



45° Congresso SIGG



SOCIETÀ' ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Firenze, Palazzo dei Congressi - 22/26 novembre 2000

L'ANZIANO FRAGILE NEL SSN

Sintesi a cura di

geriatriaonline

www.geriatriaonline.net

SOCIETÀ' ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA
45° CONGRESSO NAZIONALE
Firenze, Palazzo dei Congressi - 22/26 novembre 2000

L'ANZIANO FRAGILE NEL SSN

PROGRAMMA

Mercoledì 22 novembre

ore 15,00 - 17,00 SIMPOSIO

LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ANZIANO FRAGILE

Moderatori: **Carbonin P.U. (RM) – Ferrucci L. (FI)**

Landi F. (RM): Problematiche delle evidenze sulla VMD nell'anziano

Salvioli G. (MO): La dinamica della fragilità nei vari setting assistenziali

Corgatelli G. (VA): VMD e accreditamento in relazione alle sinergie nel distretto

Ferrucci L. (FI): Gli strumenti di VMD per la prevenzione della disabilità nel soggetto anziano

Carbonin P.U. (RM): Conclusioni

ore 17,00 - 17,30 Pausa

ore 17,30 - 18,45

INAUGURAZIONE **Prof. Umberto Senin**

ore 18,45 - 19,15 LETTURA

Williams B. (UK): The Geriatric Medicine in the European Union

Presiede: **Passeri M. (PR)**

ore 19,30

CONCERTO

Giovedì 23 novembre

Ore 8,30 - 10,30 SIMPOSIO

LA DISABILITÀ DA PATOLOGIA MUSCOLO-SCHELETRICA NELL'ANZIANO

Moderatori: **Bosello O. (VR) - Palummeri E. (GE)**

Baroni A. (FI): Patologia muscolo-scheletrica e qualità della vita

Di Iorio A. (CH): Sarcopenia e disabilità possibilità di intervento

Patrono C. (CH): Gli inibitori specifici della COX₂

Cerinic Matucci M. (FI): Trials clinici nell'anziano

Cecchi F. (FI): Il ruolo della riabilitazione

ore 10,30 - 11,00 LETTURA

Silvestro A. (RM): IL RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE NEI PROCESSI DI ASSISTENZA ALL'ANZIANO

Presiede: **Masotti G. (FI)**

ore 11,00 - 11,30 LETTURA

Spisni L. (RM): LE PERSONE ANZIANE NELLA COMUNITÀ: OTTICA E METODOLOGIA DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NELLA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DI PROGETTI INTEGRATI"

Presiede: **Capurso A. (BA)**

ore 11,30 - 13,00 SIMPOSIO

L'ATTIVITÀ FISICA COME "FARMACO" NELL'ANZIANO FRAGILE

Moderatori: **Cucinotta D. (BO) - Nicita Mauro V. (ME)**

Cucinotta D. (BO): Invecchiamento, longevità, fragilità ed attività fisica

Narici M. (Manchester, GB): Attività fisica e sarcopenia

Ascari S. (MO): La valutazione della forza muscolare nell'anziano fragile

Cherubini A. (PG): Attività fisica e stato funzionale nell'anziano fragile: quali evidenze?

Schena F. (TN): Il significato dell'attività fisica nell'anziano istituzionalizzato: una esperienza italiana

Limonaia

ore 11,30 - 13,00 Mini Simposio SIGG

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA SUL TERRITORIO

Moderatori: **De Alfieri W. (Fi) - Policicchio D. (Av)** Sala Onice

ore 11,30 - 13,00 Mini Simposio SIGG

DETERMINANTI MUSCOLO-SCHELETRICHE DELLA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO

Moderatori: **Bandinelli S. (Fi) - Ceda G.P. (Pr)**

ore 13,00 - 14,30 Pausa

ore 14,30 - 16,30 SIMPOSIO

L'ANZIANO FRAGILE CON INFLUENZA: ASPETTI CLINICI ED IMPLICAZIONI SANITARIE

Moderatori: **Gaetti R. (AN) - Salvioli G. (MO)**

Crovati P. (GE): Epidemiologia e sorveglianza

Rengo F. (NA): Problematicità clinica nell'anziano fragile: dalla fragilità allo scompenso

Lucioni C. (MI): I costi sociali

Sessa A. (VA): Il punto di vista del medico di famiglia

Pregliasco F. (MI): Prevenzione e nuove prospettive terapeutiche

Limonaia

ore 14,30 - 16,30 Mini Simposio SIGG

RIABILITAZIONE IN GERIATRIA

Moderatori: **Benvenuti E. (Fi) - Capobianco G. (Rm)**

Sala Onice

ore 14,30 - 16,30 Mini Simposio Biogerontologia

Biomarcatori di invecchiamento

Moderatori: **Bergamini E. (Pi) - Ferrara N. (Na)**

Sala 4

16,30 - Mini Simposio Poster Biogerontologia

NEUROPATOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO

Moderatori: **De Tata V. (Pi) - Paoletti F. (Fi)**

ore 16,30 - 17,10 LETTURA

Pahor M. (RM): FATTORI RISCHIO DI FRAGILITÀ: LO STUDIO HEALTH AND BODY COMPOSITION

Presiede: **Carbonin P.U. (Rm)**

ore 17,10 - 17,30 Pausa

ore 17,30 - 19,30 SIMPOSIO

L'INSUFFICIENZA ARTERIOSA DEGLI ARTI INFERIORI COME CAUSA DI DISABILITÀ NELL'ANZIANO

Moderatori: **Andreozzi G.M. (PD) - Forconi S. (SI)**

Forconi S. (SI) - Andreozzi G.M. (PD): Aspetti epidemiologici e nosografici

Guerrini M. (SI): Metodologia di valutazione angiologica e geriatrica
Pratesi C. (FI): L'indicazione ed i risultati delle terapie chirurgiche o invasive
Brevetti G. (NA): La terapia medica dell'insufficienza arteriosa degli arti inferiori
Verni G. - Orlandini D. - (Vigorsio di Budrio, BO): I dispositivi protesici e la ri-
ducazione funzionale per l'anziano vasculopatico

Venerdì 24 novembre

ore 8,30 - 10,30 SIMPOSIO

VALUTAZIONE ED ASSISTENZA ALL'ANZIANO FRAGILE CON PATOLOGIA BRONCO-OSTRUTTIVA

Moderatori: **Bellia V. (PA) - Masotti G. (FI)**

Pistelli R. (RM): Dimensione epidemiologica e nosografia

Grassi V. (BS): Insufficienza respiratoria e disabilità

Antonelli Incalzi R. (RM): Metodologia valutativa

Bellia V. (PA): Il trattamento farmacologico

Melillo G. (Telese, BN): La riabilitazione

ore 10,30 - 11,10 LETTURA Fondazione Alitti

Bernabei R. (RM) IL DOLORE ONCOLOGICO

Presiede: **A.Mugelli**

ore 11,10 - 11,30 PRESENTAZIONE TRATTATO

PAZIENTE ANZIANO-PAZIENTE GERIATRICO

Fondamenti di Gerontologia e Geriatria

Antonini F.M. (FI)

Presiede: **Barbagallo Sangiorgi G. (PA)**

ore 11,30 - 13,00 SIMPOSIO

NUOVE FRONTIERE DELLA TERAPIA CON FANS

Moderatori: **Carcassi U. (CA) - Rengo F. (NA)**

Coruzzi G. (PR): Aspetti farmaco/tossicologici dei nuovi FANS

Zuccalà G. (RM): FANS e danno iatrogeno

Lazzaroni M. (MI): Tollerabilità gastrica dei FANS

Scalia L. (RM): Risultati clinici della terapia con Amtolmetina Guacil

Rengo F. (NA): Considerazioni conclusive

Limonaia

ore 11,30 - 13,00 Mini Simposio SIGG

TERAPIA NON FARMACOLOGICA DELLA DEMENZA

Moderatori: **Postiglione A. (Na) - Scarpa R. (Chioggia)**

Sala Onice

ore 11,00 - 13,00 Mini Simposio SIGG

NUTRIZIONE A MASSA OSSEA

Moderatori: **Zuliani G. (Fe) - Paolisso G. (Na)**

ore 13,00 - 14,30 Pausa

ore 14,30 - 16,30 SIMPOSIO

LE ULCERE CUTANEE NELL'ANZIANO FRAGILE

Moderatori: **Caputo R. (MI) – Vergani C. (MI)**

Caputo R. (MI): La cute dell'anziano

Annoni G. (MI): Meccanismi fisiopatologici

Frustaglia A. (Vimodrone, MI): Approccio multidisciplinare per la prevenzione delle lesioni cutanee da compressione

Veraldi S. (MI): I fattori di crescita: un nuovo approccio farmacoterapeutico

Vergani C. (MI): Considerazioni conclusive

Limonaia

ore 14,30 - 16,30 Mini Simposio SIGG

ASPETTI FISIOPATOLOGICI ED ETIOPATOGENETICI DELLE DEMENZE

Moderatori: **Panza F. (Ba) - Monini P. (Rm)**

Sala Onice

ore 14,30 - 16,30 Mini Simposio Biogerontologia

RIPRISTINO E/O PREVENZIONE DELLE ALTERAZIONI ETÀ-DIPENDENTI

Moderatori: **Piantanelli L.(AN) - Di Giulio C. (CH)**

ore 16,30 - 17,10 LETTURA

Franceschi C. (BO) "LE BASI BIOLOGICHE DELLA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO"

Presiede: **Piantanelli L. (AN)**

ore 17,10 - 17,30 - FIRI: PRESENTAZIONE DELLA CAMPAGNA SCOLASTICA

Rengo F. (NA) "L'INTEGRAZIONE DELLE GENERAZIONI IN UNA SOCIETÀ CHE INVECCHIA"

Presiede: **Boncompagni M. (RM)**

ore 17,30 - 19,30 SIMPOSIO

L'ANZIANO FRAGILE CON SCOMPENSO CARDIACO

Moderatori: **Carbonin P.U. (Rm) – Rengo F. (Na)**

Abete P. (NA): Caratterizzazione dell'anziano fragile con scompenso cardiaco

Marchionni N. (FI): L'intensività in una Unità Geriatrica per Acuti

Gambassi G. (RM): Scompenso cardiaco, terapia tradizionale e disabilità nell'oldest old

Masotti G. (FI): Il cardiopatico anziano è riabilitabile?

