

Cantù - AVULSS

L'ANZIANO IN DIFFICOLTA': PATOLOGIE, PAURE E SOLITUDINE

17-ottobre 2016

*Dr. Cesare Guanzirolì
Geriatra
Azienda Ospedaliera S. Anna - Como*

CHI SONO GLI ANZIANI?

Giovani anziani dai 65-75 anni

Anziani fra 75-85 anni

Grandi Anziani (oldest-old) > 85 anni

Oggi sono stimati nel mondo 53milioni di >80 anni

Quando consideriamo una persona anziana? Chi è l'anziano?

- Coincide con l'inizio della vecchiaia
- Coincide con il pensionamento
- Coincide con una riduzione delle riserve funzionali di organi e sistemi e della capacità omeostatica con aumento della suscettibilità a diverse patologie (OMEOSTENOSI)

**«La vecchiaia di per sé non esiste
se non comporta riflessi
patologici, cioè se non comporta
l'impedimento a fare
determinate cose»**

(A. Moravia)

*Il guaio principale per un vecchio è che
non ha futuro*

“ senectus ipsa morbus est”

Terenzio

Cicerone, (de senectute), Catone, Seneca ,

*“Coltivare molti interessi è fonte di
frutti meravigliosi ”*

La Senescenza...!

*E' tempo della Vita o
tempo dopo la Vita?*

CARATTERISTICHE DELLA MEDICINA GERIATRICA

Elevata prevalenza di:

Pluripatologia

Atipia di presentazione dei sintomi

Alterata risposta ai farmaci

Problemi riabilitativi

Problemi psicogeriatrici

Problemi fisici (malattie)

Problemi fisici (disabilità)

Problemi psichici (mentali)

Problemi socio-economici-assistenziali

Problemi ambientali

DIFFERENZE DEI PROBLEMI MEDICO-SOCIALI TRA PAZIENTI GIOVANI ED ANZIANI

PAZIENTI GIOVANI

- 1) SINGOLA PATOLOGIA**
- 2) NESSUN SCOMPENSO
ORGANO SISTEMICO**
- 3) STILE DI VITA ATTIVO**
- 4) BUONE POSSIBILITA'
DI RECUPERO**
- 5) BUONA TOLLERANZA
AI FARMACI**
- 6) BUONO STATO NUTRIZIONALE**
- 7) VISTA ED UDITO INTEGRI**
- 8) NUCLEO FAMILIARE INTEGRO**
- 9) "PROBLEM SOLVING" INTATTO**

PAZIENTI ANZIANI

- 1) PATOLOGIE MULTIPLE**
- 2) SCOMPENSO CARDIACO,
POLMONARE O CEREBRALE**
- 3) SPESSO SEDENTARIO**
- 4) SCARSE POSSIBILITA'
DI RECUPERO**
- 5) POLIFARMACOLOGIA
FREQUENTI EVENTI AVVERSI**
- 6) SPESSO MALNUTRIZIONE**
- 7) VISTA ED UDITO COMPROMESSI**
- 8) NUCLEO FAMILIARE DISSOLTO**
- 9) "PROBLEM SOLVING" COMPROMESSO**

DIVERSITA' DELLA MEDICINA GERIATRICA

TRE SETTIMANE DI DEGENZA A LETTO:

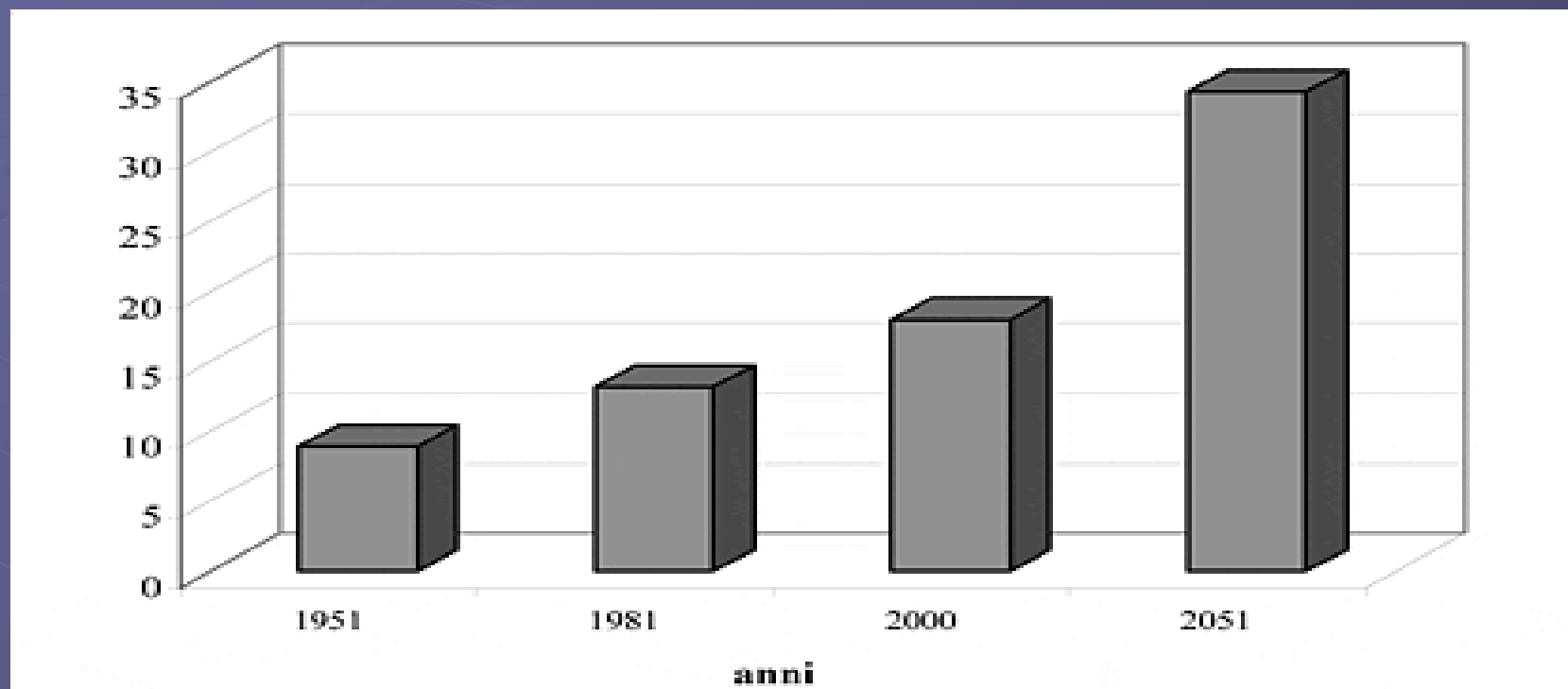
-  *Riduzione gittata cardiaca del 26%*
-  *Riduzione ventilazione polmonare del 30%*
-  *Riduzione massa muscolare del 1.5%*
-  *Riduzione saturazione di O2 arterioso*
-  *Aumento resistenze arteriose periferiche*
-  *Riduzione attività fibrinolitica*
-  *Riduzione del Ca osseo (osteopenia)*
-  *Riduzione delle HDL*

L'invecchiamento della popolazione in Italia

GLI ANZIANI SONO COLORO CHE HANNO PIU' DI 65 ANNI

- ✚ L'Italia in tutto il Mondo segue solo il Giappone per numeri di individui **over 65 anni** sul totale della popolazione,
- ✚ al terzo posto per gli **over 85 anni**,
- ✚ Nel 2030 gli **over 65** saranno il 27% della popolazione (attualmente 18%),
- ✚ 2050 il 34% della popolazione italiana sarà **over 65 anni** (quasi il doppio rispetto all'attuale)
- ✚ 2030 gli **over 85** saranno il 4.7% (attualmente sono 2.1%).

