barthel dim. da 0 a 49= 65%; da 50 a 100=40%

Conclusioni: il servizio ha svolto a nostro parere un ruolo positivo ricoverando una utenza molto anziana, con una rilevante situazione di solitudine, con una compromissione cognitiva elevata, consentendo una di-

missione tempestiva dall'ospedale, evitando ricoveri inutili, permettendo un rientro al domicilio (44% dei casi) o in RSA (38% dei casi) in migliorate condizioni di autosufficienza. Si rileva il fabbisogno riabilitativo elevato in relazione alla patologia osteo-articolare e la complessità clinico assistenziale.

PAZIENTE GERIATRICO E MALATTIE REUMATICHE: PUO' L'INDIVIDUAZIONE DI CAMPANELLI D'ALLARME CONDIVISI MIGLIORARE LA COLLABORAZIONE TRA GERIATRA E REUMATOLOGO? COSA E' CAMBIATO DOPO QUATTRO ANNI DALLA PRIMA INIZIATIVA DI COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE IN REGIONE CAMPANIA?

MANZO Ciro 1, MURGIA Roberto 2, D'ERRICO Tito 3, SCARPATO Salvatore 4, ITALIANO Giovanni 5, STISI Stefano 6, PUTIGNANO Salvatore 7
e-mail di contatto : cirmanzo@libero.it

1) Responsabile Servizio Reumatologia ex Ospedale "Mariano Lauro", Sant'Agnello (NA); 2) Borsista SSD Reumatologia Osp. Rumno, Benevento; 3) Responsabile UOS Reumatologia Ospedale "Incurabili", Napoli; 4) Responsabile UOS Reumatologia Ospedale "M. Scarlato", Scafati; 5) Reumatologo Ospedale "San Sebastiano", Caserta; 6) Responsabile SSD Reumatologia Ospedale "Rumno", Benevento; 7) Geriatra ASL NA centro, presidente nazionale AGE

PREMESSA: L'eventualità che il geriatra possa imbattersi in un paziente anziano che presenti anche problematiche reumatologiche è assai frequente, ed anzi con il progressivo allungamento della vita media della popolazione ed il miglioramento prognostico di tante malattie reumatiche insorte in precedenti epoche della vita tale eventualità è notevolmente aumentata. In Campania, poi, il notevole sviluppo della geriatria territoriale insieme ad una modesta presenza della reumatologia (rispetto alle reali esigenze epidemiologiche) fa sì che assai frequentemente il geriatra rappresenta il primo specialista a valutare l'anziano con tali problematiche. Cionondimeno, una conoscenza a volte incompleta di talune malattie reumatiche e soprattutto delle modalità con cui esse possono manifestarsi nell'anziano (del tutto peculiari per determinate reumatoartropatie) finisce con il determinare un ritardo nella diagnosi e nel timing terapeutico mentre - di contro - può essere richiesta una consulenza reumatologica inappropriata per "eccesso", con la conseguenza di allungare ulteriormente le liste di attesa. Per tale motivo, nel 2010 un gruppo di reumatologi e geriatri territoriali sono stati coinvolti dall'AGE Campania (all'epoca il primo autore ne era responsabile scientifico) per un confronto su come migliorare l'appropriatezza valutativa ed affinare la collaborazione interdisciplinare attraverso l'individuazione di percorsi condivisi.