Ferrara N. (NA): Il ruolo dell'assistenza continuativa

Sabato 25 novembre

ore 8,30 - 10,30 SIMPOSIO congiunto SIGG-SIOP

FRATTURE ED OSTEOPOROSI NELL'ANZIANO FRAGILE: VALUTAZIONE, CURA E RIABILITAZIONE

Moderatori: **Crepaldi G. (PD) – Passeri M. (PR)**

Pedrazzoni M. (PR): Impatto della malattia osteoporotica sulla qualità della vita nell'anziano

Maggio D. (PG): La valutazione dell'anziano osteoporotico a rischio di frattura

Sartori L. (PD): La prevenzione delle fratture nell'anziano osteoporotico

Palummeri E. (GE): La riabilitazione dell'anziano fragile fratturato

Adami S. (VR): Gli obiettivi della terapia farmacologica: tra presente e futuro

ore 10,30 - 11,30 LETTURA

Feldman H. (Canada): THE EMERGING SPECTRUM OF CHOLINESTERASE INHIBITOR THERAPY FOR ALZHEIMER'S DISEASE

Presiede: **Ferrari E. (PV)**

ore 11,30 - 13,00 SIMPOSIO congiunto SIGG-AIP

MALATTIE SOMATICHE, CRONICITÀ E DEPRESSIONE

Moderatori: **Laguzzi E. (AL) - Trabucchi M. (RM)**

Scapicchio P. L. (RM): Inquadramento nosografico

Caltagirone C. (RM): La depressione delle malattie neurologiche

Rozzini R. (BS): La depressione nell'anziano fragile cardiopatico

Pannuti F. (BO): Il malato anziano oncologico

Govoni S. (PV): La scelta farmacologica

Limonaia

ore 11,30 - 13,00 Mini Simposio SIGG

ARGOMENTI DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Moderatori: **Biagini C.A. (Pt) - Nieddu A. (Ss)**

Sala Onice
ore 11,30 - 13,00 Mini Simposio SIGG
APPARATO RESPIRATORIO - APPARATO GASTROENTERICO
Moderatori: **Guizzardi G. (Pe)** - **Franceschi M. (Vi)**

ore 13,00 - 14,30 Pausa

ore 14,30 - 16,30 SIMPOSIO
LA TERAPIA ANTIBIOTICA IN MEDICINA GERIATRICA
Moderatori: **Del Favero A. (PG)** - **Varricchio M. (Na)**

Del Favero A. (PG): L'uso razionale degli antibiotici in geriatria
Marigliano V. (RM): L'anziano: soggetto a rischio infettivo in evoluzione
Soranzo M.L. (TO): L'antibiotico-terapia nelle infezioni respiratorie nell'anziano
Andreoni M. (RM): Uso degli antibiotici nelle infezioni urinarie nell'anziano
Varricchio M. (NA): Paziente geriatrico ed antibiotico-terapia: una scelta clinica ragionata tra invecchiamento, comorbilità e fragilità

Limonaia
ore 14,30 - 16,30 Mini Simposio SIGG
PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE NELL'ANZIANO FRAGILE
Moderatori: **Ungar A. (Fi)** - **Onder G. (Rm)**

Sala Onice
ore 14,30 - 16,00 Mini Simposio SIGG
I CENTENARI E L'INVECCHIAMENTO CON SUCCESSO
Moderatori: **De Benedictis G. (CS)** - **Mecocci P. (PG)**

Sala 4
ore 16,00 - Mini Simposio Poster
LE BASI BIOLOGICHE DELLE PATOLOGIE ETA-ASSOCIATE
Moderatori: **Annoni G. (Mi)** - **Dessì S. (Ca)**

ore 16,30 - 17,10 LETTURA
Mutani R. (Orbassano, TO): EPILESSIA NELL'ANZIANO
Presiede: **Anzivino F. (FE)**

ore 17,10 - 17,30 Pausa

ore 17,30 - 19,30 Simposio

INVECCHIAMENTO AL FEMMINILE: LA FRAGILITÀ È DONNA?

Moderatori: **Bartorelli L. (RM) – Franceschi C. (BO)**

Bartorelli L. (RM): La donna anziana nel tempo, tra fragilità e risorse

Modena M. G. (MO): La penalizzazione della donna cardiopatica: differenza di genere

Valenti G. (PR): Donna, Depressione e Demenza: tre D da spezzare

Tognetti A. (RM): La percezione dell'invecchiamento nella donna

Paoletti I. (PG): Il caregiving: una pratica di genere

Maggi S. (PD): Il progetto SOFIA della SIGG

19,30 - 20,30

ASSEMBLEA SOCI

ore 21,00

CENA SOCIALE

Domenica 26 novembre

ore 8,30 - 10,30 SIMPOSIO

I DISTURBI COMPORTAMENTALI NELLA DEMENZA

Moderatori: **Baggio G. – Abate G.**

Bianchetti A. (CR): Epidemiologia e clinica

Neri M. (MO): I fattori scatenanti

Abate G. (CH), Mastriforti (PG): Stress del caregiver: lo studio SIGG

Metitieri T. (BS): La terapia non farmacologica

Guaita A. (MI): Il progetto "Gentle-care"

ore 10,30 - 11,10 LETTURA

Torta R. (TO): DEPRESSIONI E DEMENZE: ANALOGIE, SOVRAPPOSIZIONI E DIFFERENZE IN AMBITO PATOGENETICO

Presiede: **Balestreri R. (GE)**

ore 11,10 - 11,30 Pausa

ore 11,30 - 12,10 LETTURA

Giacobini E. (Svizzera)

NUOVE PROSPETTIVE NEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEI SINTOMI NEL CONTINUUM DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Presiede: **Senin U. (PG)**

ore 12,10 - 13,10 SIMPOSIO

IL PROGETTO RE.G.AL. DELLA SIGG

Moderatori: **Bavazzano A. (PO) - Senin U. (PG)**

Senin U. (PG): Il monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer della CUF: ruolo del Progetto Re.G.Al.

Mecocci P. (PG): La valutazione dei disturbi cognitivi nell'anziano e dello stress del caregiver

Zanetti O. (BS): Malattia di Alzheimer: standardizzazione delle procedure di diagnosi e valutazione

Vitale D. (Telese, BN): La cartella REGAL informatizzata

ore 13,10 **Premiazione delle migliori comunicazioni**

Presiede: **Senin U. (PG) - Masotti G. (FI)**

I° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING ED ASSISTENZA ALL'ANZIANO

Firenze, Palazzo dei Congressi - 23/25 novembre 2000

PROGRAMMA

Sala Verde

Giovedì 23 novembre

ore 11,30 - 12,00 LETTURA

Carli E. (BS) : L'ANZIANO FRAGILE NELLA RETE DEI SERVIZI

Presiede: **Distefano A. (CT)**

ore 12,00 - 13,00

L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO CON PROBLEMI NUTRIZIONALI

Coordinatore: Cester A. (Dolo, VE)

Moderatori: **Belloi L. (MO) - Bertolini E. (BO)**

Vannucci A. (PO): La malnutrizione nell'anziano: note di epidemiologia, la malnutrizione come fattore di rischio

Sergi G. (PD): La valutazione multidimensionale della malnutrizione: ruolo della clinica e del laboratorio

Genovese A. (Mirano - VE): Aspetti di nursing: la scheda infermieristica come strumento operativo"

ore 13,00 - 14,30 Pausa

ore 14,30 - 16,30

Moderatori: **Anzivino F. (BO) - Volpe R. (PD)**

Pilotto A. (VI): Integrazione alimentare e nutrizione enterale nell'anziano: utilità limiti

Zamboni M. (VR): La scelta delle miscele nutritive

Vannozzi G. (FI): Problematiche assistenziali del paziente in nutrizione enterale a domicilio

Marazzi F. (PC): Norme HACCP e nutrizione: il difficile equilibrio tra diete perso-

nalizzate, integrazione alimentare, problemi di deglutizione ed organizzazione gestionale dei pasti in struttura

Venerdì 24 novembre

ore 11,30 - 13,00

L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO CON INCONTINENZA URINARIA

Coordinatore: **Di Benedetto P. (TS)**

Moderatori: **Benvenuti F. (FI) - Tonon Giraldo S. (VE)**

Di Benedetto P. (TS): L'incontinenza urinaria maschile e femminile in geriatria, cenni di anatomia e fisiopatologia

Benvenuti F. (FI): Indicazioni e limiti degli interventi per la continenza dipendente

Cerioti L. (Mirano - VE): L'approccio psicologico al problema: autostima ed incontinenza

ore 13,00 - 14,30 Pausa

ore 14,30 - 16,30

Moderatori: **Cartisano A. (RM) - Pavan G. (TV)**

Bevilacqua I. (TS): La rilevazione del nursing: identificazione e valutazione del paziente incontinente

De Poli S. (TS), Pellegrini L. (TS): La gestione della continenza indipendente

Sabato 25 novembre

ore 11,30 - 13,00

L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO CON DISTURBI COMPORTAMENTALI

Coordinatore: **Zanetti O. (Brescia)**

Moderatori: **Zanetti E. (BS) - Zanetti O. (BS) -**

Binetti G. (BS): Inquadramento clinico dei disturbi comportamentali nel demente

Guaita A. (Abbiategrasso, MI): La valutazione dei disturbi del comportamento

ore 13,00 - 14,30 Pausa

ore 14,30 - 16,30

Moderatori: **Petrucci B. (MI) - Nizzardo G. (Piove di Sacco - PD)**

Cavicchioli A. (MO): Il nursing dei disturbi comportamentali

Tognetti A. (RM): L'approccio non farmacologico dei disturbi comportamentali

Castiglione V. (BO): Aspetti giuridici nella gestione dei disturbi comportamentali

Linee guida per la VMD dell'anziano fragile

Il Prof. Carbonin, nell'aprire i lavori del simposio, ha sottolineato come la costruzione di linee guida per la VMD sia fondamentale per dare specificità alla geriatria. La costruzione delle linee guida deve basarsi su evidenze accreditate e fornire raccomandazioni per un utilizzo razionale dei servizi. Il target delle linee guida, cioè coloro che trarranno giovamento dall'applicazione pratica delle linee guida, è stato identificato negli anziani fragili.

Le linee guida presentate sono il frutto di un progetto del Ministero della Sanità e saranno distribuite ai geriatri non appena terminate. Nel primo intervento il **Dott. F. Landi** di Roma ha evidenziato i limiti della VMD identificandoli nell'attuale impossibilità di verificare l'efficacia della VMD nei diversi setting assistenziali, nella spesso inadeguata validazione degli strumenti della VMD geriatrica, nell'assenza di studi che confrontino i diversi strumenti (di I e di II generazione) della VMD prescindendo dal setting assistenziale.

Il Prof. Salvioli, nella sua presentazione, ha ribadito che lo scopo della VMD è quello di permettere il mantenimento dell'autosufficienza e di un buon livello di qualità della vita. Per altro, una corretta gestione del paziente anziano disabile non può prescindere da una integrazione dei diversi settori dell'assistenza territoriale. La conoscenza dei bisogni assistenziali degli anziani disabili è di fondamentale importanza per un'efficace organizzazione dei servizi territoriali. In particolare, il Professore accennava alla necessità di strutture riabilitative in grado di gestire il paziente in post acuzie per permettergli di recuperare una completa funzionalità dopo la dimissione dalla struttura ospedaliera per facilitare il ritorno alla vita quotidiana. Il ruolo delle linee guida nella gestione del paziente sarebbe quindi quello di guidare gli operatori ad utilizzare in modo ottimale le strutture territoriali a disposizione.

L'intervento del **Dott. Corgatelli** ha dato voce ai medici di medicina generale, che sono spesso i primi ad intervenire sull'anziano con programmi di prevenzione primaria (nutrizione, attività fisica, vaccinazioni, ecc.), secondaria (trattamento dei fattori di rischio e delle patologie che causano disabilità), e terziaria. Un intervento efficace sull'anziano non può prescindere dall'integrazione di diverse professionalità. Nell'ambito della VMD il medico di medicina generale è colui che propone l'intervento dell'unità di valutazione geriatrica per rilevare gli indici di stato di salute e valutare appropriate procedure di intervento.

Il Prof Ferrucci ha enfatizzato il ruolo della VMD nella prevenzione della disabilità e del decadimento dello stato funzionale. Le linee guida presentate propongono un percorso di prevenzione della disabilità che parte da una fase di screening della popolazione, cioè da una fase di riconoscimento del soggetto fragile, ovvero a rischio di un declino funzionale accelerato, per poi passare ad una valutazione di II livello per definire un piano di intervento più idoneo. Lo screening dei soggetti anziani può essere effettuato con test di performance degli arti inferiori (performance score). I soggetti a rischio identificati dovranno sistematica-

mente essere sottoposti a valutazione dei sottosistemi fisiologicamente importanti per il cammino (SNC, SNP, apparato osteoarticolare, apparato muscolare). L'assessment modulare dei vari sottosistemi permetterà così di caratterizzare il soggetto con impending disability in modo tale da proporre un piano di intervento che sia anch'esso modulare, cioè basato sulla correzione dei sottosistemi. Le linee guida, che verranno redatte in breve tempo, dovrebbero permettere anche di calcolare il rapporto costo - beneficio dell'intervento riabilitativo e di calcolare il NNS (Number Needed to Screen – numero di soggetti da sottoporre a screening per prevenire un caso di disabilità nell'anno successivo) ed il NNT (Number Needed to Treat – il numero dei soggetti da trattare per prevenire un caso di disabilità nell'anno successivo).