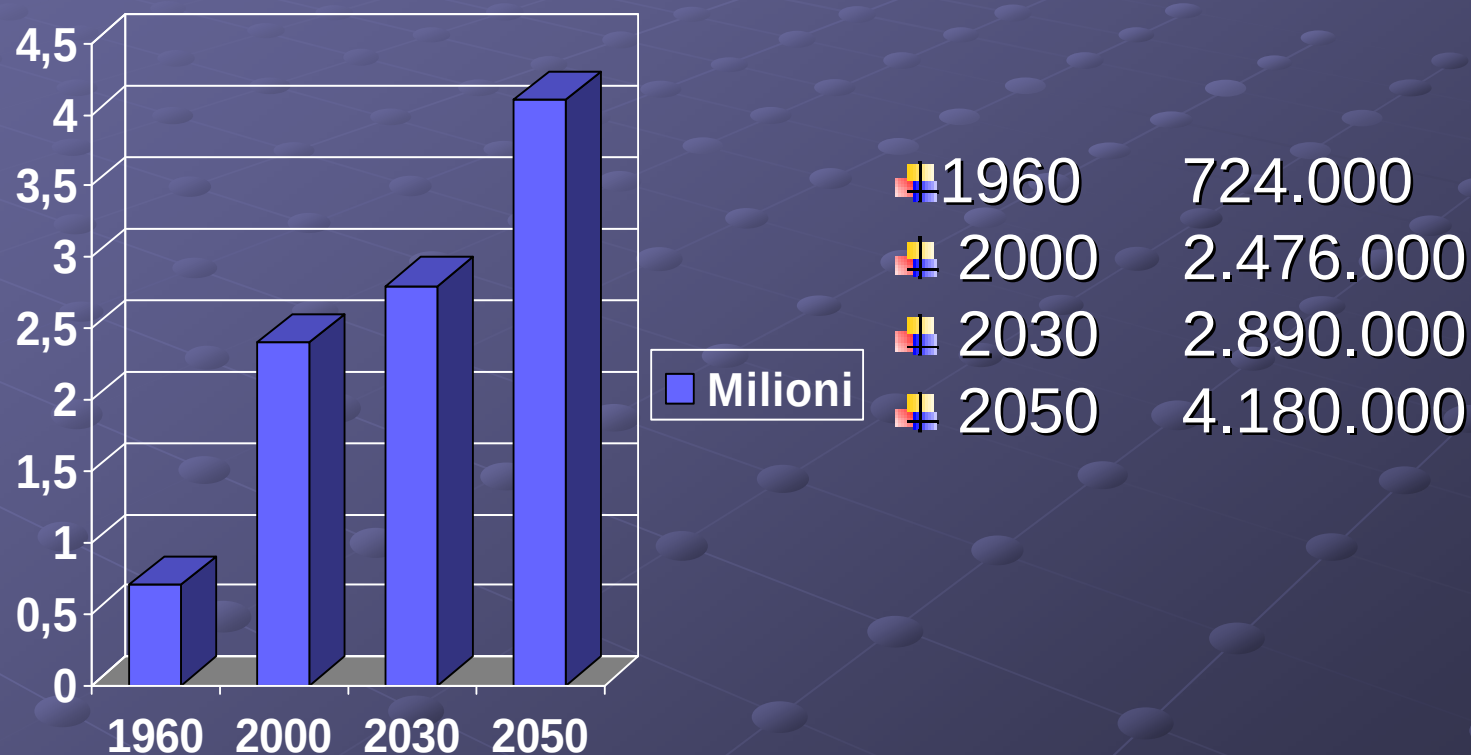
L'invecchiamento della popolazione in Italia (over 65)



1960	4.828.000
2000	10.646.000
2030	15.979.000
2050	17.973.000



Popolazione anziana in Italia (Ultraottantenni)



L'invecchiamento: cos'è?

É un processo naturale ed irreversibile che provoca modificazioni biologiche, morfologiche e psicologiche.

Durante l'invecchiamento si verifica una riduzione delle abilità psicofisiche e una progressiva involuzione morfologica e strutturale. Quali siano le cause scatenanti dell'invecchiamento non sono state ancora dimostrate con chiarezza.

Perché invecchia il cervello?

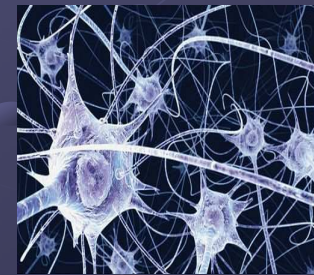
- Per un processo denominato **apoptosi** (cioè morte cellulare programmata), i neuroni a partire dai 30 anni cominciano a degenerare (quindi morire).
- Dai 30 ai 75 anni il cervello perde fino al 10% del suo peso e fino al 20% del suo rifornimento di sangue
- Con l'invecchiamento si osserva riduzione delle sinapsi e la comparsa di alterazioni della struttura cerebrale: le placche senili e i grovigli neurofibrillari

INVECCHIAMENTO E CERVELLO

Modificazioni anatomo-funzionali

NEURONI:

- + riduzione del numero nella corteccia frontale e temporale, ippocampo, substantia nigra, nucleo basale Meynert, locus ceruleus, strato
- + Riduzione dei dendriti e delle sinapsi
- + Riduzione della plasticità
- + Riduzione della rigenerazione sinaptica
- + Riduzione numero e funzione dei recettori
- + Manifestazioni morfologiche di degenerazione neuronale ed extraneuronale



INVECCHIAMENTO E CERVELLO

Modificazioni anatomo-funzionali

METABOLISMO ENERGETICO:

- ▣ riduzione solo in età molto avanzata

BARRIERA EMATOENCEFALICA:

- ▣ Non modificazioni significative

NEUROTRASMETTITORI:

- ▣ Riduzione marcata acetilcolina
- ▣ Riduzione dopamina, noradrenalina, serotonina
- ▣ Riduzione GABA

Ma attenzione!

Invecchiamento normale.....

.....Non è sinonimo di demenza

L'età anagrafica non corrisponde
necessariamente alla sua età
biologica

Modificazioni apparati nell'invecchiamento

organo	modificazione
Cervello	Diminuito flusso ematico, diminuito metabolismo cerebrale, diminuzione neurotrasmettitori e alterato equilibrio
Gastro intestinale	Aumentato tempo di svuotamento gastrico, diminuzione motilità e assorbimento intestinale
Rene	Diminuzione della clearance renale
Fegato	Diminuzione della clearance epatica
Tessuto adiposo	Aumento del tessuto adiposo
Liquidi corporei	Diminuzione del contenuto idrico
Albumina plasmatica	Diminuzione dell'albumina che interferisce con la distribuzione dei farmaci
Gittata cardiaca	Diminuzione della gittata cardiaca
Muscolo striato	Diminuzione della massa muscolare

Altre modificazioni nell'invecchiamento

organo	modificazione
orecchio	Diminuito dell'udito
occhio	Calo visus, cataratta, degenerazione maculare, glaucoma
capelli, cute	Capelli grigi, perdita dei capelli, atrofia cutanea, cheratosi seborroiche. Cheratosi attiniche
sonno	Diminuzione del sonno
personalità	Rigidità mentale, ansietà, ...