MATERIALI E METODI: nel primo semestre del 2010 a 14 tra reumatologi e geriatri operanti in strutture pubbliche della Regione Campania fu inviata via mail una lista di manifestazioni cliniche e/o dati di laboratorio. Per ognuna di esse venne chiesto di indicare (alla luce dei dati di letteratura accreditata, delle linee guida già esistenti nonché della propria personale esperienza "sul campo") se giustificasse una consulenza reumatologica indispensabile ed urgente, oppure utile ma non urgente. Ognuno degli specialisti coinvolti aveva, inoltre, la facoltà di proporre a sua volta altre manifestazioni cliniche e/o laboratoristiche da inserire nella lista e da sottoporre all'attenzione degli altri partecipanti. Dei 7 reumatologi coinvolti, risposero in 5; dei 7 geriatri, uno solo. Solo le valutazioni condivise da almeno l'80% degli interessati furono alla fine accettate. Del tutto recentemente, i primi sei autori si sono nuovamente confrontati sulla necessità di apportare modifiche e/o integrazioni alle tabelle inizialmente proposte. **RISULTATI**: La lista così risultante è stata, infine, ripartita in due tabelle: Tabella VERDE (altresì denominata Semaforo Verde), contenente le condizioni che dovrebbero indurre il geriatra ad attivare una consulenza reumatologica indispensabile ed urgente; Tabella GIALLA (altresì denominata Semaforo Giallo), contenente le condizioni nelle quali la valutazione reumatologica può essere utile, ma non è ritenuta urgente (e può pertanto essere programmata senza alterare liste di attesa). Tra i campanelli inseriti nella Tabella Verde: versamento articolare non traumatico; fenomeno di Raynaud necrotizzante; positività di taluni autoanticorpi (ANA, anti-ENA, FR...) se ad elevato titolo ed associati a manifestazioni articolari e/o extra-articolari sospette per patologia reumatica; comparsa di cefalea temporale/diplopia/clauidatio della masticazione in corso di polimialgia reumatica; edema duro agli arti inferiori (una volta che erano state escluse altre possibili cause); manifestazioni articolari associate a manifestazioni cutanee (psoriasi, afte recidivanti, vasculite cutanea...) o oculari (uveite, xerofalmita...); comparsa di manifestazioni laboratoristiche e/o cliniche in corso di terapia con DMARDS o con farmaci biotecnologici. Nella Tabella Gialla, invece, sono state inserite: artromialgie persistenti o recidivanti in assenza di alterazioni laboratoristiche; positività di autoanticorpi (FR, ANA) a basso titolo e/o non associati a manifestazioni cliniche sospette per patologia reumatica; manifestazioni cliniche (pleuro-pericardite, interstiziopatia polmonare cronica, cefalea notturna...) non altrimenti interpretate; comparsa di dorso-lombalgie da carico in corso di terapia con cortisonici; positività per Reuma test in paziente HCVAb positivo; introduzione di nuovi farmaci (per le patologie più diverse) in paziente già in terapia farmacologica specifica per patologia reumatica; proposta di intervento chirurgico in paziente sotto terapia per patologia reumatica già nota; fenomeno di Raynaud non necrotizzante. A distanza di più di quattro anni, non si è ritenuto di apportare modifiche alle tabelle inizialmente proposte. Nel vissuto dei partecipanti allo studio la percentuale di consulenze reumatologiche considerate inappropriate continua ad essere elevata, ma ancora più elevata risulta, purtroppo, la percentuale di anziani con patologie reumatiche che sfugge.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: la necessità di un confronto tra specialisti dovrebbe essere quanto mai importante specie sul territorio dove le difficoltà collaborative sono oggettivamente maggiori che in ospedale. Nello studio proposto, ad una elevata partecipazione da parte del reumatologo ha tuttavia corrisposto una pressoché nulla interessamento da parte del geriatra. E' verosimile che ciò rifletta la formazione culturale della gran parte dei geriatri campani, caratteristicamente orientata su problematiche cardiovascolari e/o neurodegenerative. A distanza di più di quattro anni, tale orientamento culturale continua a condizionare una inappropriata prescrizione con ritardo nel timing diagnostico-terapeutico ed ingolfamento delle liste di attesa per manifestazioni clinico-laboratoristiche non strettamente reumatiche. In un congresso nazionale il cui programma prevede un incontro/confronto con il Collegio dei Reumatologi (CROI) la presentazione di questa consensus appare, pur con i suoi limiti, quanto mai opportuna ed attuale.

PSICOLOGIA SOCIALE MALIGNA NELLA DEMENZA: QUANDO UNA CATTIVA RELAZIONE ALTERA LA PERCEZIONE DEL SÉ.

Giuliana Mercadante¹, Luca Fabio Malimpensa³, Lucrezia Marech³, Francesca Trincas²,
D. Foti², E. Maina⁴, Antonino Maria Cotroneo¹
1 Geriatra U.V.A. OBDV ASL TO 2, 2 Psicologo e Psicoterapeuta, 3 Psicologo UVA OBDV ASL
TO2, 4 Infermiere UVA OBDV ASL TO2

SCOPO: All'interno dell'équipe dell'UVA del Dipartimento Salute Anziani dell'ASL TO2 il nostro gruppo di lavoro sta cercando di dare maggiore attenzione alla relazione col paziente e alla sua personalità, poiché il soggetto affetto da demenza viene troppo spesso considerato da un punto di vista oggettivo e non soggettivo.