In chiusura il **Prof. Carbonin** precisava che le linee guida definitive verranno redatte tenendo conto della risposta delle realtà geriatriche italiane.



Inaugurazione 45° Congresso SIGG

Il Professor **Umberto Senin** nell'aprire il Congresso ha innanzitutto annunciato l'ingresso della SIGG nella Associazione di Medicina Geriatrica della Comunità Europea in rappresentanza dell'Italia. La neonata Società ha fra l'altro tenuto un incontro preparatorio per il suo primo Congresso che si terrà a Parigi tra l'Agosto e il Settembre 2001 proprio nell'ambito del presente Congresso di Firenze. Presidente della Società Europea è il Prof. Brian Williams e Vice-Presidente è il Prof. Giulio Masotti. Il Prof. Senin ha sottolineato come questo incarico, unitamente alla Presidenza della Regione Europea della I.A.G., affidata al Prof. Mario Passeri, rappresentino un riconoscimento del ruolo della SIGG nella crescita e promozione della cultura Geriatrica. Ricordando come, nella sua lettera di presentazione ai soci, egli richiamasse all'impegno di affermare l'indispensabilità della Geriatria all'interno del S.S.N., per assicurare livelli assistenziali adeguati ai pazienti anziani, annunciava che il Congresso verterà sul tema principale dell'Anziano fragile. Tale tema verrà affrontato sotto i suoi aspetti più significativi: biologico, clinico-assistenziale, terapeutico. L'anziano fragile viene indicato come il paziente geriatrico per eccellenza. Gli obiettivi principali perseguiti dalla SIGG nel 2000 sono stati: la standardizzazione di metodologie di valutazione e gestionali nei diversi ambiti assistenziali e la formazione degli operatori geriatrici. Il primo obiettivo si è concretizzato in tre prodotti: 1) pubblicazione sul Giornale di Gerontologia di una serie di percorsi diagnostico-terapeutici riguardanti i grandi

temi geriatrici. 2) Stesura di Linee Guida sull'utilizzazione della VMD nei servizi di assistenza continuativa all'anziano. 3) Progetto ReGAL. A quest'ultimo progetto aderiscono al momento 75 centri geriatrici esperti nella gestione di pazienti anziani dementi che utilizzeranno lo stesso percorso diagnostico sulla base di una cartella clinica informatizzata e faranno riferimento alle recenti linee guida pubblicate a cura di un panel di esperti italiani. Nel 2001 i centri regionali di riferimento del progetto ReGAL verranno collegati in rete, creando una banca dati centralizzata presso la sede centrale di Firenze. Per quanto riguarda la formazione del personale, questa si è concretizzata soprattutto nella realizzazione del primo corso multiprofessionale di Nursing ed Assistenza all'Anziano, che si svolge nell'ambito del Congresso ed è organizzato in collaborazione con l' ANSDIPP. Con tale organizzazione ha anche steso un protocollo di intesa per la formazione geriatrica per Operatori nelle residenze per anziani. Gli obiettivi principali per il 2001 saranno: 1) uniformazione delle metodologie; 2) sperimentazione di modelli di assistenza continuativa; 3) promozione della cultura gerontologica e geriatrica in tutte le facoltà mediche; 4) attivazione di rapporti di collaborazione con le diverse Società Scientifiche che si interessano degli anziani. Il Prof. **Senin** ha concluso il suo saluto invitando i Soci presenti "a fare i Geriatri ed a farlo sul serio" per trovare adeguato riconoscimento e collocazione nella Sanità pubblica.

The Geriatrics Medicine in the European Union

Il **Prof. Williams** ha presentato un quadro delle modificazioni demografiche che si sono verificate in Europa nell'ultimo secolo e le proiezioni previste fino al 2025. L'incremento dell'aspettativa di vita media che ha portato l'Italia ad essere il paese più vecchio in Europa non è stato tuttavia omogeneo ed infatti nei paesi dell'ex unione sovietica l'aspettativa di vita media è ancora di 45 anni. La popolazione anziana si è incrementata in modo differente nei vari paesi europei; dal 1995 al 2025 gli anziani aumenteranno dell'80% nei Paesi Bassi, del 44% nel Regno Unito e solo del 34% nel Portogallo. L'invecchiamento della popolazione determinerà in Europa un aumento della mortalità media annuale da 3.7 milioni nel 1994 a 4.4 milioni nel 2025, con evidenti problemi di redistribuzione delle risorse mediche ed economiche. Il Prof. Williams ha sottolineato che la Geriatria è più di una Medicina Clinica, in quanto si basa su un approccio interdisciplinare dell'assistenza, di cui l'Assessment rappresenta un elemento cruciale. La multidisciplinarietà dell'approccio geriatrico è l'essenza stessa del successo del Geriatric Assessment. I tre domini in cui il Geriatra ha riscosso indiscussi successi sono rappresentati da un corretto Assessment Multidisciplinare (che si è dimostrato in grado di ridurre la mortalità i tempi di ospedalizzazione e gli accessi alle istitu-

zioni), la Riabilitazione Ortopedica e la Riabilitazione dell'individuo affetto da stroke. Un'Assessment efficiente dovrebbe portare ad una corretta diagnosi, ad un trattamento appropriato e ad una riabilitazione in grado di restituire il paziente ad una vita autosufficiente. Il Prof. Williams ha poi esaminato le strutture europee di interesse geriatrico come la European Union of Medical Specialist, un'organizzazione medica che si pone lo scopo di favorire la mobilità degli specialisti nei vari paesi e di armonizzare gli insegnamenti e promuovere l'educazione continua. Altre associazioni sono rappresentate dalla European Union Board for Geriatrics, dalla International Association fo Gerontology-European Regional e la European Accademy of Yuste Foundation. Il Prof. Williams evidenziava inoltre che la Geriatria come specialità non è riconosciuta da tutti i Paesi Europei così come la Formazione Medica Permanente in Geriatria. In conclusione della sua lettura il Professore presentava una nuova società fondata da Geriatri, la European Union Geriatrics Medicine Society, che si prefigge lo scopo di favorire lo sviluppo della Geriatria in Europa, di promuovere lo sviluppo professionale, la ricerca, l'educazione e favorire gli incontri internazionali. Alla società potranno aderire Società di Geriatria Nazionali, singoli Specialisti oltre ad altre nazioni Europee non aderenti alla Comunità Europea.



La disabilità da patologia muscolo scheletrica nell'anziano

Il simposio moderato da **O. Bosello** ed **E. Palummeri** si è articolato in due parti: in una prima parte si è parlato dell'impatto della patologia muscolo scheletrica sulla qualità della vita, del rapporto tra sarcopenia e disabilità e del ruolo della riabilitazione. Nella seconda parte si è parlato della terapia con inibitori specifici della COX2 con attenzione mirata alla sicurezza intestinale di questi farmaci.

Il Prof. **Baroni** nel suo intervento ha sottolineato l'impatto negativo che il dolore e la disabilità derivanti dalla patologia muscolo scheletrica, hanno sulla qualità della vita.

Il Dott. **Di Iorio** ha focalizzato la sua attenzione sul rapporto tra sarcopenia e disabilità ricordando che la sarcopenia è strettamente correlata all'età ed ha un impatto negativo sulla forza muscolare e sulla performance fisica e quindi sulla

disabilità L'importanza della sarcopenia è tale che almeno il 40% di soggetti ultra 80enni ne sono portatori (dati del New Mexico Elderly Health Survey e dell'INCHIANTI). Il Dott. Di Iorio riportava inoltre le tre ipotesi sulla genesi della sarcopenia: quella del non uso, quella neurogena e quella da sbilanciamento tra danno e riparazione tissutale. La conclusione dell'intervento poneva l'accento sulla possibilità di migliorare la qualità di vita aumentando anche di poco l'attività fisica.

Nell'intervento successivo la Dott.ssa **Cecchi** ha valutato il ruolo della riabilitazione dell'anziano identificando le differenze tra programmi di esercizio nell'anziano rivolti a soggetti non disabili a scopo preventivo, dal trattamento riabilitativo classico rivolto a soggetti disabili. La dottoressa sottolineava inoltre come negli ultimi anni in ambiente riabilitativo il modello psicosociale stia imponendosi sul modello puramente biomedico e accennava ad un approccio, nella disabilità acuta di tipo task oriented, in cui il trattamento riabilitativo sia indirizzato almeno inizialmente non tanto al recupero della singola funzione ma al recupero della funzione globale importante nel soggetto anziano. Una possibilità di riattivazione motoria intermedia tra le due precedentemente proposte, è rappresentato dal trattamento di gruppo in ambiente protetto rivolto a soggetti con disabilità motoria di media entità. La dottoressa evidenziava che solamente un intervento di riabilitazione prolungato nel tempo possa permettere ai soggetti il mantenimento delle funzioni recuperate, in quanto gli effetti benefici dell'attività fisica vanno scemando già dopo qualche settimana dalla sospensione del trattamento.

Nella seconda parte il Prof. **Parono**, il Dott. **Matucci Cerenic** ed il Dott. **Fiorucci** presentavano dati riguardo l'efficacia dei Coxib, inibitori selettivi delle COX2, nel trattamento del dolore da patologia osteoarticolare, sottolineando la loro sicurezza in termini di tossicità gastrointestinale e renale. In particolare il Rofecoxib è in grado di provocare il 50% in meno di sanguinamenti gastrointestinali rispetto ai FANS tradizionali.



L'attività fisica come «farmaco» nell'anziano fragile

Il Prof. **Cucinotta** ha ricordato come nei soggetti sedentari si ha una perdita annuale dell'1% della capacità aerobica. L'attività fisica si è dimostrata in grado di migliorare la capacità funzionale nell'anziano, anche se fragile o a rischio di fragilità.

L'intervento del **Dott. Narici** ha focalizzato la sua attenzione sui rapporti tra attività fisica e sarcopenia. In una prima parte del suo intervento il Dott. Narici ha ricordato che la sarcopenia si associa ad una atrofia delle fibre muscolari e ad una riduzione del numero di fibre associato ad un'alterazione dei motoneuroni alfa, che porta alla formazione di unità motorie giganti. Le alterazioni della funzione muscolare si rendono evidenti dopo i 60 anni e la perdita della forza muscolare è maggiore di quella che ci si aspetterebbe in base alla sola perdita di massa muscolare. La sarcopenia è inoltre accompagnata nell'anziano da modificazione dell'architettura muscolare. L'allenamento è comunque in grado di aumentare la massa, la forza e la potenza muscolare.

La **Dott.ssa Ascari** ha sottolineato come per valutare correttamente il declino funzionale dell'anziano si debbano misurare contemporaneamente la massa e la forza muscolare, la prima per mezzo dell'ecografia, la seconda tramite dinamometro o semplici prove funzionali tipo il chair standing il six minutes walking test.

Il **Dott. Cerubini** ha valutato il ruolo dell'attività fisica come farmaco nell'anziano fragile, evidenziando come l'attività fisica, oltre ad influenzare la forza muscolare, sia in grado di migliorare lo stato funzionale complessivo. Attualmente non sono disponibili evidenze derivanti da trial controllati della possibilità di prevenire la perdita dell'autosufficienza attraverso programmi di attività fisica.