.....ma intelligenza invariata

Anziano e malattie

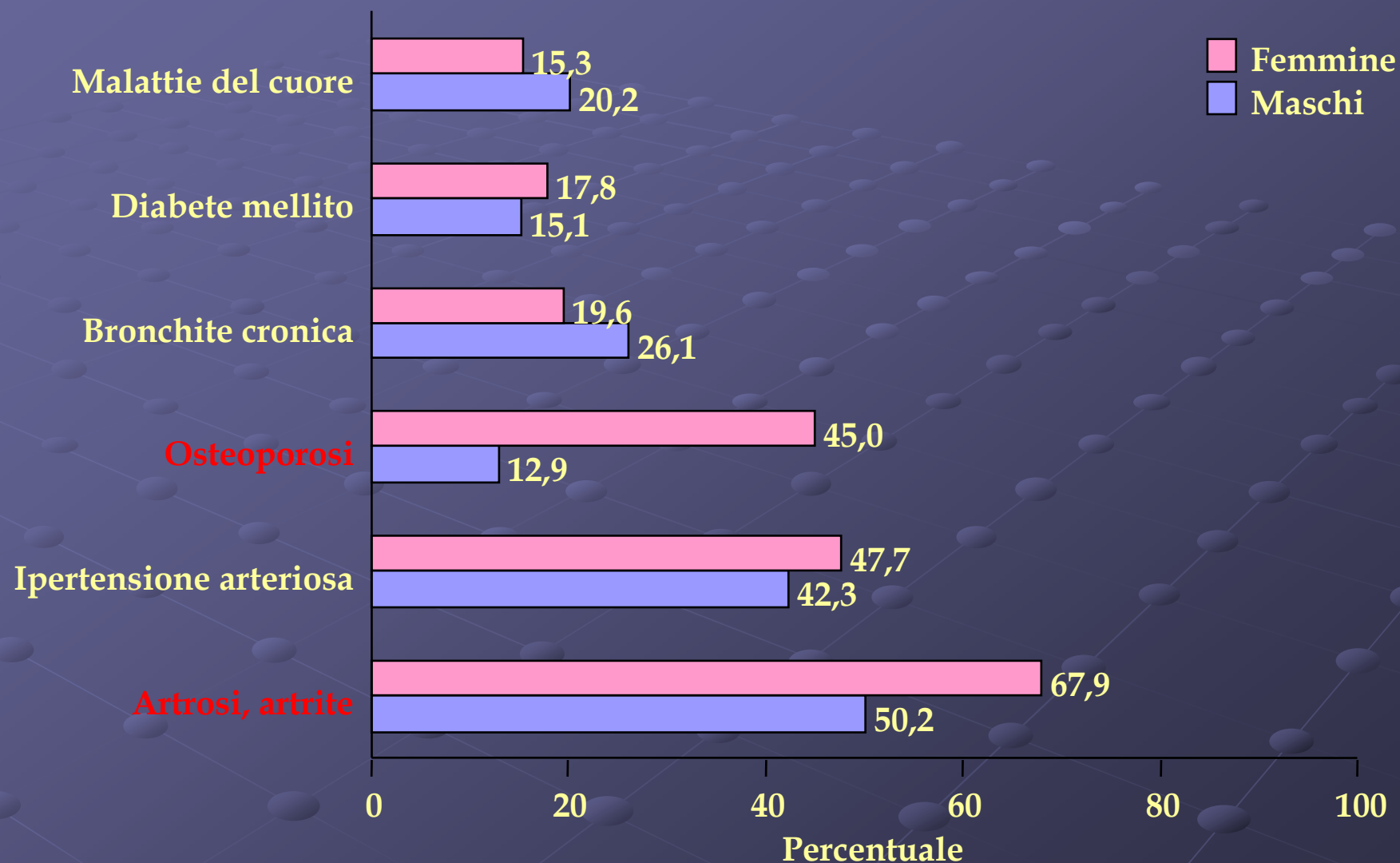
L'invecchiamento della popolazione provoca **aumento** malattie :

- Cardiovascolari e cerebrali
- diabete, ipertensione arteriosa
- Infezioni
- Malattie apparato urinario
- Alzheimer
- patologie neurodegenerative,
- Alterazioni cutanee, della vista e dell'udito
- tumori
- malattie polmonari croniche ostruttive
- patologie muscoloscheletriche

Invecchiamento e conseguenze sociali

- ✚ Con l'invecchiamento aumentano le necessità di tipo sociale e sanitario legate alla complessità, cronicità, disabilità e criticità.
- ✚ In Italia il 36% della popolazione soffre di malattia cronica, negli over 75 anni è il 75%
- ✚ Emergenza socio sanitaria che impone strategie precise e mirate per assistere la popolazione affetta da patologie cronica ma soprattutto per ridurre l'incidenza e gli effetti

Le malattie croniche più frequenti nei soggetti di età ≥ 75 aa. Italia, 2006



ISTAT, 2006

PATOLOGIE GERIATRICHE

patologie quasi esclusive negli anziani o più frequenti negli anziani che in altri gruppi di età

- cadute
- osteoporosi senile
- sindrome da allettamento
- ulcere da pressione
- demenza
- delirium
- depressione nell'anziano
- incontinenza sfinteriale
- ipertermia ed ipotermia accidentali

La diagnosi di singole patologie viene posta con maggiore difficoltà nel soggetto anziano per vari motivi:

- la compromissione delle funzioni cognitive (ed in particolare della memoria) e/o un livello culturale piuttosto basso che rende meno attendibile la raccolta dei dati anamnestici
- i deficit sensoriali (in particolare quello uditivo) che limitano il colloquio con il paziente
- la “incompleta” dichiarazione dei propri disturbi da parte degli anziani, o perché non ritenuti espressione di malattia, ma semplicemente come segni di invecchiamento fisiologico o negati, perché espressione di declino o non denunciati, per un malinteso senso del pudore (disordini dell'apparato genitale, incontinenza, ecc.)

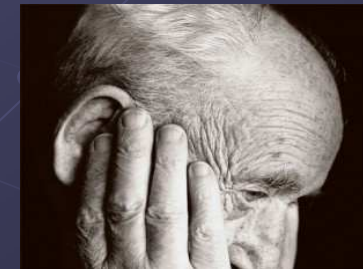
- la esistenza contemporanea di più condizioni morbose, che generano vari sintomi e segni che si sovrappongono tra loro
- per atipie “vere” della presentazione clinica di alcuni quadri morbosi
- per l’esordio della malattia non con i sintomi e segni dell’organo ammalato, ma con segni di sofferenza di un altro organo, anche lontano, che si trova in condizioni di precario equilibrio omeostatico.

Le malattie che più frequentemente sono difficili da diagnosticare sono le seguenti:

- ✚ l'intossicazione da farmaci
- ✚ l'alcoolismo
- ✚ il mixedema
- ✚ l'infarto del miocardio
- ✚ l'embolia polmonare
- ✚ la polmonite
- ✚ i carcinomi (specie colon, polmone, organi interni in genere)
- ✚ l'addome acuto
- ✚ la tireotossicosi
- ✚ la depressione in generale, compresi gli stati ipocondriaci
- ✚ le tendenze suicidiarie occulte (rifiuto di mangiare, bere o assumere farmaci essenziali).

Il deterioramento cognitivo nell'anziano

- Deficit cognitivi età correlati
- Mild cognitive impairment (MCI)
- Delirium (stato confusionale acuto)
- Demenza
- Depressione



Invecchiamento e demenza

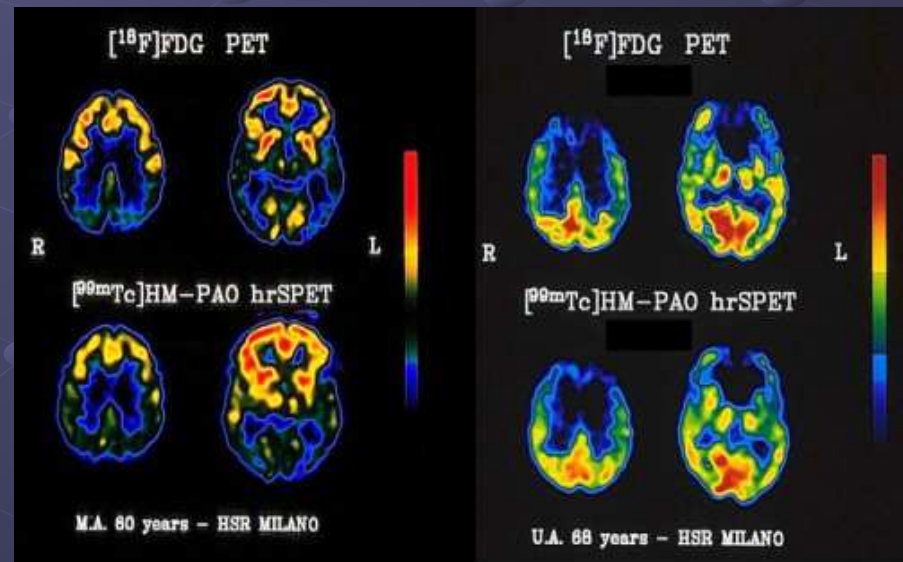
- ✚ Il peso ed il volume cerebrale si riducono con l'invecchiamento.
- ✚ Il peso si riduce a partire dai 55 anni e verso gli 80 è diminuito del 10-15%
- ✚ Il sistema ventricolare si dilata, i solchi corticali si allargano e si approfondiscono. Le circonvoluzioni si assottigliano (soprattutto frontale e temporale)