Il presente lavoro ha lo scopo di presentare, sotto forma di breve review, i lavori presenti in letteratura scientifica che hanno per oggetto la centralità della relazione tra operatore/caregivers e paziente e di evidenziare quanto un'esclusiva attenzione sui fattori biomedici implichi conseguenze iatrogene nel trattamento. Si incorre nel rischio di trattare il paziente affetto da demenza non come una persona, bensì come materia inerte, sulla quale si interviene al solo fine di rispondere ad una richiesta, spesso da parte dei familiari, ma senza rispettare la dignità e la personalità del malato.

MATERIALI E METODI: Ricerca di articoli nei maggiori database di materiali scientifici, come ad esempio PsycInfo e Pubmed. E' stata rilevata scarsità di materiale e numerosi limiti metodologici negli studi analizzati. L'équipe ha deciso di approfondire tale tematica proprio a causa di tale scarsità di articoli nella letteratura scientifica e confrontarsi così con un argomento finora poco affrontato e considerato.

RISULTATI: Kitwood (1997) ha fornito un contributo fondamentale contestando il modello medico di cura; egli ha concepito la "personalità" come necessitante della relazione con l'altro, di riconoscimento, rispetto e fiducia anche se ci si trovava di fronte ad una persona con una diagnosi (infausta) di demenza. "Psicologia Sociale Maligna" è stato il termine utilizzato da Kitwood per descrivere una serie di interazioni che potrebbero essere state sperimentate da una persona con demenza e che possono essere dannose per il suo benessere. Tali detrazioni personali possono verificarsi a vari livelli di gravità: lieve, moderata, grave e molto grave. Le detrazioni lievi occorrono quando non vi era malizia da parte del caregiver, mentre le detrazioni molto gravi si verificano quando i caregivers sono a conoscenza delle loro azioni e dell'impatto che queste avrebbero avuto sul loro assistito. Sabat (2006) pubblica un altro studio che va nella stessa direzione, sottolineando come l'ambiente possa incidere sull'espressione di una eccessiva disabilità. Hunter (2013) ha dimostrato empiricamente l'evidenza clinica dei concetti teorici di Kitwood. Durahee (2012) presenta un modello di interazione per migliorare la relazione col malato e le esperienze di vita quotidiana. Sorridere, toccare, sostenere il contatto oculare e un tono di voce positivo sono strumenti di base necessari per relazionarsi con i pazienti con demenza.

CONCLUSIONE: L'approccio di cura di Kitwood, oltre ad essere centrato sulla persona, offre ai caregivers un modo per migliorare le loro competenze assistenziali e migliorare di conseguenza la personalità delle persone con demenza. Si dovrebbe quindi riflettere attentamente sul case management dei nostri pazienti in quanto le confusioni degli anziani possono essere dovute a modalità familiari distorte, come l'esacerbazione dei BDSF può essere correlata a inadeguati stimoli provenienti dall'ambiente sociale. Obiettivo della nostra équipe è quello di realizzare un progetto di studio con l'utilizzo del Demential Care Mapping (DCM), un metodo messo a punto dallo stesso Kitwood, per la valutazione della qualità delle cure e del benessere delle persone affette da demenza in ambiti di cura formali. L'intento finale è quello di rilevare le "malizie" elencate da Kitwood e, se presenti, cercare di ridurle, se non eliminarle, attraverso dei percorsi formativi che coinvolgono gli operatori del settore.

STUDIO EPIDEMIOLOGICO MULTICENTRICO SULLE ULCERE CUTANEE

A. Garrubba¹, F. Badagliacca², R. Chiloiro³, R. De Lellis⁴, V. Fanizza⁵, I. Pavese⁶, G. Pistoia⁷
1Geriatra, PO "Umberto I" - Corato (Ba); 2Geriatra, Coordinatore Sanitario, R.S.A.-I.S.P.E. - Mola di Bari (Ba); 2 Geriatra, Coordinatore Sanitario, RSSA Opera don Guanella - Bari, 4 Infermiera, RSSA Opera don Guanella - Bari; 5Fisiatra, Direttore Sanitario, Centro di Riabilitazione Riabilia-Segesta - Santo Spirito (Ba) ; 6 Geriatra, Specialista Ambulatoriale ASL Bari; 7 Geriatra, Specialista Ambulatoriale ASL Bari e Taranto.