Il **Dott. Schena** ha presentato i risultati di uno studio di attivazione motoria in soggetti residenti in case di riposo, dimostrando come 12 settimane di allenamento abbiano migliorato le performance fisiche dei partecipanti.

L'anziano fragile con influenza: aspetti clinici ed implicazioni sanitarie

Il Simposio è stato aperto dalla relazione del **Prof. Crovari** che ha sottolineato la necessità di una adeguata sorveglianza nazionale ed internazionale su morbilità mortalità ricoveri ospedalieri, assenze dal lavoro e dalla scuola per influenza. Sono stati presentati dati di sorveglianza provenienti da una iniziativa nata in Liguria nel 1997 e successivamente estesa a livello nazionale con il progetto «Influnet»; tali dati sono a disposizione sul sito del Ministero della Sanità

all'indirizzo www.sanita.it/malinf/influnet.

Nell'intervento del **Prof. Rengo** si è richiamata la necessità di distinguere, all'interno del gruppo degli ultra65enni, i sottogruppi a maggior rischio di contrarre la malattia e di svilupparne le complicanze. È stata ribadita la complessità del quadro clinico che tale patologia mostra nel paziente anziano. Tale complessità si accompagna alla possibilità di alterare lo stato di compenso di patologie preesistenti. Questi due elementi aumentano il rischio di formulare una diagnosi errata, soprattutto nel paziente fragile.

Il **Prof. Lucioni** ha esaminato i costi sociali della malattia, analizzando sia i costi diretti derivanti dall'ospedalizzazione, dal trattamento e dalla prevenzione, sia i costi indiretti derivanti dalla perdita della produttività sia i costi in termini di peggioramento della qualità della vita. Il costo medio diretto di un paziente affetto da influenza, varia, a seconda della gravità da 50 a 230 mila lire, mentre i costi indiretti ammontano a circa 560 mila lire. Il costo sociale totale nazionale è pari a 2.733 miliardi di lire (1.800 per i costi indiretti e 933 per quelli diretti) che rappresentano lo 0,9% della spesa totale del SSN e lo 0,1% del PIL.

Il **Dott. Sessa** ha affermato che la vaccinazione antinfluenzale dovrebbe essere estesa ad un maggior numero di anziani. Il vaccino è infatti in grado di prevenire la malattia e ridurre, ad esempio, del 27% i ricoveri per scompenso cardiaco complicante il quadro clinico, con una ripercussione positiva sui costi.

Secondo il **Dott. Pregliasco** le nuove vie di somministrazione, quale quella nasale, potrebbero favorire la diffusione della pratica vaccinale. Le possibilità terapeutiche si sono ampliate con l'introduzione di farmaci antivirali della classe degli inibitori delle neuroaminidasi, che si sono rivelati utili nella riduzione dei sintomi e della durata della malattia, soprattutto se somministrati nelle prime 48 ore dall'insorgenza dei sintomi. Tale effetto si è dimostrato valido anche negli anziani fragili.

L'insufficienza arteriosa degli arti inferiori come causa di disabilità nell'anziano

Il **Prof. Forconi** ha introdotto il suo intervento affermando che la classificazione in: arteriopatia obliterante periferica, tromboangiite obliterante, claudicatio intermittens, lower extremity arterial disease risulta spesso inutile, e diventa perciò preferibile ricorrere alla distinzione tra insufficienza compensata ed ischemia

critica. L'incidenza di tale patologia aumenta con l'avanzare dell'età ed è importante considerare le problematiche caratteristiche del soggetto anziano legate a polipatologie, mascheramento dei sintomi, percorso diagnostico spesso complicato. Il Professore ha inoltre considerato l'impatto socioeconomico che appare rilevante, con una spesa media annua in UK di 200 milioni di sterline.

L'intervento del **Prof. Andreozzi** ha posto l'attenzione sull'ischemia critica (PA alle caviglie < 70 mmhg), considerando il ruolo di fattori scatenanti quali trombosi (da evoluzione aterosclerotica, da accelerazione della complicità della placca) e scompenso cardiaco. Secondo il Professore è importante sedare il dolore con l'ausilio di analgesici, FANS, oppiacei, somministrazione peridurale di morfina, stimolazione elettrica, e migliorare la per fusione mediante l'uso di prostanoidi, eparina, anticoagulanti orali.

Il successivo intervento del **Prof. Guerrini** ha focalizzato l'attenzione sulle differenze della malattia ricollegabili alla presenza di fattori di rischio. Ha delineato le linee di un percorso diagnostico secondo il quale appare importante la valutazione della disabilità e le correlazioni con la malattia in atto, il tipo di patologia vascolare, la possibilità che l'intervento medico possa determinare una guarigione parziale. Per il Professore risultano importanti anamnesi ed esame obiettivo; la diagnostica strumentale è utile per la conferma di un sospetto clinico e per programmare interventi terapeutici. Da non sottovalutare la valutazione multidistrettuale cardiaca, cerebrale e dell'aorta addominale. La terapia è basata su 3 livelli: 1) Interventistica (trombolisi locale, angioplastica, stent) 2) Farmacologica (fibrinolitici, prostanoidi) 3) Riabilitativa.

Il quarto intervento ha trattato della indicazioni chirurgiche. Il **Prof. Pratesi** ha confermato il ruolo ridimensionato della chirurgia. La scelta appare influenzata sia dallo stadio clinico, dalla morfologia della lesione, dai precedenti trattamenti. Ad esempio, in presenza di claudicatio intermittens l'indicazione di terapia chirurgica viene posta soltanto per una bassa percentuale di pazienti; si preferisce infatti l'esercizio fisico che, già da solo, migliora la performance. Nell'ischemia critica, anche se all'inizio il trattamento è ancora di tipo medico, questo viene seguito dal trattamento trombolitico, si passa poi alla terapia endovascolare per proporre infine una terapia chirurgica ricostruttiva. Il trattamento di prima scelta nell'ischemia del distretto aorto-femorale è rappresentato dalla terapia endovascolare, essendo il by-pass aortoiliaco da considerarsi ormai superato. Quando venga interessato il distretto femoro-popliteo, la scelta del trattamento resta controversa. Nell'ischemia acuta la probabilità di dover affrontare una amputazione è elevata: 30-50%. Quando si giunge ad effettuarla, il rischio intraoperatorio è elevato. Pertanto è probabilmente da preferire la trombolisi, anche a costo di un aumento del rischio emorragico.

Il **Prof. Brevetti** ha sottolineato l'importanza della correzione dei fattori di rischio, che può favorire la regressione della lesione. Risulta efficace la terapia antiaggregante con aspirina, ticlopidina e clopidogrel, riservato ai soggetti intolleranti all'aspirina. In uno studio sull'efficacia del propionyl-L-carnitina è emerso che i soggetti trattati mostravano una autonomia di marcia maggiore rispetto ai controlli.

Il simposio si è concluso con l'intervento del **Prof. Orlandini** che ha centrato la propria trattazione sui problemi relativi all'amputazione degli arti inferiori ed alla protesizzazione del paziente anziano. Il 70% del totale delle amputazioni viene effettuato al di sopra dei 70 anni. Il tipo più frequente è la trans-femorale. Le caratteristiche di una protesi da utilizzare nell'anziano possono essere riassunte in: contenimento del peso; comfort soddisfacente e sicurezza della protesi stessa.



Valutazione ed assistenza all'anziano fragile con patologia broncostruttiva

Il simposio è stato aperto dal **Dott. Pistelli** che ha presentato dati sull'epidemiologia della BPCO sottolineando come questa patologia sia attualmente la V causa di morte nel mondo occidentale e si stima diventi la III nel primo decennio di questo secolo. L'invecchiamento della Popolazione spiega solo in parte l'incremento della mortalità per BPCO. I dati di prevalenza disponibili attualmente non sono soddisfacenti perché derivano da studi piccoli che utilizzano strumenti non omogenei e valutano patologie non omogenee, questi infatti variano da un 8-15% nella Polonia al 10% della Finlandia. Il carico sociale della malattia è tale che negli UK la BPCO è responsabile del 13% di tutte le richieste di prestazioni dell' NHS (National Health System). Il numero delle visite richieste ai General Practitioner aumenta dal 417/10.000, nella classe di età tra i 45 ed i 65 anni, alle 1032/10.000 nella classe di età tra i 75 e gli 84 anni. I costi in Italia per ricoveri, accessi ai DH e alle lungodegenze è stato nel 94 di 700 miliardi e nel Lazio la spesa sanitaria per BPCO è salita dai 45 miliardi del 96 ai 63 miliardi del 98. Il Dott. Pistelli ha inoltre sottolineato l'importanza di distinguere, nell'ambito della BPCO, la patologia predominante (asma, bronchite cronica, enfisema) al fine di permettere un trattamento terapeutico adeguato. Sono stati inoltre presentati i risultati dello studio AIRE (Ashma Insights and Reality in Europe) con particolare attenzione al dato che l'80% dei soggetti affetti da asma ritengono che la loro patologia limiti le loro attività nonostante siano a disposizione farmaci efficaci nel trattamento dell'asma.

Il **Prof. Grassi** ha iniziato il suo intervento ricordando che la patologia respiratoria cronica diviene sintomatica in età geriatrica e che le modificazioni funzionali ed immunologiche legate all'età possono alterare la presentazione, le complicanze e la risposta al trattamento di questa patologia. Gli interventi terapeutici dei meccanismi di compenso e di adattamento (poliglobulia e vasocostrizione) possono mi-

gliorare la qualità della vita. E' inoltre sottolineato il ruolo della comorbidità nel favorire la compromissione funzionale globale anche in assenza di segni peculiari di malattia. Un altro aspetto trattato è stato quello della malnutrizione; il 26% dei pazienti con BPCO presenta un metabolismo basale aumentato ma il ruolo del supporto nutrizionale esteso a tutti i pazienti non è chiaro.

Il **Prof. Antonelli Incalzi** ha esaminato il ruolo della VMD nel paziente affetto da BPCO attraverso le esperienze dello studio SARA. Per valutare la qualità della vita del paziente affetto da BPCO risulta fondamentale la rilevazione del Barthel index e del six minutes walking test, mentre gli indici neuropsicologici sembrano avere un ruolo minore.

Il trattamento farmacologico della BPCO è stato oggetto dell'intervento del **Prof. Bellia** che ha ricordato come gli obiettivi del trattamento siano la remissione dei sintomi, il ripristino di condizioni funzionali accettabili, il miglioramento della qualità della vita ed il rallentamento della progressione della malattia. Il Professore ha ricordato come punto fondamentale della terapia sia la reversibilità dell'ostruzione bronchiale presente nel 36% dei pazienti con BPCO. Non risulta attualmente chiaro se l'utilizzo dei farmaci broncodilatatori debba essere continuo o al bisogno. Alla prima modalità si obietta la possibilità di mascherare i sintomi e favorire la progressione del danno polmonare; alla seconda che l'anziano presenta una minore sensibilità alla dispnea e che non sarebbe pertanto in grado di utilizzare in maniera adeguata un farmaco al bisogno.

L'intervento del **Prof. Melillo** sulla riabilitazione polmonare ha sottolineato come la riabilitazione respiratoria consiste in un programma multidisciplinare di cura in pazienti con danno cronico respiratorio, che impone lo scopo di migliorare la performance fisica sociale e l'autonomia del paziente, indipendentemente dall'età e dalla presenza di alterazioni irreversibili dell'architettura polmonare, lo staff riabilitativo dovrà essere costituito da: pneumologo, fisioterapista, infermiere, assistente sociale, psicologo, nutrizionista. Le uniche condizioni che non permettono l'accesso ad un programma riabilitativo sono quelle che interferiscono con il processo riabilitativo stesso (artrite, motivazione, disturbo cognitivo) e quelle che pongono il paziente in una condizione di rischio (coronaropatie). Le componenti del programma riabilitativo sono rappresentate dalla FKT (soprattutto per i pazienti con abbondanti secrezioni), dal riallenamento all'esercizio fisico, dall'educazione e supporto psicosociale, e dal supporto nutrizionale. I benefici della riabilitazione sono identificabili nel miglioramento della qualità della vita, nella riduzione della dispnea, nel miglioramento delle Adl e dello stato psicosociale oltre alla riduzione dell'ospedalizzazione e a un rallentamento della progressione della malattia. Gli effetti dell'allenamento sono comunque reversibili con conseguente necessità di prolungare l'allenamento stesso nel tempo.