- ✚ Atrofia prima sostanza grigia poi anche quella bianca

Invecchiamento e demenza

- La perdita neuronale della senescenza cerebrale è di circa il 10-20% verso gli 80 anni, del 40% a 90 anni, interessa le varie aree cerebrali, in particolare la corteccia frontale e temporale interessando i neuroni più piccoli
- Nella demenza di Alzheimer la perdita neuronale è di maggiore entità e riguarda i neuroni più grandi



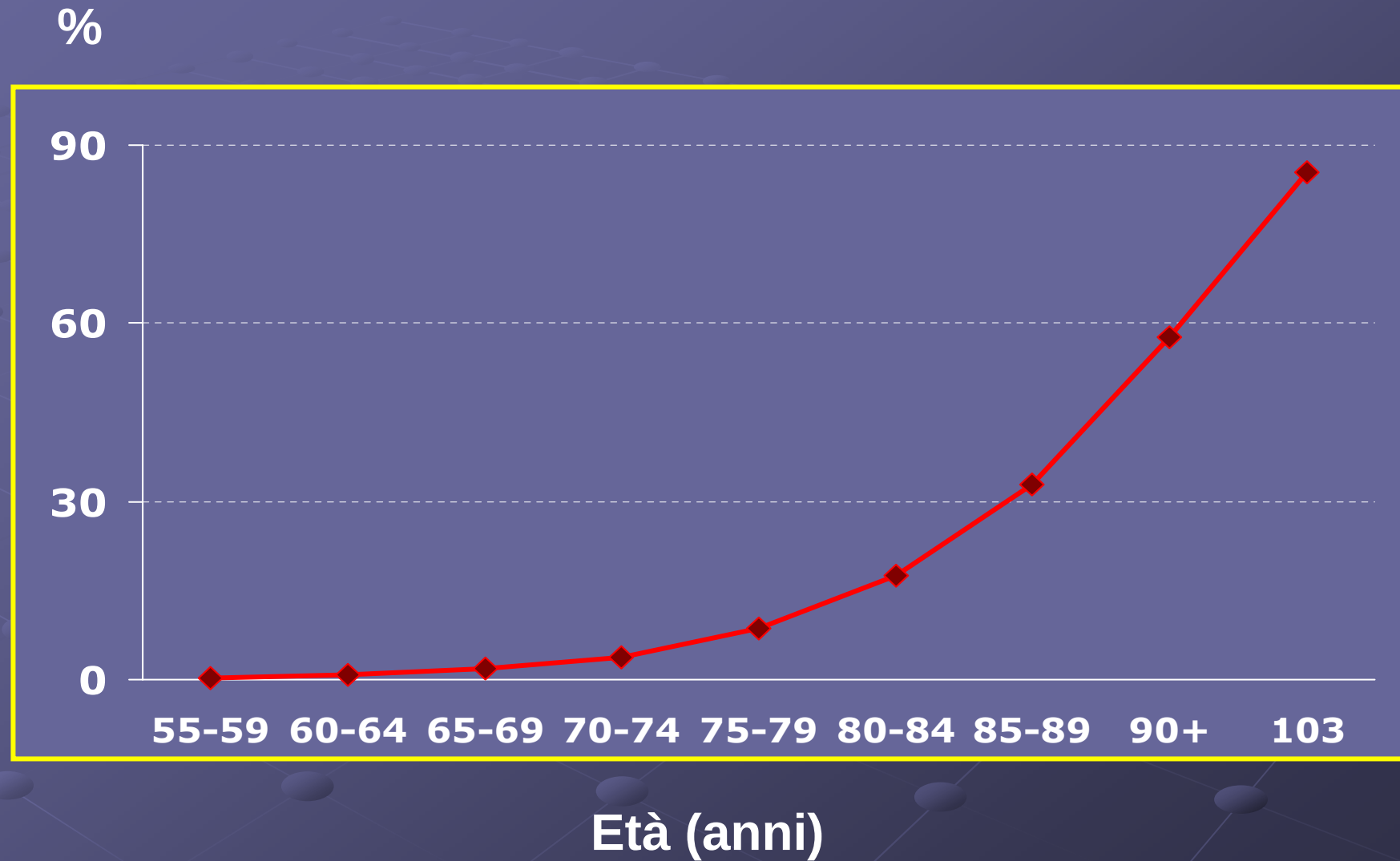
A quale età ci si può ammalare?

L'esordio della demenza avviene ad un'età variabile:

- Forme ad esordio precoce prima dei 65 anni, esordio più rapido e tumultuoso,
- Forme ad esordio tardivo dopo i 65 anni.

il decorso complessivo si svolge in un arco di tempo variabile da soggetto a soggetto ed in base alla tipologia di demenza, compreso tra 2 e 20 anni (durata più frequente 10-12 anni)

Prevalenza della Demenza



Lucca U. et al., 2001.

dott.Cesare Guanziroli

DEMENZE PRIMITIVE

- ■ ■ Malattia di Alzheimer
- ■ ■ Malattia di Pick

DEMENZE SECONDARIE A MALATTIE NEUROLOGICHE

- ■ ■ Corea di Huntington
- ■ ■ Paralisi sopranucleare progressiva
- ■ ■ Epilessia mioclonica progressiva
- ■ ■ Degenerazione spino-cerebellare
- ■ ■ Malattia di Hallevorden-Spatz
- ■ ■ Morbo di Parkinson

DEMENZE SECONDARIE A PATOLOGIE INTERNISTICHE

1) DEMENZA VASCOLARE

Arteriosclerosi con infarti multipli
Malattie infiammatorie dei vasi
Ipossia ed anossia
Malformazioni artero-venose

2) CARENZE ALIMENTARI E VITAMINICHE

Sindrome di Wernicke-Korsakoff
Deficit di Vit B12 e Folati
Pellagra

3) TOSSICI E FARMACI

Metalli pesanti
Composti organici
Monossido di Carbonio
Pannaci
Sostanze stupefacenti

4) TUMORI ENDOCRANICI

5) TRAUMI

Traumi cranici aperti e chiusi
Punch-drunk syndrome
Ematoma sottodurale cronico

6) MALATTIE INFETTIVE-INFIAMMATORIE

AIDS Dementia Complex
Ascesso cerebrale; Meningo-encefaliti
Panencefalite sclerosante subacuta
Leucoencefalite multifocale progressiva
Malattia di Creutzfeld-Jacob (Kuru)
Neurolye; Sclerosi Multipla

7) IDROCEFALO NORMOTESO

8) MALATTIE METABOLICHE-DISENDOCRINE

Mixedema; Alterazioni delle paratiroidi
Morbo di Wilson
Epatopatie
Ipoglicemie croniche
Sindromi paraneoplastiche
Sindrome di Cushing
Ipopituitarismo
Uremia; Dialisi
Leucodistrofia metacromatica

9) ALTRE

Malattia di Whipple
Distrofia Muscolare
Calcificazione familiare dei nuclei della base

CAUSE REVERSIBILI DI DEMENZA

Patologie intracraniche

-  Meningiomi
-  Ematomi subdurali
-  Idrocefalo normoteso
-  Epilessia
-  Sclerosi multipla
-  Malattia di Wilson

Malattie sistemiche

-  Insufficienza respiratoria
-  Aritmie cardiache
-  Anemia severa
-  Policitemia vera
-  Uremia
-  Encefalopatia porto-sistemica
-  Porfiria

Stati deficitari

-  Carenza di vitamina B12
-  Pellagra
-  Carenza di acido folico

Patologie psichiatriche

-  Depressione

Patologie endocrinologiche

-  Malattia di Addison
-  Panipopituitarismo
-  Mixedema
-  Ipoparatiroidismo, Iperparatiroidismo
-  Malattia di Cushing
-  Ipertiroidismo, Ipotiroidismo

Intossicazione da farmaci

-  Metildopa
-  Alloperidolo
-  Clonidina
-  Barbiturici
-  Litio
-  Atropina

Intossicazione da metalli pesanti

-  Mercurio, Arsenico, Tallio

Infezioni

-  Meningiti croniche
-  Ascessi cerebrali
-  Malattia di Whipple
-  Lue (paralisi progressiva)
-  AIDS *dementia complex*

E' possibile prevenire ?