Scopo: Le ulcere cutanee rappresentano un problema sanitario rilevante in diversi contesti assistenziali. In Italia, ma in particolare nella Regione Puglia, i dati relativi alla presenza delle Ulcere Cutanee che interessano tutte le fasce di età della popolazione sono scarsi ed incompleti. La gestione delle Ulcere cutanee, ed a maggior ragione le ulcere da pressione che interessano i pazienti anziani e fragili, proprio alla luce dell'andamento demografico degli ultimi decenni, determina un impegno in termini di costi e risorse umane che ad oggi, purtroppo, non ha goduto di una adeguata valutazione in termini di priorità da parte delle Autorità Sanitarie. L'obiettivo di questo studio epidemiologico, promosso dall'AGE (Associazione Geriatri Extraospedaliari) Sezione Puglia e dall'AIUC (Associazione Italiana delle Ulcere Cutanee della Puglia), è quello di effettuare una prima valutazione sulla presenza delle ulcere cutanee. Materiali e metodi: è stato condotto uno studio osservazionale (da gennaio a dicembre 2013), i dati sono stati raccolti a cura di geriatri ed infermieri presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), una Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA), un Centro di Riabilitazione e due Distretti Socio Sanitari (DSS) dell'ASL BA per i pazienti in ADI. Nelle strutture residenziali venivano compilate le schede dei pazienti che all'atto del ricovero presentavano un'ulcera cutanea, mentre presso i DSS la raccolta dati era a cura del geriatra. E' stato utilizzato il "Questionario epidemiologico ulcere" acquisendo informazioni relative al tipo di lesione (ulcere da pressione, vascolare, diabetiche, ecc.), il luogo di cura dove le lesioni hanno visto la genesi, la loro segnalazione alla dimissione, la tipologia del trattamento e la figura professionale che gestisce il protocollo di medicazione. Risultati

Tipo di Lesione			
Ulcera da Pressione	Ulcera vascolare	Ulcera diabetiche	Altre lesioni
88,5%	7,5%	3,5%	0,5%
Luogo di cura dove è insorta la lesione			
RSA	RSSA	Domicilio	Ospedale
5,5%	10,5%	30,5%	53,3%
Ulcere segnalate alla dimissione		Tipologia del trattamento	
Si	No	Medicazione	Medicazione
40%	60%	Tradizionale	Avanzata
		37%	63%

Conclusioni: I dati dello studio epidemiologico hanno evidenziato che tra le ulcere cutanee maggiormente presenti sul territorio quella da decubito è la lesione più frequente (88,5%); mentre, in linea con quanto riportato in letteratura, l'ospedale rappresenta il luogo dove abbiamo la maggiore insorgenza di nuove lesioni (53,3 %) con un 60 % di lesioni che non vengono segnalate alla dimissione. Dall'analisi dei dati emerge l'importanza della necessità di programmi di prevenzione, soprattutto nei reparti per acuti e chirurgici, al fine di ridurre l'insorgenza di lesioni che hanno un impatto negativo sulla qualità di vita del paziente e sul carico assistenziale del paziente nel territorio. Inoltre, alla luce della eterogeneità delle figure professionali che gestiscono le ulcere cutanee assume un ruolo chiave l'aspetto formativo sul personale sanitario ed assistenziale che dovrà, a nostro parere, rappresentare un target obbligatorio per poter in una fase successiva uniformare anche le linee guida terapeutiche.

STUDIO OSSERVAZIONALE SULL'USO DI FARMACI ANTALGICI NELL'ANZIANO CARDIOPATICO

*L. Iallonardo, S. Putignano, S. Marino, L. Forgione, A. Amoroso, M. Olivares, R. D'Amore, ** A. Giacummo.

* ASL SA DSB 67 UOAA, ** ASL NA 1 DSB 45 UOAA.