Le nuove frontiere della terapia con FANS

La prima relazione del simposio, tenuta dalla Prof. **Coruzzi**, ha sottolineato come la necessità di nuovi farmaci antiinfiammatori sia dovuta soprattutto alla tossicità dei FANS tradizionali. Nell'anziano la tossicità gastrointestinale è amplificata dalle modificazioni indotte dall'età come la riduzione delle PG, dei fattori di crescita protettivi (EGF, TGF) e la ridotta risposta iperemica allo stimolo lesivo. Esistono attualmente tre nuove classi di farmaci antiinfiammatori dotati di minore gastrolesività: i coxib (gli inibitori selettivi delle COX2), i FANS donatori di NO e i FANS stimolanti la produzione di NO (come la amtolmetina guacil-AMG). La Professoressa sottolineava inoltre come la COX2 non sia coinvolta solo nella produzione di PG patologiche ma anche nella produzione di PG protettive a livello gastrico soprattutto quando le PG prodotte dalla COX1 non sono sufficienti a proteggere la mucosa gastrica dal danno. L'inibizione della COX2 è quindi in grado di indurre danno a livello gastrico. A livello renale inoltre la COX2 è costitutiva e questo spiega come mai la sua inibizione, da parte dei FANS tradizionali e da parte dei coxib, faciliti la tossicità renale di questi farmaci. A livello piastrinico la COX2 è coinvolta nei processi di formazione della PGI2 (che ha effetti vasodilatatori ed antiaggreganti). Questo pone problemi di sicurezza nell'utilizzo dei coxib soprattutto nei pazienti anziani. Altri approcci terapeutici sono rappresentati dai farmaci che aumentano, a livello gastrico, la disponibilità di NO (un agente che esercita un effetto protettivo sulla mucosa gastrica). I nitro FANS sembrano farmaci promettenti ma non disponiamo di studi sull'uomo. Il problema è che possono liberare NO in tutti i tessuti raggiunti dal farmaco con possibili effetti indesiderati. La AMG invece libera NO solo a livello gastrico, presenta una buona attività antidolorifica ma con minori effetti collaterali gastroduodenali. La AMG sembra inoltre in grado di proteggere la mucosa gastrica dal danno indotto da alcool ed aspirina, esercitando così un effetto gastroprotettivo.

Il Dott. **Zuccalà** ha presentato dati sul consumo dei FANS mostrando come dal 1988 al 1997 il consumo di antiinfiammatori nei soggetti anziani sia aumentato dal 7% al 20%. L'utilizzo dei FANS si accompagna ad un aumento parallelo delle reazioni avverse indotte da tali farmaci. Un indice importante per valutare il danno a livello gastroenterico sembra essere la variazione della concentrazione di emoglobina. Particolare importanza è stata inoltre attribuita alla possibilità che i FANS possano slatentizzare uno scompenso cardiaco e possano avere effetti negativi nei pazienti scompensati in trattamento con ACE inibitori.

Il Dott. **Lazzaroni** ha incentrato la sua relazione sulla tossicità gastrica da FANS. I dati presentati dimostrano che il 20-25% dei pazienti che utilizza FANS presenta una reazione avversa; il 15-40% presenta dispepsia e il 10-15% sviluppa ulcere gastriche nel trattamento cronico. La tossicità da FANS è responsabile, negli Stati Uniti, di 15.000 morti/anno; una mortalità superiore a quella dell'AIDS, del mieloma multiplo e dell'asma. Nell'anziano l'utilizzo dei FANS rappresenta un rischio per ospedalizzazione (OR 2.5). Nei pazienti che assumono FANS l'età rappresenta di per sé un fattore di rischio per lo sviluppo di ulcere (OR 4.2 nei sog-

getti con più di 79 anni, OR 3 nei soggetti di 60-78 anni) oltre alla dose assunta, l'utilizzo di corticosteroidi e di anticoagulanti e un'anamnesi positiva per pregressa ulcera. La profilassi delle lesioni gastroduodenali può essere effettuata sospendendo il farmaco tossico, riconoscendo il paziente ad alto rischio, utilizzando farmaci meno dannosi (AMG) o co-prescrivendo farmaci gastroprotettivi. In particolare l'AMG come antidolorifico, è risultata altrettanto efficace quanto i FANS tradizionali ma con minore lesività gastrica. Tra i farmaci gastroprotettori il misoprostol è risultato in grado di ridurre i sanguinamenti minori del 52% e di prevenire l'insorgenza di ulcere gastriche e duodenali, mentre gli H2 bloccanti e i bloccanti della pompa protonica sembrano in grado di prevenire l'insorgenza delle ulcere duodenali ma sembrano inefficaci per la prevenzione delle ulcere gastriche.

Il Dott. **Scalia** ha presentato dati sull'efficacia e sulla tollerabilità dell'AMG in pazienti con artrosi ed artrite reumatoide presentando studi di confronto contro FANS tradizionali. Ha inoltre sottolineato che la AMG può essere assunta sia a stomaco pieno che a stomaco vuoto senza che questo aumenti la tossicità gastrica del farmaco.



Le ulcere cutanee nell'anziano fragile

Il Prof. **Caputo** nell'introdurre il simposio ha esposto le caratteristiche della cute dell'anziano (atrofia, disidratazione, riduzione dell'elasticità etc.) che la rendono particolarmente suscettibile alla formazioni di ulcere cutanee.

Il Prof. **Annoni** ha esposto nella sua relazione le conoscenze attuali della fisiopatologia delle ulcere cutanee cioè di lesioni derivanti dalla perdita di sostanza cutanea in assenza della normale tendenza alla guarigione spontanea. La prevalenza delle ulcere cutanee è del 2% nella popolazione di età superiore a 65 anni ma raggiunge il 5% nei soggetti di età superiore ai 75 anni. Le problematiche legate alle ulcere sono rappresentate dall'elevata tendenza alle recidive (67%), dalla scarsa tendenza alla guarigione delle lesioni (il 20% sono ancora aperte a due anni e l'8% a 5 anni) e dalla durata della patologia (il 45% presenta una durata maggiore di 10 anni). Gli elementi della fisiopatologia sono rappresentate dalle alterazioni dell'unità di microcircolatoria del sottocute. L'ipertensione capillare (ad esempio da insufficienza venosa) determina apertura delle anastomosi artero-venose e contrazione degli sfinteri arteriolari con riduzione della vis a tergo ed aumento della congestione capillare. Al livello delle venule questo comporta lo slaminamento delle tuniche ed una alterazione della permeabilità che favorisce al fuoriuscita dei polisaccaridi e fibrina con costituzione delle cuffie di fi-

brina. È stato inoltre chiarito il ruolo dell'endotelio e dei linfociti e della piastrine nell'insorgenza dell'ulcera e nei processi di riparazione. Nel diabete l'iperglicemia a digiuno costituisce un elemento in grado di favorire l'insorgenza e rallentare la riparazione delle ulcere perché rappresenta uno stato catabolico che interferisce con la sintesi di proteine fondamentali per la cicatrizzazione delle lesioni. Nel diabete inoltre la perdita del tono simpatico determina un aumento del flusso periferico, una perdita della vasocostrizione posturale con riduzione della vis a tergo ed apertura delle anastomosi artero-venose con le ripercussioni sulla omeostasi tissutale già citate.

Il Dott. **Frustaglia** ha esaminato gli strumenti disponibili per la prevenzione delle ulcere da pressione. La prevenzione parte dall'identificazione dei soggetti a rischio, dall'intervento sulle forze fisico-meccaniche e sui fattori che provocano il danno cutaneo (umidità temperatura, superficie di interfaccia). La gestione del paziente a rischio di piaghe coinvolge numerose figure mediche, paramediche e non mediche. Le scale di valutazione del rischio (Braden scale o Norton Exton Smith Scale) dovrebbero essere sistematicamente somministrate a tutti i pazienti allettati. Un altro aspetto spesso sottovalutato nell'assessment del paziente anziano affetto da ulcere è quello nutrizionale. Il dott. Frustaglia ha poi passato rapidamente in rassegna i principali presidi antidecubito (letti ad aria fluidizzata, a rete imbottita, a cessione d'aria etc.) sottolineando come presidi debbano adeguarsi al tipo di paziente e di lesione da trattare.

Il Dott. **Veraldi** ha focalizzato il suo intervento sul ruolo dei fattori di crescita (citochine di natura proteica monomeriche o dimeriche, di basso peso molecolare sintetizzate e liberate nei processi di riparazione tissutale che agiscono attraverso l'interazione con i recettori proteici presenti sulla membrana citoplasmatica e nucleare. In particolare si è approfondito il ruolo del PDGF (platelet derived growth factor) ricombinante utilizzato in clinica con il nome di Becaplermina BB sotto forma di gel allo 0,01% che è risultata in grado di ridurre in maniera significativa i tempi di guarigione degli stadi III e IV.



Lo scompenso cardiaco nell'anziano fragile

L'intervento del Dott. **Abete** ha permesso di chiarire le caratteristiche dello scompenso cardiaco nell'anziano fragile, un soggetto generalmente di età superiore ad 85 anni, con comorbidità, disabilità e fragilità. La prevalenza dello scompenso cardiaco è massima nei pazienti ultra85enni, soprattutto nel sesso femminile. Nell'anziano l'invecchiamento patologico, con diminuzione dei meccanismi omeostatici nei confronti delle sollecitazioni esterne, porta, a livello cardiaco, allo

scompenso cardiaco diastolico. Lo scompenso cardiaco nell'anziano si verifica soprattutto nei pazienti ipertesi, con Rx normale e con Frazione di eiezione nei limiti. Altra caratteristica dell'anziano con scompenso cardiaco è la frequente presenza di segni e sintomi atipici. Inoltre nell'anziano il preconditionamento ischemico è meno efficace che nel giovane. La comorbidità cardiaca (ipertensione, valvulopatia etc) e non cardiaca (depressione, deprivazione sensoriale, incontinenza urinaria etc) possono far precipitare uno scompenso cardiaco latente. Un fattore predittivo di mortalità è costituito dalla cachessia cardiaca, ed il suo ruolo è maggiore di quello della FE e della classe NYHA. Anche la polifarmacologia, lo stato socio-ambientale e la disabilità sono caratteristiche importanti da valutare nella gestione del paziente anziano con scompenso cardiaco. Il relatore conclude affermando che lo scompenso cardiaco nel soggetto di età superiore agli 80 anni è una patologia sostanzialmente diversa: interessa soprattutto le donne, i soggetti ipertesi con funzione del ventricolo sinistro conservata e patologia multipla soprattutto non cardiaca.