- **Ridondanza:** numero di cellule cerebrali molto superiori a quello necessario per l'attività cerebrale. Importanza della riserva cerebrale.
- **Plasticità:** cervello struttura plastica e modellabile dagli stimoli ambientali; importanza dell'esercizio e degli stimoli cognitivi - riserva cognitiva

Riserva cerebrale e riserva cognitiva sono le risorse per fronteggiare le malattie dell'invecchiamento.

Riserva cerebrale (dimensioni cervello e numero di neuroni e collegamenti tra neuroni)



Fattori genetici e ambientali prima della nascita

Riserva cognitiva (cervello struttura plastica e modellabile)



Stimoli ambientali favorevoli-es.fisico, stimoli cognitivi (fattori protettivi)

Fattori protettivi → riserva cognitiva → invecchiamento normale

Fattori di rischio → danno cerebrale → decadimento cognitivo

Fattori di rischio

■ Iperensione arteriosa

■ Ipercolesterolemia

■ Obesità

■ Diabete

■ Malattie cardiache

FATTORI PRECIPITANTI

- ✚ Solitudine, isolamento (rapporto nonno nipote)
- ✚ Depressione,
- ✚ Eventi drammatici
- ✚ Sradicamento proprio luogo di origine
- ✚ Condizioni economiche
- ✚ Partecipazione alle malattie
- ✚ Livello culturale
- ✚ Comunicazione e vita sociale (memoria)
- ✚ **Dieta**



DIETA NELL' ANZIANO

RICORDIAMOCI CHE:

1. diminuisce la massa muscolare e pertanto le richieste energetiche
2. diminuisce l'attività fisica e quindi anche il dispendio calorico si riduce
3. sono frequenti carenze di vitamine e sali minerali legate a:
 - una mancata varietà della dieta,
 - ad errori alimentari,
 - a limitazioni dovute a protesi dentarie inadatte,
 - a metodi di cottura e di conservazione dei cibi inadeguate
 - problemi gastrointestinali
 - uso di lassativi
 - ridotta esposizione alla luce solare
4. alcuni farmaci assunti possono interferire con l'assorbimento di vitamine e sali minerali
5. vi è un aumentato rischio di disidratazione sia perché le persone anziane hanno spesso un ridotto senso della sete sia per la concomitante assunzione di diuretici.
6. obesità e fumo di sigaretta sono fattori negativi per la longevità

LA DIETA DELL'ANZIANO NON E' DIVERSA DA QUELLA DEL GIOVANE

- la dieta deve essere equilibrata
- una dieta squilibrata porta a far saltare l'orologio biologico
- lo squilibrio dietetico porta a lungo andare nell'anziano ad un aumento della morbidita' e mortalita'

- la perdita di peso e il sottopeso nell'anziano sono associati a fragilità e accelerati tassi di morbidità e mortalità
- la perdita di peso è causata, almeno in parte, da un apporto calorico insufficiente.
- una dieta monotona può condurre ad inadeguati apporti di energia negli anziani e perdita di peso.
- questo fattore può essere reversibile con una semplice educazione dietetica.
- studi in laboratorio hanno dimostrato che una dieta variegata conduce ad un apporto calorico maggiore e ad un incremento della percentuale di grasso corporeo.
- una dieta monotona aumenta il rischio di carenze vitaminiche e di Sali minerali, frequenti nell'anziano.



DIETA NELL' ANZIANO

- Proteine: più apporto rispetto all'adulto
- Glucidi: 50% dell'introito calorico (privilegiare i glucidi complessi)
- Grassi : fonti di energia e veicolano le vitamine ma non superiori al 25%
- Aumenta il fabbisogno di calcio a 1500mg/die
- Fibre vegetali: combattono l'acidosi
- E' malnutrito il 20- 50% dei pz ospedalizzati, il 50% dei pz istituzionalizzati, l'80% dei pz assistiti a domicilio

I FATTORI DI RISCHIO PER L'OSTEOPOROSI SONO GENERALMENTE DIVISI IN:

Fattori di rischio **NON MODIFICABILI**:

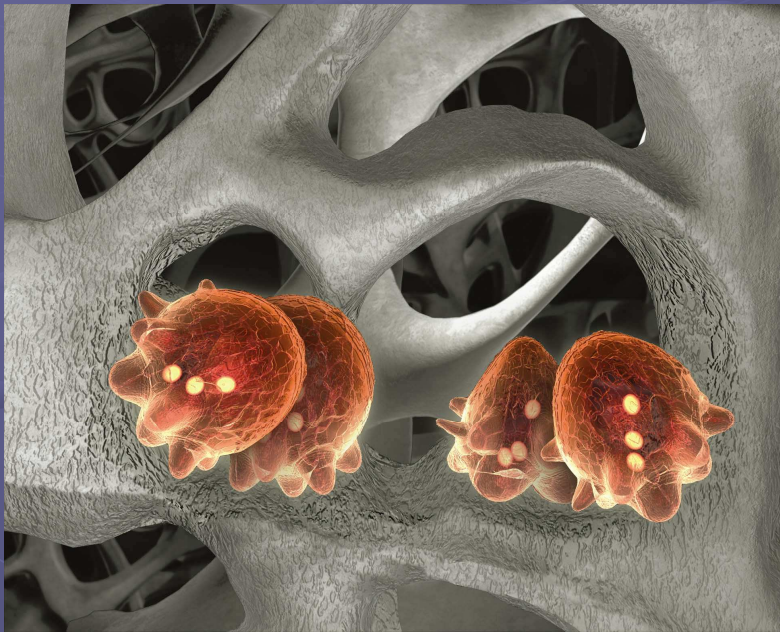
-  Età
-  Sesso femminile
-  Familiarità alle fratture
-  Basso indice di massa corporea
-  Etnicità (Caucasica, Asiatica)
-  Età dal menarca e menopausa
-  Postmenopausa

Fattori di rischio **MODIFICABILI**:

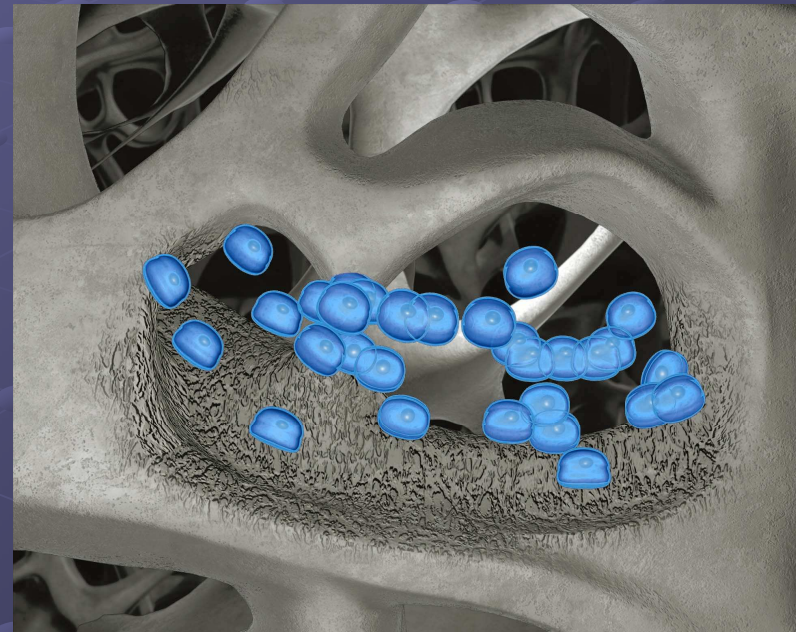
-  Inattività fisica
-  Bassi livelli di estrogeni (HRT)
-  Low body weight (less than 127 pounds)
-  **Dieta con scarso apporto di Calcio**
-  **Disordini alimentari che conducono a malassorbimento**
-  Fumo di sigaretta, abuso di alcool o caffè
-  **Cadute**