Il dolore cronico (docro) è frequente nel paziente (pz) anziano (anz) e numerosi studi sembrano indicare che nell'anziano prevalenti le visite ambulatoriali per docro. Si intende per "docro" quello che persiste oltre la guarigione della patologia (pat) che lo causa e/o per un periodo maggiore di 3 mesi. Il dolore persistente nell'ambito delle cure primarie, secondo una indagine condotta dall'OMS nel 1998 su 5447 soggetti in 15 centri del mondo, risulta avere una prevalenza del 20%, nel 48% dei casi attribuibile a lombalgia. D'altra parte la Legge 38/2010, nota come Legge sulle Reti per la Terapia del Dolore (do) e per le Cure Palliative, focalizza l'attenzione sulla necessità di un nuovo approccio al problema do. In Italia, uno studio osservazionale pubblicato nel 2005, che ha coinvolto 89 medici di medicina generale (MMG), ha rilevato che un terzo circa dei pazienti ambulatoriali che il medico visita nel corso della sua attività routinaria presenta do, classificato dai medici ricercatori nel 52,8% dei casi come "cronico". E' noto che il consumo di FANS e COXIB si mantiene ancora alto nel nostro Paese e, stando al Rapporto Osmed 2011 sull'uso dei farmaci in Italia, quasi il 4% dei soggetti a rischio cardiovascolare fa un uso improprio di FANS, assumendoli per oltre 90 giorni l'anno. In Campania tale percentuale è anche più alta, arrivando a superare il 5%, valore su cui si attestano tutte le altre Regioni del Sud. Ciò continua ad avvenire, ad onta delle note raccomandazioni AIFA (v. nota 66), relative alla cardiotossicità sia per i FANS che per i COXIB, legata ai rispettivi meccanismi d'azione che favoriscono un aumento del rischio cardiocerebrovascolare (cdcbv). Questo rischio è tanto maggiore nel pz anziano in cui, nell'ambito della frequente comorbidità, coesistono pat osteo-degenerative, metaboliche e vascolari, all'origine di docro, con pat cdcbv e nefrologiche; inoltre è frequente l'utilizzo per alcune pat (valvulopatie, aritmia da fibrillazione atriale e/o Scompenso Cardiaco) di terapia dicumarolica con cui i suddetti farmaci possono interferire. D'altra parte è ancora limitato l'utilizzo di alternative farmacologiche sia per il docro lieve, che per quello moderato-severo e severo quali il paracetamolo da solo o associato agli oppiacei (tramadolo, codeina, ossicodone) oppure oppiacei forti efficaci e poco o nulla cardiotossici.

Materiali e metodi Alla luce di quanto esposto sarà avviata un'indagine conoscitiva sull'utilizzo di analgesici: FANS, COXIB, cortisonici, paracetamolo, da solo o in associazione con oppioidi deboli e forti e oppioidi deboli e forti da soli nell'anziano ultra-sessantacinquenne affetto da patologie cdcbv e che avrà la durata di un anno. Sarà utilizzata una scheda con cui sarà rilevata l'anamnesi patologica per pat cdcbv, la presenza di pat all'origine del docro, la terapia antalgica prevalentemente utilizzata. Lo studio sarà condotto in collaborazione con i medici di medicina generale e i cardiologi territoriali.

Risultati previsti e conclusioni L'obiettivo prefissato è quello di focalizzare l'attenzione sull'attuale modalità prevalente di gestione del docro con gli antalgici disponibili, al fine favorire un più razionale utilizzo dei FANS e COXIB relativamente alla loro indicazione elettiva e alla loro cardiotossicità, nonché di aumentare il livello di conoscenza ed esperienza ovvero della cultura, in definitiva, dell'intera classe medica su farmaci con minore o del tutto assente gastrotossicità e cardiotossicità, ancora poco utilizzati, ed il cui impiego è sollecitato dalle Linee guida ma di cui, in ogni caso, va monitorato il grado di tollerabilità ed efficacia.

ATTIVITÀ FISICA ADATTATA PER ANZIANI FRAGILI: UN NUOVO SERVIZIO NEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Emilia TASSO¹, Anna Maria DELL'EVA², Loredana MINETTI³
1, 2, 3 ASL3 Genovaev lia.tasso@asl3.liguria.it

Introduzione

Nel mondo le persone vivono più a lungo e in Europa la situazione demografica è costantemente in evoluzione. La cosiddetta rivoluzione grigia, ovvero l'espansione demografica e culturale legata all'invecchiamento, ha originato, assieme agli aspetti positivi di sopravvivenza originale e straordinaria per l'umanità, il cambiamento radicale dello stato di salute di salute delle persone over 65 anni. Le malattie croniche, complicate dalla fragilità legata all'aumentare dell'età, rappresentano infatti, oggi, la priorità sociale e medica in quanto fattori principali di rischio per la qualità di vita delle persone. Obiettivo strategico per i sistemi di salute pubblica è dare "... più vita agli anni e non solo più anni alla vita" (Antonini & Macciocco, 1983) delle persone riducendo l'impatto che malattie, comorbidità, mortalità e costi sanitari hanno sulle persone over 65. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010/2012, ha valorizzato il ruolo dell'attività fisica nel promuovere benessere nelle persone sane, e nell'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e della disabilità, il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del Ministero della Salute del 6 ottobre 2010, considera l'AFA (Attività Fisica Adattata), per il duplice ruolo svolto nel combattere l'ipomobilità e favorire la socializzazione. L'attività fisica è quindi milestone fondamentale per la prevenzione e cura delle malattie "non comunicabile" (Who, 2008), valido presidio in grado non solo di interrompere il circolo vizioso del decondizionamento, ma di crearne uno virtuoso in funzione di stili di vita per salute e benessere. Il progetto AFA/ ASL3 Genovaev prevede un programma di esercizio fisico non sanitario svolto in gruppo, indicato per cittadini preferibilmente di età maggiore di 55 anni (in linea con il Progetto Età Libera ed Invecchiamento attivo) con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia, finalizzata alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità.