Il Dott. **Marchionni** nella sua relazione, sulle unità di terapia intensiva in geriatria, inizia ricordando che, mentre gli anziani statunitensi rappresentano solo il 12% della popolazione, utilizzano il 35% delle risorse della spesa sanitaria e il costo delle cure intensive rappresenta il 28% delle spese ospedaliere. Nonostante una prima analisi dei dati di mortalità del paziente in terapia intensiva faccia ipotizzare che l'età rappresenti un fattore di rischio indipendente per mortalità un'analisi più accurata permette di chiarire che l'aumento di mortalità degli anziani è correlato alla maggiore gravità del paziente stesso. Il Dott. Marchionni ha inoltre accennato alle controversie sulla necessità di sottoporre il paziente anziano con arresto cardiaco a pratiche di rianimazione cardiopolmonare. Anche in questo caso l'aumento di mortalità che si osserva negli anziani è in realtà correlato alla maggior frequenza di aritmie ipocinetiche a prognosi peggiore anche nel giovane e alla comorbidità. I dati del GISSI dimostrano che nell'anziano la probabilità di appartenere a classi di Killip III e IV non dipende dall'estensione dell'infarto ma dalla presenza di comorbidità. Inoltre l'anziano che affrisce alle unità di terapia intensiva si giova, in termini di prognosi e di eventi cardiovascolari, di un regime di visita dei parenti libero a differenza dei pazienti per cui l'accesso dei parenti è limitato ad un ora al giorno.

La valutazione del paziente anziano scompensato è stata completata dal Dott. **Gambassi** che ha analizzato le discrepanze esistenti tra la terapia farmacologica consigliata e quella effettivamente seguita dai pazienti molto anziani. Questo è in parte dovuto alla mancanza, nei trial clinici, di soggetti molto anziani affetti da comorbidità. I soggetti arruolati nei trial clinici per scompenso sono generalmente più giovani, di sesso maschile, con scompenso cardiaco come patologia principale e spesso unica e hanno una compliance ottimale per il trattamento. La realtà del paziente molto anziano è spesso decisamente più complessa. I dati disponibili in letterature indicano che nei soggetti scompensati di età superiore ai 75 anni gli ACE inibitori sono meno efficaci, in termini di riduzione della mortalità rispetto ai soggetti più giovani. I dati del SAGE sul trattamento dello scompenso cardiaco permettono di evidenziare che i farmaci maggiormente utilizzati sono digossina e diuretici, in minor misura ACE inibitori e calcio-antagonisti, in misura minima i beta-bloccanti.

Il Prof. **Masotti** ha introdotto la sua relazione citando una metaanalisi di 10 anni fa che si riferiva a programmi di riabilitazione post IMA e che aveva preso in considerazione 4.300 pazienti (93% di età inferiore a 65 anni, nessuno di età superiore a 71 anni). L'unico lavoro di riferimento è datato 1999 e valuta gli effetti di un programma riabilitativo a 6 mesi e ad 1 anno in soggetti anziani con pregresso IMA. I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi: un gruppo riabilitato presso il DH, un gruppo riabilitato al proprio domicilio, ed infine un gruppo di controllo. La durata totale del trattamento è di 8 settimane. Nel primo follow up a 6 mesi gli effetti benefici del sopracitato trattamento è dimostrato prevalentemente nei soggetti riabilitati al proprio domicilio, questo dato viene riconfermato anche al follow up a 12 mesi. Dividendo per gruppi di età i soggetti di età compresa fra i 76 e gli 85 anni, sempre riabilitati a domicilio, sono quelli che mostrano un miglioramento decisamente maggiore rispetto ai soggetti riabilitati in DH ed ai controlli. Questo discorso si estende anche quando si va a valutare la qualità di vita, infatti nel gruppo di età degli ultra75enni, il trattamento riabilitativo si associa ad un miglioramento della QDV. Gli obiettivi del training riabilitativo sono: migliorare la tolleranza all'esercizio, migliorare la qualità di vita, istituire programmi riabilitativi personalizzati.

Il Prof. **Ferrara** ha focalizzato l'attenzione sui costi sanitari, ricordando che dopo 3-6 mesi dalla dimissione il 29-36% di pazienti viene di nuovo ricoverato. Secondo il Professore già 10 anni fa erano stati identificati 3 punti principali collegabili ad un aumento delle riammissioni ospedaliere (riduzione della compliance, mancanza del follow up, scarsa assistenza sociale). Ha quindi confermato l'utilità di un approccio multidisciplinare e di un'assistenza continuativa del soggetto anziano allo scopo di ridurre il rischio di nuove ospedalizzazioni e migliorare il trattamento farmacologico.

Fratture ed osteoporosi nell'anziano fragile: valutazione, cura e riabilitazione

Il Prof. **Pedrazzoni** ha introdotto la sua relazione definendo il concetto di qualità di vita come uno stato di benessere psico-fisico in condizioni di indipendenza e capacità di relazione con l'ambiente. La valutazione della QDV è fondamentale sia a livello socio economico sia a livello individuale. Come tutti ben sanno l'osteoporosi condiziona la comparsa di fratture, con tutto il corredo sociale e clinico che ne deriva. La commissione osteoporotica ha sviluppato alcuni questionari, tra i quali quello che riguarda le osteoporosi vertebrali. Un confronto tra il questionario OPAQ2 (specifico) e il questionario SF36 (non specifico), ha dimo-

strato che il primo risultava maggiormente sensibile per quanto riguarda la valutazione del ruolo sociale del paziente. Le fratture osteoporotiche più frequenti sono, oltre a quelle del rachide, quelle del polso (aumentata incidenza tra i 50 ed i 60 anni) e del femore. Il Professore ha sottolineato come in un soggetto anziano, il recupero dopo una frattura sia limitato, infatti dopo 6 mesi meno del 50% ritorna allo stato funzionale iniziale (uno studio italiano condotto nel 95 su soggetti istituzionalizzati ha dimostrato che dopo frattura per il 41% dei soggetti è stato necessario l'utilizzo di ausili come la sedia a rotelle). Ha enfatizzato inoltre come l'effetto delle fratture sulla qualità di vita del paziente dipenda dal numero e dalla gravità delle deformazioni, e come l'aumentata incidenza delle fratture stesse aumenti il rischio di deficit funzionali determinando così distorsioni corporee tali da compromettere il soggetto da un punto di vista psicologico.

Nell'intervento successivo il **Dott. Maggio** ha focalizzato l'attenzione sulla perdita di massa ossea correlata ad un maggior rischio di frattura, ricordando l'importanza della determinazione del BMI (per ogni riduzione di una DS di massa aumenta il rischio di frattura di 1,6 volte). Numerose tecniche di studio sono state sviluppate per la misurazione della densità minerale dello scheletro, tra le più moderne l'assorbitometria a singola energia caratterizzata da bassi costi, favorevole rapporto tra varianza ed accuratezza, maggiore portabilità. La misurazione della massa ossea trova indicazioni anche nel follow-up del paziente. La valutazione dell'anziano osteoporotico può essere effettuata anche tramite laboratorio, utile soprattutto per l'esclusione di osteoporosi secondaria e per la diagnosi differenziale tra osteomalacia ed osteoporosi. Numerosi sono i fattori di rischio che influenzano l'incidenza di frattura: pregresse fratture, età avanzata, sesso, riduzione di peso e ridotta massa muscolare, uso cronico di farmaci, immobilizzazione, fumo di sigaretta, malassorbimento e malnutrizione. Per la valutazione dello stato funzionale il Dott. Maggio ha ricordato alcuni test: Tinetti Scale, Functional Reach, Manual Timed Up and Go, Berg and Balance. Altra metodologia di valido ausilio nello studio di fattori di rischio è infine rappresentata dalla stabilometria statica la quale misura movimenti del baricentro in un individuo in stazione eretta.

Il Prof. **Santori** ha esaminato nel suo intervento gli strumenti a disposizione per la prevenzione delle fratture, sottolineando l'importanza delle modificazioni dello stile di vita. Un'alimentazione corretta, ed in particolare il supplemento di calcio e di vitamina D oltre alla correzione della malnutrizione, permette di ridurre il rischio di fratture. Altro elemento importante è rappresentato dalla prevenzione delle cadute che può essere effettuata sia come intervento attivo (migliorando l'equilibrio, gli input propriocettivi), sia come intervento passivo agendo su calzature, vestiti, ambiente. Anche i protettivi esterni sono risultati in grado di ridurre del 60% il rischio di frattura di femore.

L'intervento del Prof. **Pallumeri** ha valutato il ruolo della riabilitazione del paziente osteoporotico sottolineando il ruolo di una precoce integrazione tra le competenze ortopediche e geriatriche. L'integrazione delle due figure professionali nella gestione del paziente fratturato permette di aumentare il tasso di intervento chirurgico, di ridurre le consulenze postoperatorie, aumentare le dimissioni al domicilio a scapito delle dimissioni in RSA, aumentare il numero di pazienti de-

ambulanti alla dimissione, ridurre i tempi di degenza e quindi i costi di gestione di questa patologia. Il Professore ha poi presentato lo schema del Progetto Femore in cui il paziente con frattura sarà inizialmente valutato congiuntamente dal geriatra e dell'ortopedico, verrà trasferito in un reparto di Geriatria per Acuti tre giorni dopo l'intervento chirurgico per essere inviato, dopo circa 10 giorni ad un servizio di ospedalizzazione territoriale.

Il Prof. **Adami**, ha affrontato il tema della terapia farmacologica iniziando col ricordare che esistono molti fattori di rischio per fratture su cui si può intervenire, come ad esempio il BMI, l'attività fisica, la terapia corticosteroidea, l'ipovitaminosi D, la malnutrizione proteica. Esistono inoltre elementi immodificabili come l'età, l'altezza del soggetto, la lunghezza del corpo del femore. L'intervento terapeutico deve tener conto non solo del rischio assoluto di frattura ma anche del life time risk cioè del rischio di andare incontro a frattura nel corso della vita, ed anche il ten year time risk, cioè il rischio di andare incontro a frattura nei 10 anni successivi. La terapia attualmente più efficace è rappresentata dai bifosfonati (risedronato), che sono in grado di ridurre il rischio di fratture vertebrali del 36%, soprattutto in soggetti con osteoporosi (rispetto ai soggetti senza osteoporosi ma con fattori di rischio per la malattia). Lo studio effettuato ha permesso di calcolare il Number needed to treat che è pari a 77 nei pazienti con osteoporosi, a 29 nei pazienti con pregresse fratture, e 111 nei pazienti senza osteoporosi ma con fattori di rischio

Malattie somatiche, cronicità e depressione

Il Prof. **Trabucchi**, aprendo i lavori ha sottolineato la necessità della individuazione delle varianti multiple della disabilità e della fragilità collegandolo alla capacità di intervento multiprofessionale; tale approccio è fondamentale nel trattamento della depressione. Ha richiamato inoltre alla necessità di una formalizzazione dell'intervento, onde evitare il rischio di genericità ed avendo sempre presente un estremo rigore metodologico.

Il Prof. **Scapicchio**, richiamando ad una «assonanza» tra neurologia e geriatria, ha invitato a tenere in maggiore conto una sistematizzazione dei disturbi dell'affettività in accordo alla classificazione del NIH, più aderente alle necessità del clinico. Vengono indicati come tratti caratteristici della depressione nell'anziano quelli di essere: comune e trattabile; sottodiagnosticata e sottotrattata; ad elevato rischio suicidario; ad elevato tasso di ricaduta; capace di peggiorare la prognosi delle malattie somatiche; di non essere una risposta normale alla vecchiaia. La non uniformità dei dati di prevalenza è probabilmente legata al

setting ed al tipo di diagnosi. Si varia infatti da un minimo del 1-3% di depressione maggiore in ambito territoriale, al 40% di sintomi depressivi nelle strutture residenziali. La diagnosi risulta difficoltosa in rapporto a numerose variabili, tra cui assolutamente prevalenti in termini numerici sono i quadri atipici e sub-sindromici, ed al sovrapporsi di fattori di stress acuti e cronici. La sintomatologia depressiva tipica dell'anziano non è sempre identica a quella dell'adulto. Nell'anziano sono maggiormente prevalenti l'anedonia e soprattutto le preoccupazioni somatiche, l'agitazione e gli atti suicidari. La patologia somatica aumenta il rischio di depressione e viceversa. «Ogni anziano depresso ha bisogno di un inquadramento personale».