I Meccanismi Fisiopatologici dell'Osteoporosi

La dinamica fisiologica di rigenerazione dell'osso
Il Turnover Osseo



**Gli Osteoclasti
demoliscono l'osso**



**Gli Osteoblasti
ricostruiscono l'osso**

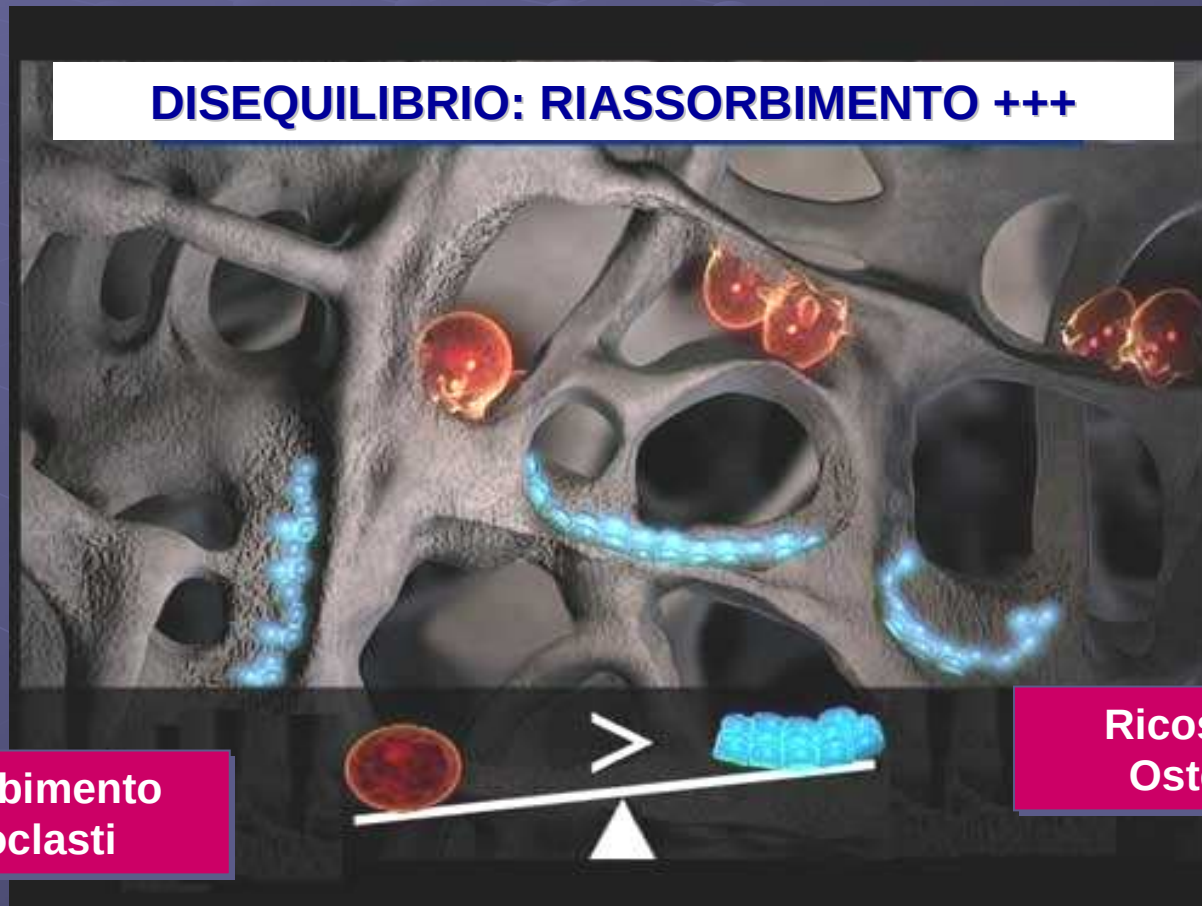
I Meccanismi Fisiopatologici dell'Osteoporosi

Turnover Osseo: Individuo non osteoporotico



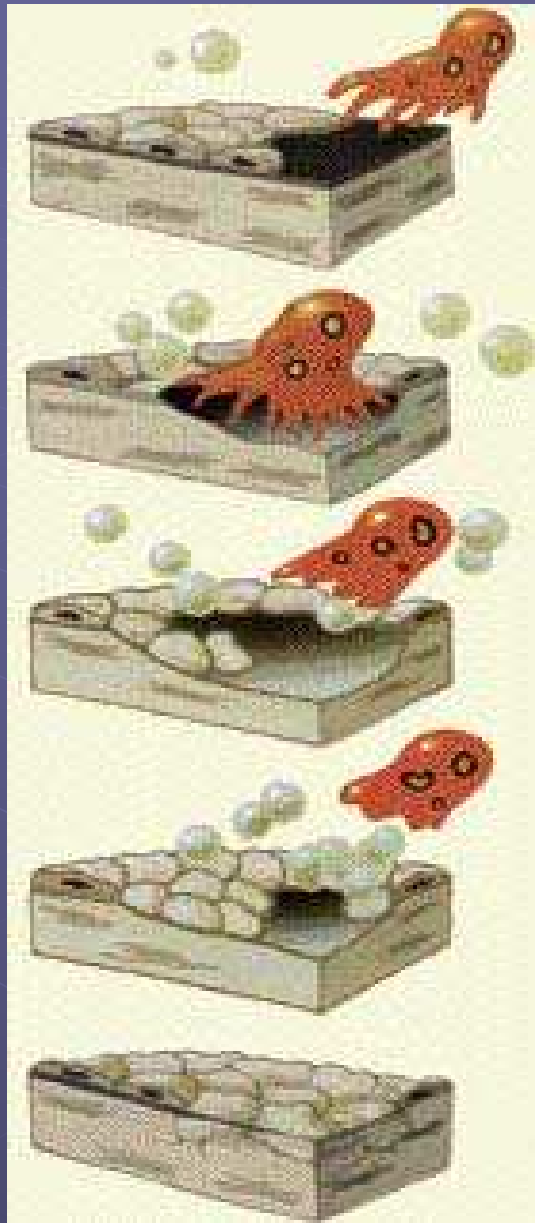
I Meccanismi Fisiopatologici dell'Osteoporosi