Metodi

La ASL 3 con delibera n° 584 del 21 giugno ha dato il via alla sperimentazione delle attività per 6 mesi, avendo come obiettivo generale quello di far uscire le persone da casa e di stimolare e la partecipazione a attività motorio-ludiche metodiche e specifiche atte a incrementare la prevenzione secondaria e terziaria. Obiettivi specifici: il decremento della percezione del dolore muscolo-scheletrico riferito dalle persone,

il miglioramento delle principali performance nelle autonomie A.D.L. (Activity Daily Living) e delle A.A.D.L. (Advanced Activity Daily Living). Le attività Afa attuate in sinergia socio-sanitaria hanno coinvolto sperimentalmente 129 persone distribuite nei sei distretti sociosanitari. Sono state investigate dai fisioterapisti aziendali Asl3 Genovese al T0 e T1 le dimensioni motorie legate alle autonomie della vita quotidiana (Barthel Index -BI; Timed Up and go test-TUG; Short Physical Performance Battery-SPPB; International Physical Activity Questionnaire- IPAQ), all'espressione di forza fisica, flessibilità globale e segmentaria (Physical Balance Test - PBT) ed alcune fra le dimensioni psicosociali coinvolte nella percezione soggettiva di benessere e salute della persona (autoefficacia; collaborazione; motivazione; piacere; supporto sociale percepito).

Partecipanti

I partecipanti esaminati (segnalati con prescrizione del Medico di Medicina Generale nel 73% dei casi) erano di età compresa fra i 51 e gli 84 anni (età media 71,43; sd 6,849), in maggioranza di genere femminile (71%F; 29%M) e hanno seguito due programmi distinti di lavoro: Afa alta funzione per persone con problematiche muscolo-scheletriche e algie croniche e Afa bassa funzione per persone con esiti stabilizzati di patologie, precedentemente riabilitate dai fisioterapisti, e con indici di disabilità lieve (BI >=75) in grado di raggiungere autonomamente le sedi di svolgimento attività. La frequenza ai corsi è stata di due volte a settimana da una ora (periodo Ottobre 2012/Marzo 2013), i programmi di lavoro, elaborati da Asl3 Genovese, sono stati condotti e gestiti, nelle 9 sedi (sociali/sportive) di attività da laureati in Scienze motorie/Fisioterapia precedentemente formati da Asl 3.

Risultati

I dati raccolti, elaborati con procedure statistiche quantitative hanno evidenziato un decremento significativo del dolore percepito, un incremento delle performance sulle dimensioni dell'SPPB, sull'autoefficacia. L'uso dei farmaci si è ridotto nel 30% dei partecipanti così come si è evidenziato un lieve ma importante incremento della funzionalità di base nel BI.

Conclusioni

I risultati suggeriscono importanti indicazioni, in linea con la letteratura scientifica più recente sull'importanza e l'efficacia di percorsi di salute pubblica per il contrasto delle malattie croniche e per la prevenzione secondaria. I corsi Afa di Asl3 Genovese stanno continuando e le associazioni ricreativo-sportive coinvolte sono ad oggi 44 (versus le 9 del progetto iniziale) e i partecipanti sono 800 (versus 129 del progetto iniziale).