Il Prof. **Pannuti** ha esordito ricordando come il problema oncologico sia di particolare interesse nell'anziano, rilevandosi dopo i 60 anni la maggiore incidenza e mortalità per queste patologie. A dispetto di ciò, risultano ancora carenti dati provenienti dai trial, essendo gli anziani quasi sistematicamente esclusi. Secondo l'esperienza dell'ODO – ANT di Bologna, è probabilmente più proficuo seguire i pazienti in ospedalizzazione domiciliare oncologica che non in ospice. La depressione in questi pazienti dovrebbe essere individuata e trattata fin dall'esordio della malattia neoplastica, risultando un elemento che ne peggiora la prognosi e raggiungendo prevalenze del 50-70%.

Il Prof. **Caltagirone** ha trattato l'interazione fra depressione e deterioramento cognitivo, soprattutto nei casi di m. di Alzheimer, sottolineando le difficoltà di diagnostica differenziale e le collegate difficoltà di valutazione e trattamento. I criteri del DSM IV possono essere ben utilizzati, poiché, permettendo una valutazione che tenga conto dei diversi assi, ben si integrano con la VMD. I disturbi dell'umore, infatti, risultano collegati ad una condizione medica generale fino al 60% dei casi. La coesistenza di disturbi cognitivi è di maggior peso nel paziente anziano depresso. La sovrapposizione di sintomi psichici e neurologici e l'alta prevalenza di disturbi comportamentali rendono conto della difficoltà di diagnostica differenziale tra deficit cognitivi e stati depressivi. Le varie combinazioni possibili pongono quindi problemi sia teorici che di trattamento, dovendo, nella valutazione, oscillare tra indipendenza e correlazione delle due componenti.

Il Prof. **Rozzini** ha posto il quesito circa la capacità della depressione, collegata nell'anziano a condizioni di svantaggio, di influenzare indipendentemente variabili biologiche con ripercussione sulla malattia cardiaca. Lo Studio ILSA ha dimostrato che lo stato depressivo, sia lieve che severo, rappresenta un fattore di rischio per infarto del miocardio e coronaropatia. Recenti lavori dimostrano che la depressione è più rilevante in termini di morbilità e mortalità cardiaca nei maschi. Questo potrebbe essere collegato ad una sovrastima della sintomatologia depressiva nelle donne legata agli strumenti utilizzati.

Il Prof. **Govoni**, infine, ha negato la possibilità di fornire delle indicazioni terapeutiche farmacologiche assolutamente generalizzabili. È comunque possibile affermare che, in base ai dati forniti dalla analisi sistematica della letteratura, negli anziani i farmaci antidepressivi disponibili presentano pari efficacia e che le nuove classi mostrano un modesto vantaggio. Pertanto è consigliabile una terapia individualizzata, che tenga conto del quadro completo delle condizioni del

singolo.



La terapia antibiotica in medicina geriatrica

Il **Prof. Del Favero** ha introdotto il simposio ricordando come l'impiego degli antibiotici stia aumentando in maniera esponenziale e che questo, pur avendo favorito la lotta alle infezioni, ha comunque determinato l'insorgenza di resistenze. Ha sottolineato l'esistenza di un abuso e del mal uso degli antibiotici da attribuire non soltanto ai medici ma anche alle case farmaceutiche ed ai pazienti stessi. Le ragioni di tale situazione sono prevalentemente tre: istituzione di terapia prima di una diagnosi eziologia precisa, scarsa conoscenza delle sindromi infettive e scarsa conoscenza dei farmaci. L'utilizzo empirico degli antibiotici può essere giustificato dai tempi di attesa troppo lunghi per la documentazione eziologica, per la difficoltà di documentazione e per il rifiuto del paziente di sottoporsi ad esami invasivi. Ragioni non accettabili per la terapia empirica sono: l'impiego profilattico o di copertura e l'utilizzo indiscriminato in presenza di febbre. L'impiego immotivato dei farmaci comporta la comparsa di resistenze, l'aumento dei costi, degli effetti indesiderati ed il ritardo nella diagnosi. La terapia empirica dovrebbe basarsi su una diagnosi clinica attendibile, su una conoscenza epidemiologica dei fattori di rischio e delle caratteristiche del paziente. La conoscenza dei farmaci deve riguardare lo spettro, il meccanismo d'azione, l'efficacia dimostrata, la tossicità (che può variare nella stessa classe di farmaci) ed il costo.

Il **Prof. Marigliano** ha analizzato il ruolo dell'immunosenescenza nel favorire l'insorgenza di infezioni in un soggetto anziano fragile, sottolineando le differenze tra invecchiamento fisiologico (che permette una adeguata resistenza alle infezioni) e patologico che espone il paziente ad un maggior rischio infettivo. Il Professore ha inoltre sottolineato la diversità dei centenari che presentano una buona protezione dalle infezioni virali e batteriche ed una assenza di patologia pure in presenza di un aumento di autoanticorpi non organo specifici. In conclusione nell'anziano l'immunità innata è ben preservata ed efficiente con conservazione del killing delle cellule bersaglio, aumento dei NK e rimodellamento del network citochinico. Altri fattori importanti del rischio infettivo sono la comorbidity e l'alterato stato nutrizionale. Una adeguata nutrizione è in grado di migliorare la tolleranza alle infezioni del soggetto anziano anche fragile.

La **Prof.ssa Soprano**, nell'introdurre la sua relazione sul trattamento delle infezioni respiratorie, ha accennato alle alterazioni della farmacocinetica che si verificano nell'anziano (riduzione dell'assorbimento dei farmaci, alterazione della distribuzione dei farmaci lipo ed idrosolubili, del loro metabolismo ed eliminazione.

Il trattamento del paziente con infezione delle alte vie respiratorie inizia con l'assegnazione del soggetto nelle classi di FINE in base al rischio di mortalità (basso nelle classi I e II, alto nelle classi III, IV, V). Si deve poi valutare l'eziologia presunta in base al tipo di paziente osservato (in comunità in lungodegenza, in ospedale, in reparto di rianimazione). La scelta antibiotica prevede l'utilizzo di doxiciclina, macrolidi, fluorochinolonici in pazienti ambulatoriali di classe I e II, di cefalosporine associate a macrolidi, o amoxicillina/acido clavulanico associato a macrolide nei pazienti ospedalizzati della stessa classe. Le classi III e V dovrebbero essere trattate con amoxicillina/acido clavulanico o cefalosporine associate a chinolonici o macrolidi. La scelta dell'antibiotico dovrebbe sempre tenere in considerazione la penetrazione del farmaco nel tessuto polmonare (buona per macrolidi e chinolonici, scarsa per gli aminoglicosidi). La conoscenza degli effetti tossici aiuterà ad istituire la terapia più idonea nel singolo paziente.

La relazione del **Dott. Androni** si è incentrata sulle problematiche delle infezioni urinarie. In primo luogo si è soffermato sulle batteriurie asintomatiche che interessano il 20-25% delle donne 65+ ed il 50% dei pazienti 80+, ed il 100% dei pazienti cateterizzati. La patogenesi delle infezioni urinarie nell'anziano è favorita da modificazioni ormonali, patologie e terapie concomitanti. L'eziologia è polimicrobica nel 10-25% dei casi, da E. Coli nelle donne, da proteus e coli nell'uomo; nell'anziano ospedalizzato prevalgono germi resistenti. Il Dott. Androni ha ricordato la scarsa rilevanza della piuria nella diagnosi, in quanto il 30-60% delle donne con piuria non ha batteriuria ed il 4-10% delle donne senza piuria presenta batteriuria. Nell'anziano la sintomatologia è spesso scarsa o atipica. I dati di letteratura suggeriscono di non trattare le batteriurie asintomatiche perché il trattamento non previene le infezioni sintomatiche e la morte. Infine il 70% dei soggetti cateterizzati presenta batteriuria, il 4-10% presenta batteriemia, il 30% presenta all'autopsia segni di pielonefrite cronica non batterica. La prevenzione delle infezioni da catetere si attua riducendo il tempo di permanenza del catetere, mantenendo il sistema chiuso, utilizzando cateteri sterili e/o medicati, evitando i lavaggi vescicali e cambiando il catetere ogni due/quattro settimane. Sono stati inoltre presentati schemi di terapia antibiotica per le infezioni urinarie.

Il **Prof. Varricchio** ha sottolineato che i fattori predisponenti nell'anziano alle infezioni sono rappresentati dall'invecchiamento, dalla comorbidità, dalla malnutrizione e dalle modificazioni del sistema immunitario. L'invecchiamento si associa ad una modificazione delle barriere di difesa contro le infezioni (tramite l'invecchiamento cutaneo, la riduzione dell'acidità gastrica, del clearing mucociliare, e dall'alterazione del riflesso della tosse). Le alterazioni immunitarie sono rappresentate dalla riduzione dell'ipersensibilità cutanea, della risposta ai neoantigeni, dell'attività dei linfociti Th, dalla riduzione della chemiotassi e della fagocitosi, dalla riduzione dell'immunità umorale. Le modificazioni dell'immunità sono inoltre favorite dalla malnutrizione. La prevenzione delle infezioni ospedaliere potrebbe giovare di semplici atti di vita quotidiana come il lavaggio delle mani con prodotti specifici. La terapia deve tener conto della comorbidità della polifarmacologia e della difficoltà all'accertamento microbiologico propri del paziente anziano. Il trattamento antibiotico non può prescindere dall'identificazione dell'agente patogeno, dalla valutazione della funzione renale ed epatica, della comorbidità e della possibile interazione con altri farmaci (aminoglicosidi con di-

uretici dell'ansa e diossina; penicilline e aspirina; chinolonici e warfarin).



Invecchiamento al femminile: la fragilità è donna?

I lavori del simposio sono stati aperti dall'intervento della Prof.ssa **Bartorelli** che ha presentato il Gruppo di Studio Invecchiamento al Femminile che si pone lo scopo di chiarire gli elementi distintivi della longevità femminile, di valutare la percezione dello stato di salute delle donne e istituire un centro di studi sulla salute della donna. La maggior sopravvivenza femminile, o la sovrarmortalità maschile, si presenta come un fenomeno demografico relativamente recente che si è evidenziato solo nell'ultimo secolo. Le donne presentano comunque una maggiore disabilità ed una maggior prevalenza di malattie croniche rispetto agli uomini della stessa età. Le ipotesi formulate per spiegare la maggiore sopravvivenza delle donne sono genetiche, neuroendocrine, ambientali e basate sullo stile di vita ma nessuna è in grado di chiarire le peculiarità della donna in termini di sopravvivenza.

La Prof. **Modena** ha presentato dati sulle caratteristiche della donna cardiopatica che la differenziano dall'uomo affetto dalla stessa patologia. In particolare la donna presenta più frequentemente una cardiopatia ischemica microvascolare, a coronarie epicardiche integre, e i dati dello studio Framingham avevano erroneamente indotto a pensare che l'angina nella donna avesse una prognosi migliore rispetto all'uomo mentre in realtà la mortalità globale per coronaropatia è spesso superiore nelle donne rispetto agli uomini. Inoltre i risultati dei test da sforzo nelle donne sono spesso meno accurati per la bassa prevalenza della malattia, per le interferenze di carattere biologico-umorale sull'interpretazione dell'ECG, per la limitazione all'esecuzione del test per patologie osteoarticolari concomitanti. Si ritiene inoltre erroneamente che le donne presentino sintomi atipici di angina, considerando come tipici i sintomi che si hanno nell'uomo. In realtà le donne hanno una loro sintomatologia «tipica» in cui prevale la nausea e l'irradiazione di dolore al dorso. Le donne presentano inoltre una maggiore mortalità precoce e tardiva per IMA, una maggior frequenza di infarti non Q, una maggior probabilità di reinfarto, un ricovero più tardivo in UTIC ed una apparente maggior giovamento della PTC primaria. Inoltre le donne ricevono meno frequentemente il trattamento trombolitico, l'aspirina ed i beta bloccanti. Inoltre la patologia cardiovascolare nella donna è destinata ad aumentare in parallelo all'incremento di prevalenza dei fattori di rischio (fumo, obesità, ipertensione, ipercolesterolemia). La Professoressa conclude con la considerazione della necessità per prevenire gli eventi cardiovascolari nella donna, di un «aggressive risk factor management».