Turnover Osseo: Individuo osteoporotico

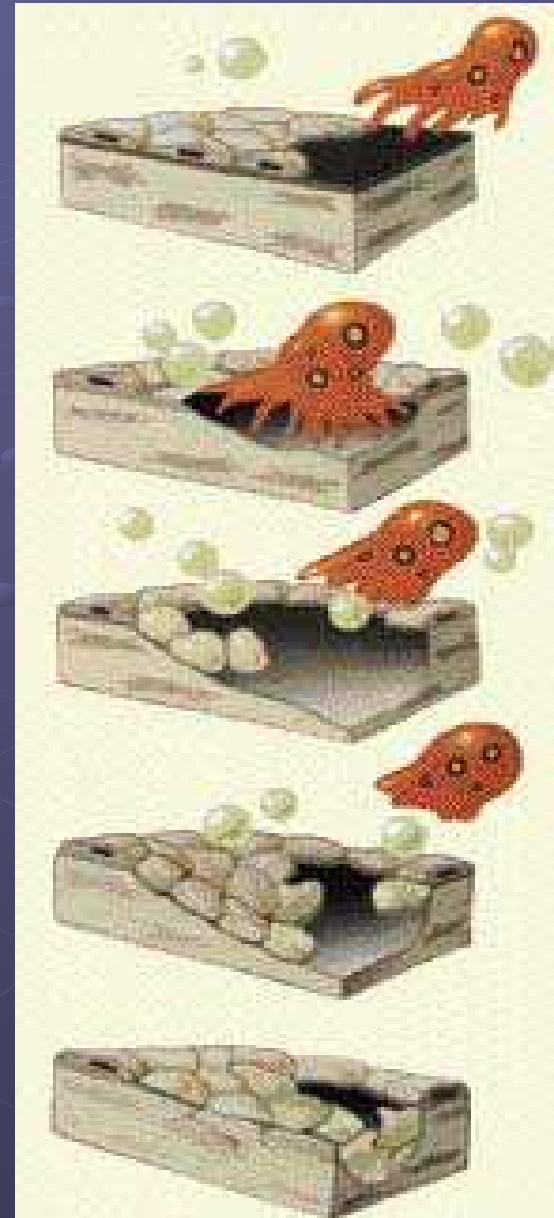


RIMODELLAMENTO OSSEO

normale

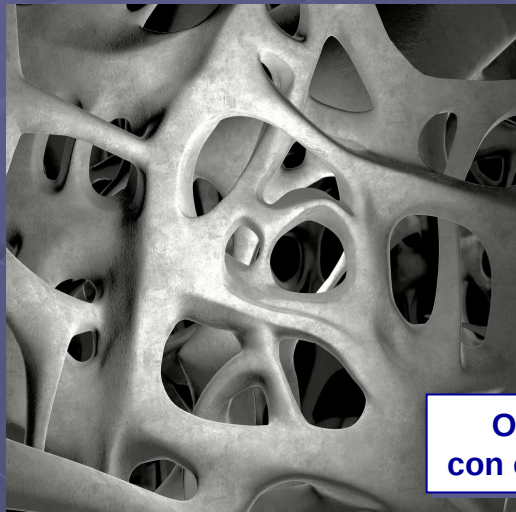


patologico

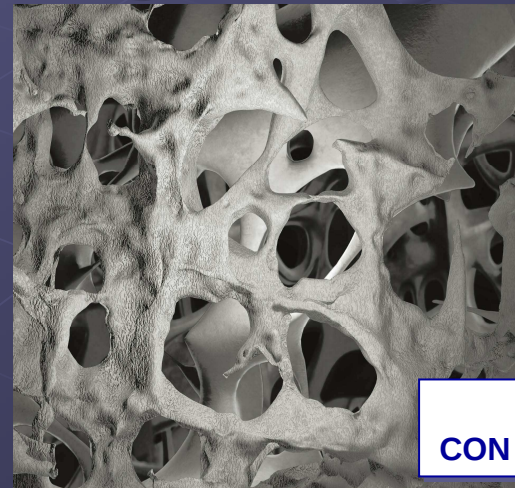


DENIZIONE DI OSTEOPOROSI:

L'osteoporosi è una condizione patologica complessa caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative della macro e microarchitettura ossea che si accompagnano a aumentata fragilità dell'osso e maggior rischio di frattura anche in occasione di traumi di lieve entità o addirittura in assenza di traumi.



**Osso NON
con osteoporosi**



**Osso
CON osteoporosi**

L'osteoporosi: la dimensione del problema

- In Italia è affetto da osteoporosi circa 4.7 milioni di individui di cui oltre l'80% donne
- Circa il 93% donne italiane dichiara di conoscere l'osteoporosi ma l'80% non crede di esserne a rischio
- Solo 1 donna su 2 sa di essere affetta da osteoporosi
- il 50 % delle donne che pensano di essere affetta da osteoporosi non lo sono
- per l'opinione pubblica l'osteoporosi non è considerata una malattia diffusa nella popolazione

ma

tasso di incidenza annuale fratture osteoporotiche è superiore alla somma dei tassi di incidenza dell'IMA, dell'Ictus e del tumore al seno

L'osteoporosi: la dimensione del problema

Soggetti over 65	Infarto miocardico acuti	osteoporosi
Numeri di ricoveri	106.842	86.179
Costo totale dei ricoveri	410 milioni di euro	510 milioni di euro
Costo totale complessivo (over 65 anni)	1.060 milioni di euro	1075 milioni di euro

Piscitelli G et al "incidence and costs of hip fracture compared to acute myocardial infarction in the Italian population –IOF 2006

■ Ma l'IMA è patologia socialmente ben più conosciuta e temuta dell'osteoporosi

■ il follow up post-IMA è di regola mentre la percentuale di pazienti con frattura femore seguita per l'osteoporosi è bassa

L'osteoporosi: la dimensione del problema

La manifestazione clinica dell'osteoporosi è la frattura

Si caratterizzano per la zona colpita ma anche per la loro ripetitività e gravità crescente nel tempo

FRATTURA POLSO:

- ✚ una donna su 5 (il 20%) avrà questa frattura
- ✚ Ad un anno dalla frattura solo il 50% è guarito
- ✚ Complicanze spesso importanti nell'anziano (neuropatia, artrosi post traumatica, sindrome simpatico riflessa)

Conseguenze della frattura di femore



- ◆ **Aumento del 20% di mortalità nei primi 12 mesi dopo la frattura**
- ◆ **Perdita dell'auto-sufficienza nel 20-30 % dei pazienti**
- ◆ **Assistenza/Degenza prolungata nel 20% dei pazienti**
- ◆ **Paura di cadere**
- ◆ **Rischio di frattura femorale controlaterale raddoppiato**

Conseguenze della frattura di vertebra



- ◆ **Predittiva di altre fratture** Il 20% delle pazienti incontro entro il primo anno almeno ad un'altra frattura
- ◆ **Cifosi, Protrusione addominale, Deformità, Dolore**
- ◆ **Riduzione dei volumi polmonari (FVC diminuisce del 9% per ogni frattura vertebrale)**
- ◆ **Perdita di autostima**
- ◆ **Dipendenza dagli analgesici**
- ➡ **Aumento significativo della mortalità (malattie polmonari, cardiovascolari)**
- ➡ **significativa morbidità con perdita capacità funzionale, isolamento sociale, depressione, riduzione autostima e della qualità di vita, dolore cronico invalidante**

L'OSTEOPOROSI NEL GRANDE ANZIANO

Le cadute nei soggetti anziani sono in genere, molto più rovinose e con conseguenze maggiori che nei giovani.

Ciò per ragioni neurologiche (es.: reazioni a paracadute, schema di flessione totale), per appannamento dei sistemi sensoriali (vista, cenestesi globale, integrazione dei messaggi propriocettivi, ecc.) e per ovvie ragioni articolari (osteoporosi=esiti maggiori, artrosi=deformità, instabilità posturali, anomalie di appoggio, esiti di chirurgia protesica, ecc.).

Fattori di rischio delle cadute

Fattori di rischio	Cause
correlati all'invecchiamento	problemi di postura, equilibrio, forza muscolare; indebolimento visivo; deficit cognitivo; ansia, depressione; paura di cadere; altre patologie concomitanti; sedentarietà
problemi di andatura, equilibrio e mobilità	problemi articolari; abuso di alcol; Parkinson; problemi cardiovascolari
"blackout"	ipoglicemia, ipotensione ortostatica, aritmie, epilessia, ostruzione della carotide
individuali	uso inappropriato di vestiario e calzature
uso di farmaci	psicofarmaci (antidepressivi, neurolettici, benzodiazepine), ipotensivi, antiaritmici
fattori ambientali - domicilio	scarsa illuminazione notturna, scale, superfici scivolose, tappeti, fili volanti, ripostigli posizionati in alto, assenza di appigli e/o corrimano
fattori ambientali - fuori casa	strade sconnesse, superfici scivolose, mezzi di trasporto

Possibili interventi ambientali

- ✚ Installazione di maniglie in prossimità della doccia o della vasca da bagno
- ✚ Uso di tappeti anti scivolo nella doccia o nella vasca
- ✚ Potenziamento dell'illuminazione artificiale
- ✚ Eliminazione di tappeti
- ✚ Installazione del corrimano sulle scale
- ✚ Eliminazione di prolunghe per corrente o telefono
- ✚ Posizionamento di scaffali o ripostigli in zone raggiungibili senza scale