BIBLIOGRAFIA

- Antonini, F. M., & Maciocco, G. (1983). L'invecchiamento della popolazione: resoconti, commenti e riflessioni sull'assemblea mondiale sull'invecchiamento, Vienna 1982. Roma: NIS.
- Birren, JE, Lubben, JE. & alt. The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly. New York: Academic Press.1991; pp 3-27.
- De Pauw, K. (2000). ICSSPE. Vade Mecum. Directory of Sport Sciences. 2nd Edition.
- Fontanesi, E, Gobetti, C., Zimmermann-Tansella Ch., and Tansella, M. (1985). Validation of the Italian version of GHQ in a general practice setting. Psychological Medicine, 15, 411-415.
- Hazzard, W. R., Bierman, E. L. & alt. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: Mc Graw-Hill, 1994.
- Shepard, R.J. Attività fisica, invecchiamento e salute. Milano: McGraw Hill, 1998.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S. & alt. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. British Medical Journal.1992; 305:1074-1077
- Katz, S., Ford, AB., Moskowitz, RW., et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185:914-919
- Bianco, A.M., Tasso, E., Bilard, J. & alt. Insegnare e far vivere le attività motorie adattate. Busalla: La Lontra Editrice. 2005.
- Katz, S., et al. (1963) Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185, 914-919
- Lawton, MP, Brody, EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. The Gerontological Society of America. 1969; 9:179-186
- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61
- Naci H, Ioannidis J.P.A. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes:metaepidemiological study. BMJ 2013;347:f5777
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr. Soc.1991, 39:142-148
- Sibilia,L., Schwarzer, R. Jerusalem, M. (1995). Italian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale: Self-Efficacy Generalizzata. Retrieved May 6, 2003 from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/italian.htm>.
- U.N. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- Waxman A. 2004. World Health Assembly: WHO global strategy on diet, physical activity and health. Food Nutr Bull:25:292-302
- W.H.O. "2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases
- Zani B., Cicognani, E. (2000). Psicologia della salute. Bologna: Il Mulino.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-

UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE E NUOVO RUOLO DEL GERIATRA TERRITORIALE

Maurizio Rocca1, Pietro Gareri2, Roberto Lacava2, Rosaria Grasso3

*Direttore DSS2 Catanzaro Lido, ASP Catanzaro; **Geriatra ASP Catanzaro; ***Dirigente Medico DSS2 Catanzaro Lido, ASP Catanzaro

L'ASP di Catanzaro ha avviato una sperimentazione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che interessa 66 medici di medicina generale con una popolazione di riferimento di circa 77.000 assistiti (circa il 23% della popolazione totale). L'impianto strutturale ed organizzativo delle UCCP si rifa a quanto definito dall'ACN per la medicina generale, alle indicazioni della legge 189/2012 (c.d. legge Balduzzi) ed all'ACN 2010 per la medicina specialistica.

In estrema sintesi, difatti, le UCCP si caratterizzano per:

- Sede unica
- Assistenza h 24
- Integrazione professionale tra MMG / MCA / Medici Specialisti /infermieri Professionali / terapeuti della riabilitazione etc.

- Creazione dei registri di patologia
- Attivazione ambulatori di patologia (BPCO – Malattie Cardiovascolari – Diabete)
- Attivazione ambulatorio delle fragilità
- Integrazione con i servizi territoriali (in particolare ADI e Strutture residenziali)

Elemento di novità è rappresentato dall'attivazione di meccanismi budgetari di remunerazione, correlati, cioè, al raggiungimento di obiettivi di salute misurati in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione per i pazienti ultra65enni e per riattivazione di patologie cronico – degenerative, riduzione di accessi in pronto soccorso (codici bianchi), reclutamento dei pazienti negli ambulatori di patologia ed inserimento in specifici percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA).

Fatta tale complessiva e sintetica contestualizzazione, deve annotarsi come elemento ulteriore di novità sia rappresentato proprio dall'attivazione degli ambulatori delle fragilità, a conduzione geriatrica grazie alla presenza attiva per circa 4 ore settimanali del geriatra all'interno delle UCCP.

L'attività degli ambulatori sarà dedicata a quei pazienti, portatori di quadri polipatologici e quindi contraddistinti da elevata complessità, per i quali l'affiancamento del geriatra al medico di medicina generale contribuisce certamente al miglioramento del complessivo approccio clinico e consente, in ultima analisi, di perseguire gli obiettivi di salute a cui si è fatto riferimento.

Deve ancora sottolinearsi come, attraverso l'integrazione con altri specialisti (in particolare cardiologo e pneumologo), si realizzi certamente un approccio condiviso e più efficace al paziente con comorbidità.

Ma di estrema rilevanza è anche l'attività domiciliare che il geriatra può declinare, sempre accanto al medico di medicina generale ed all'infermiere professionale, per quei pazienti che si trovano in assistenza domiciliare e/o in strutture residenziali che ovviamente non possono fruire dello specifico ambulatorio.

Oggetto della specifica attività sarà anche la creazione di un registro di patologia dedicato alle demenze con la finalità di porre in essere diagnosi precoce (medicina di iniziativa) ed adeguato trattamento in integrazione con la rete aziendale dei Centri per le Demenze di cui gli stessi geriatra fanno parte integrante. L'attività professionale del geriatra territoriale si arricchisce quindi, arricchendo al tempo stesso la qualità dell'assistenza, di un ruolo nuovo che può essere definito di catalizzatore di competenze e di professionalità differenti, nel rispetto, ovviamente, dei singoli ruoli.

VITAMINA D NELLA POPOLAZIONE ANZIANA: RISULTATI DI UNO STUDIO OSSERVAZIONALE DEI PAZIENTI DI UNA RSA

Dott. Francesco Badagliacca, I Dott. Giuseppe Pistoia 2

1 Geriatra, Coordinatore Sanitario, R.S.A. - I.S.P.E. - Mola di Bari (Ba)

2 Geriatra, Specialista Ambulatoriale ASL Bari e Taranto

Scopo: La vitamina D ha assunto negli ultimi anni una nuova dimensione clinico-biologica; infatti, non è più correlata alla esclusiva "salute dell'osso", ma anche a malattie cardiovascolari, deficit cognitivo, malattie autoimmuni ed altre funzioni extraossee. La popolazione anziana come viene già riportato in letteratura presenta una carenza di vitamina D superiore all'80% in tutte le regioni italiane con alcune variazioni stagionali. Lo scopo della presente indagine epidemiologica è quello di fotografare lo stato nutrizionale del soggetto anziano correlando la carenza di vitamina D in età geriatrica e l'ipalbuminemia dei pazienti ricoverati in una RSA della provincia di Bari.

Materiali e metodi: la Residenza Sanitari Assistenziale (RSA) ISPE di Mola di Bari (Ba) soddisfa le richieste assistenziali dell'area sud della provincia di Bari. In questo studio osservazionale, della durata di 18 mesi (dal giugno 2012 al dicembre 2013), è stata dosata la 25-idrossicalciferolo (calcifediolo) con la metodica HPLC (High Performance Liquid Chromatography) nei pazienti ricoverati e con degenza superiore a tre settimane, al fine di poter eseguire i controlli ematochimici previsti; per valutare lo stato nutrizionale della popolazione oggetto dello studio, abbiamo preso in considerazione i valori di proteine sieriche totali e di albumina. La popolazione era costituita da 134 pazienti (M=76; F=58) di età media 80,3 ± 7,7 anni

Risultati:

	Media ± DS
Età	80,3 ± 7,7
Vit. D (Ng/dL)	10,6 ± 1,0
Prot. Totali (g/dL)	6,2 ± 0,1
Albumina (g/dL)	2,9 ± 0,1

	M: Media ± DS	F: Media ± DS	
Età	78,8 ± 7,7	81,3 ± 7,7	NS
Vit. D (Ng/dL)	7,7 ± 1,0	12,9 ± 1,0	NS
Prot. Totali (g/dL)	6,2 ± 0,1	6,3 ± 0,1	NS
Albumina (g/dL)	2,9 ± 0,1	3,0 ± 0,1	NS

	Ng/dL	% pazienti
Defic grave	0 - 19,9	85,7
Defic moderato	20 - 29,9	9,9
Intervallo clinicamente utile	30 - 49,9	3
	>50	1,1

Conclusione:

I dati evidenziano un grave deficit di vitamina D nel 85,7% dei soggetti anziani esaminati e solo nel 3% si apprezzano livelli di vitamina D nel range limite tra insufficienza e sufficienza. Un aspetto importante emerso è la non correlazione con la malnutrizione, infatti non è emersa una correlazione tra i livelli di vitamina D e l'albumina sierica; molti pazienti con valori di proteine totali ed albumina nella norma presentano una carenza di vitamina D. In conclusione, il nostro studio ribadisce l'importanza della valutazione dello stato della vitamina D in età geriatrica e, alla luce delle complesse funzioni biologiche della vitamina D e dei suoi benefici clinici ampiamente dimostrati in letteratura, suggerisce la necessità di intervenire con una corretta integrazione dietetica di calcifediolo nell'anziano con documentata ipovitaminosi D.