Altri interventi

- ✚ Periodico riesame della terapia farmacologica per ridurre effetti collaterali e interazioni
- ✚ Verifica della vista e dell'udito e conseguente trattamento
- ✚ Uso di calzature chiuse o con suola di gomma e di indumenti (es camicie da notte) che non intralcino l'andatura
- ✚ Verifica di precedenti episodi di caduta

✚ Attività fisica

Osteoporosi e attività fisica nell'anziano

- Le migliori forme di esercizio per stimolare la formazione dell'osso e preservarlo dall'osteoporosi sono le attività in cui i muscoli lavorano contro la gravità senza però sottoporre a traumi eccessivi l'osso e le articolazioni, ad esempio
 - il cammino
 - l'aerobica
 - il ballo
 - fare le scale



Sintesi degli effetti dell'attività fisica sullo stato di salute

protezione verso:

- ✚ le patologie cardiovascolari e l'ictus cerebri
- ✚ l'ipertensione
- ✚ le dislipidemie e l'obesità
- ✚ la comparsa del diabete e...
- ✚ nei diabetici, verso le complicanze del diabete
- ✚ l'osteoporosi, le cadute, le fratture
- ✚ il decadimento mentale e la depressione
- ✚ alcuni tumori (carcinoma del colon, mammella, endometrio)
- ✚ la disabilità
- ✚ la disfunzione erettile

Chi sono gli anziani fragili ?

Quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico. Sulla base di questa definizione, la fragilità comporta un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale e un elevato consumo di risorse.

Linee guida per la valutazione multidimensionale dell'anziano fragile
Giornale di Gerontologia 2001; 49 (Suppl. 11)

Fragilità e Disabilità

Nutrizione qualitativamente e quantitativamente inadeguata Cognitività compromessa

CONDIZIONI FAVORENTI

Mancanza di supporto
sociale

Condizioni
economiche modeste

LA SINDROME DELLA FRAGILITÀ

Sintomi

perdita di peso
debolezza muscolare
astenia
anoressia
inattività

Processi

involutivi

soggiacenti:

sarcopenia
osteopenia
turbe dell'equilibrio
malnutrizione
rallentamento
della marcia

Rischio elevato di:

disabilità e dipendenza
cadute e traumi
ricovero ospedaliero
eventi acuti
istituzionalizzazione
mortalità
problemi cognitivi

VALUTAZIONE GERIATRICA GLOBALE

Processo multidimensionale elaborato per valutare la capacità funzionale, la salute fisica, cognitiva e la salute mentale e la situazione socio - ambientale dell'anziano.

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

- Valutazione fisica (vista, udito, farmaci, cadute, incontinenza, immobilità, demenza)
- Valutazione psichica (cognitiva, affettiva, comportamentale)
- Valutazione funzionale (deambulazione, abbigliamento, alimentazione, igiene, sfinteri)
- Valutazione socio ambientale (supporti, condizioni economiche)

Strumenti usati nella valutazione globale geriatrica

■ ADL, IADL, AADL, BARTHEL

■ CIRS

■ MMSE

■ GDS e/o CORNELL

■ TINETTI

■ MNA

■ Altre scale (EXTON-SMITH, NPI)

Anziano fragile



Prevenzione della malattia (primaria e secondaria)

PRIMARIA:

la malattia è fermata prima del suo inizio, mediante la riduzione o l'eliminazione dei fattori di rischio

SECONDARIA:

la malattia è diagnosticata in uno stadio precoce, rendendo minima la morbidità e la mortalità.

Prevenzione della malattia (prevenzione terziaria)

Una malattia già esistente, di solito cronica, è gestita adeguatamente per prevenire un'ulteriore perdita funzionale.

Il trattamento della malattia è aumentato mediante l'impiego di pratiche linee guida e protocolli specifici per la malattia.

Conoscere a fondo alcune condizioni dell'anziano

- **La Fragilità**: invecchiamento avanzato, la Comorbilità, la Complessità, rischio di Istituzionalizzazione, rischio di perdite, stato socio ambientale critico, polifarmacologia, eventi sentinella come le cadute e il lutto, la mancanza di riferimenti, l'isolamento e la depressione.
- **La Cronicità**: la presenza di patologie non guaribili (concetto di Menomazione, Disabilità, Handicap), limitazione dell'autonomia, ciclicità delle riacutizzazioni e dei ricoveri ospedalieri.

Quando si rompe l'equilibrio, avanza la non autosufficienza

- **Eventi Acuti Critici** con sintomi più gravi della malattia che li provocano (es. Delirium)
- **Eventi “ a cascata ”**, dopo l'evento acuto si scompensano altri sistemi e apparati (ruolo della Comorbilità)
- **Eventi Smascheranti**, es. il lutto può dare rottura di equilibrio.
- **La Disabilità e la Senilità che modificano la propria immagine** (cambia il significato della vita e il contesto familiare e ambientale deve adattarsi).

La Senescenza....!

*E' tempo della Vita o
tempo dopo la Vita?*

**Vogliamo stare all'interno del
mito del nostro tempo ?**

“ Vivere sempre più a lungo ”

...ma vivere meglio...

Allungare vita agli anni

***Conoscere la psicologia
dell'invecchiamento,
Attrezzarsi per contenere
le Perdite***

Prevenzione dei problemi psicosociali

- Screening sulla depressione (intervento farmacologico e counseling)
- Favorire l'autostima (rimanere produttivi, occupati in determinate attività, sentirsi necessari per qualcuno)
- Avere un animale domestico, contribuire ai lavori domestici o effettuare attività di volontariato o altre attività

Soli di fronte allo specchio...!

- Il corpo senescente restituisce al “vecchio” il vissuto della irreversibilità del Tempo
- Quando lo vivi sulla tua pelle, l’invecchiamento porta in sé un effetto di estraniamento.
- Nasce l’esigenza di rendere più accettabile l’immagine di sé; ***“non solo un bel vecchio, ma sempre giovane”***.

Soli di fronte al sociale...!

- Pensionamento e perdita del ruolo lavorativo oltre alle modificazioni fisiche
- Cambiamenti del sistema familiare e perdita del ruolo di genitore
- Cambiamenti e precarietà economica
- Solitudine di fronte alla perdita del coniuge o compagno (Lutto)

L'assistenza Sanitaria e Sociale nel paese più vecchio del mondo

La risposta della Geriatria è la **CONTINUITA' TERAPEUTICO ASSISTENZIALE** per l'anziano nei *“vari ambienti di vita o di cura”*.

- Conoscenza approfondita della condizione clinica e psico-sociale
- Attenzione al mantenimento dell'Autosufficienza
- Intensività nell'Acuzie
- Rispetto dei ritmi biologici
- Continuità “dolce” nel trattamento delle Cronicità
- Lungimiranza, capacità di previsione, evitare le “crisi”

Curare / Avere cura / Farsi cura Prendersi cura

- **Approccio preventivo** (*norme dietetico-igienico comportamentali che prevengano gli eventi acuti e la progressione delle malattie*)
- **Trattamento delle malattie in atto** (*farmaci ad hoc, dieta, diagnosi e riabilitazione precoce, misure alternative*)
- **Recupero funzionale Residuo** (*superamento della menomazione, riduzione della disabilità, richiamo alla Diversabilità, Qualità della Vita*)
- **Recupero ruolo Personale** (*superamento della disabilità, riduzione dell'Handicap mediante l'Integrazione col contesto sociale e coi servizi collegati in una Rete Territoriale*).
- **Utilizzo di nuovi strumenti di lavoro geriatrico** (*Valutazione Multidimensionale, PAI con precisazione Outcomes*).
- **Senso di Responsabilità**

....Quindi invecchiare per vivere bene e a lungo

- Bisogna credere nella possibilità di modificare il decorso “naturale” della vecchiaia
- Bisogna scegliere un atteggiamento Propositivo, Preventivo e Riabilitativo, e non solo contenitivo.
- Bisogna dare un “Senso” alle fasi avanzate della vita, e allontanare la Non Autonomia.
- Bisogna affrontare la Sofferenza e la Morte.



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**

Dott. Cesare Guanziroli