Il Prof. **Valenti** ha analizzato i rapporti tra estrogeni, demenza e depressione. Gli estrogeni vengono sintetizzati anche a livello del SNC dalla aromatizzazione del testosterone da parte degli astrociti reattivi ed agiscono sui neuroni attraverso recettori alfa e beta presenti sulla membrana nucleare e citoplasmatica. I dati di letteratura sul rapporto tra estrogeni e funzioni cognitive concordano per effetto positivo degli estrogeni sulla performance cognitiva dati di letteratura concordano che gli estrogeni influenzano positivamente lo stato affettivo riducendo i sintomi depressioni. Gli estrogeni agiscono sul SNC con tre meccanismi principali: attivando i recettori del GABA, dell'NMDA, migliorando il rilascio dell'acetilcolina ed interferendo col metabolismo delle monoammine, inoltre agiscono a livello metabolico stimolando la sintesi di sostanze antiossidanti, riducendo le CK infiammatorie e migliorando il trasporto del glucosio, l'ultima azione è di tipo trofico e si esercita stimolando la sintesi di beta endorfine, acetilcolina e neurotrofine, sostanze che favoriscono l'arborizzazione assonale e la sinaptogenesi. Gli estrogeni agiscono con meccanismi attivazionali (in qualunque fase della vita, con effetti transitori e reversibili) ed organizzativi (con effetti durante la vita fetale, stabili e con effetti sulla componente genomica). L'effetto organizzativo degli estrogeni è utilizzabile nell'anziano quando c'è un insulto cerebrale tipo ictus o deprivazione steroidea.

La Dott.ssa **Tognetti** ci ha parlato della percezione dell'invecchiamento nella donna, sottolineando come in quest'ultima ci sia un legame con la «temporalità» e la «corporeità». Nella donna anziana si verificano cambiamenti riconducibili alla perdita della capacità procreativa e dell'attrattiva fisica. Soprattutto in passato il periodo della menopausa era definito come «età pericolosa», oggi viene considerato, al contrario, un momento evolutivo. La Dottoressa ha poi spiegato come nella donna che invecchia compaiono comportamenti più autonomi rispetto all'uomo (causa di deliri di gelosia) e come spesso dalla stessa famiglia sia considerata «il caregiver»; quest'ultima condizione, presentandosi più difficilmente eseguibile da parte della donna anziana, può essere causa di riduzione dell'autostima. L'intervento si conclude con una domanda: «Come sarà l'anziana di domani?» Presenterà sicuramente maggiore autonomia, sarà proiettata verso l'esterno, ci saranno cambiamenti nella struttura del sistema familiare, ci sarà una dipendenza prolungata dei figli. Sarà una vecchietta migliore? Sicuramente diversa.

Il Simposio si è concluso con la descrizione, da parte della Dott. ssa **Maggi**, del progetto SOFIA. L'obiettivo è quello di valutare il rapporto tra la percezione dello stato di salute in donne anziane e gli eventuali fattori collegati, nonché la correlazione del primo con la personalità della donna. Si tratta di uno studio di tipo osservazionale che dovrà reclutare 450 donne di età superiore ai 55 anni afferenti ad ambulatori, verranno escluse le donne con un MMSE < 20. Le valutazioni verranno eseguite con questionari (CIRS, GDS, MMSE, Short Form 36, Big Five Observer, State Trait Anxiety Inventory forma Y, Caregiver Burden Inventory) e con un attento esame clinico.



I disturbi comportamentali nella demenza

Il simposio è stato aperto dal Dott. **Bianchetti** che nell'introdurre l'argomento dei disturbi comportamentali della demenza ha ricordato la definizione di demenza utilizzata da Geldmacher che contempla oltre ai disturbi cognitivi anche la compromissione delle «Emotional Abilities» cioè i sintomi psichici e comportamentali. Non è attualmente chiaro se i sintomi non cognitivi isolati possano essere considerati fasi precoci della demenza, in assenza di disturbi della memoria conclamati. Ci sono studi che indicano la depressione come fattore predittivo di malattia di Alzheimer ma probabilmente sarebbe più corretto vedere la sintomatologia depressiva come segno precoce della malattia. I sintomi comportamentali presenti in un soggetto demente sono estremamente eterogenei che si tende attualmente a raggruppare in categorie omogenee. Finkel ha cercato di dare una definizione operativa ai sintomi psicotici dell'Alzheimer allontanandosi dalla semeiotica tradizionale psichiatrica del DSM IV; da sottolineare che i sintomi comportamentali tendono a «clusterizzarsi» in sindromi (psicotica, di tipo affettivo e frontale).

Il Prof. **Neri** nell'esaminare i fattori scatenanti i disturbi comportamentali e psicotici della demenza ha iniziato con il ricordare il ruolo dei fattori ambientali, del grado di compromissione cognitiva e della personalità del paziente. Esistono essenzialmente cinque gruppi di fattori scatenanti che debbono essere identificati e corretti: iatrogenici, infettivi, da malattia, ambientali e depressivi. I disturbi affettivi rappresentano quelli più stressanti per il caregiver e lo stress del caregiver può essere a sua volta causa di disturbi comportamentali.

La Dott.ssa **Mastriforti** ha presentato i risultati del Gruppo di Studio sull'Invecchiamento Cerebrale della SIGG che si propone di valutare la prevalenza e la gravità dei disturbi comportamentali dei soggetti affetti da demenza identificando quelli più stressanti per il caregiver e che determinano maggior carico assistenziale. I disturbi del comportamento più severi sono rappresentati dall'apatia, dall'agitazione e dalla depressione e sono gli stessi che determinano maggiore stress nel caregiver. La tipologia di demenza invece non sembra avere influenza sul grado di stress del caregiver in quanto la demenza di tipo vascolare, associata ad un minore impatto emotivo del caregiver, è anche associata a minori disturbi comportamentali. Altri elementi che si associano a stress del caregiver sono l'età il sesso femminile, la bassa scolarità lo svolgimento di un lavoro manuale e l'essere il coniuge di un soggetto affetto da demenza.

Il tema della terapia non farmacologia dei disturbi comportamentali è stato affrontato dalla Dott.ssa **Metitieri** che ha sottolineato come la pianificazione di un intervento riabilitativo debba iniziare da una corretta valutazione del comportamento tenendo conto degli antecedenti (interni ad esempio ansia e depressione ed esterni quali quelli ambientali), del sintomo, delle conseguenze (controaggres-

sività). In letteratura sono disponibili studi a favore degli interventi di rilassamento progressivo nella riduzione dell'ansia e dell'irritabilità (antecedenti interni), delle modificazioni dell'atteggiamento degli operatori nel ridurre i disturbi del comportamento, della psicomotricità e soprattutto della musicoterapica nel rinforzare i comportamenti positivi modificare gli antecedenti, ridurre la gravità dell'apatia, dell'ansia, della depressione ed il numero dei deliri.

Il Prof. **Guaita** ha concluso il simposio presentando il progetto Gentlecare che si propone come alternativa al modello di contenzione e di riabilitazione. Il Gentlecare è un modello «protesico» che si pone l'obiettivo di migliorare il benessere del demente partendo dal presupposto che i disturbi del comportamento non dipendono esclusivamente dal deficit cognitivo ma anche dal tipo di persona che ne è portatrice e dall'ambiente in cui vive. Il modello «protesico» è costituito di tre elementi principali: le persone, le attività gli ambienti. Le persone coinvolte nelle protesi sono identificabili non solo nello staff professionale ma anche dalla famiglia, dai volontari e da tutte le figure che ruotano attorno al soggetto. L'ambiente deve essere sicuro, accessibile, familiare, confortevole, funzionale per una ottimale fruibilità da parte del paziente affetto da demenza.

Nuove prospettive nel trattamento farmacologico dei sintomi nel continuum della malattia di Alzheimer

Il Prof. **E. Giacobini** ha aperto il suo intervento ricordando le ultime acquisizioni nell'ambito dei processi fisiopatologici che portano alla formazione delle placche senili, caratteristiche dei processi involutivi subiti dall'encefalo nel corso di AD. Un lavoro di anni ha infatti permesso ai genetisti di caratterizzare gli enzimi, b e g secretasi, coinvolti nella processazione della APP e quindi nella produzione di frammenti amiloidogenici. La strategia terapeutica più recente è stata elaborata sulla base di studi effettuati sul topo che prevedevano la transfezione con geni mutati responsabili della produzione del frammento amiloidogenico b 42. L'idea, elaborata da Shenk in California, sarebbe quella di impedire l'accumulo di b amiloide con anticorpi rivolti contro il peptide b 42. Gli studi sul topo mostrano la possibilità di prevenire la formazione delle placche, un articolo pubblicato un anno fa su Nature mostra inoltre la possibilità di indurre, sul topo transgenico malato, una riduzione delle placche stesse. Studi che prevedono la somministrazione di un vaccino umano sono attualmente usciti dalla fase 1 di sperimentazione in Inghilterra. La fase 2 comincerà nel 2001 e coinvolgerà 120 pazienti. La possibilità che questo progetto lascia intravedere sarebbe, in definitiva, quella di poter at-

tuare una terapia preventiva in pazienti che presentino fattori di rischio per l'Alzheimer. Per quanto riguarda le attuali prospettive terapeutiche, i farmaci di punta sono rappresentati dagli inibitori dell'acetilcolinesterasi. Questi farmaci permettono una stabilizzazione della malattia in una buona parte dei pazienti, con un effetto che, in base a studi recenti supportati da indagini di imaging con la PET, sembrerebbe essere molto più lungo di 6 mesi. In alcuni pazienti è infatti possibile mantenere una stabilità sintomatica di 12 mesi. In particolare, uno studio controllato con rivastigmina mostra che vi è ancora una percentuale di responder a 2 anni (80% a 6 mesi, 60% a 12 mesi e 20% a 24 mesi). Questi dati hanno lasciato pensare ad un meccanismo farmacodinamico aggiuntivo rispetto a quello che permette il potenziamento del tono colinergico. Nella placca viene dimostrata non soltanto la sostanza amiloide ma anche un forte accumulo di colinesterasi che non è possibile spiegare solo sulla base della distruzione neuronale. La colinesterasi è complessata con l'amiloide; tale complesso potrebbe essere in grado di aumentare l'espressione delle colinesterasi, spiegando l'accumulo, ed inoltre di amplificare l'aggregazione della sostanza amiloide, instaurando così un pericoloso circolo vizioso. Alcuni studi mostrano inoltre come, potenziando il tono muscarinico, aumenti la processazione fisiologica dell' APP, con una riduzione del frammento patologico b 42 ed un aumento della b amiloide totale. L'inibitore della colinesterasi interagisce, oltre che sul sito attivo dell'enzima, su di un sito periferico anionico che mostra un'altissima affinità per la b amiloide. L'interazione con questo sito interferirebbe con i processi precedentemente discussi, esiste inoltre una relazione tra inibizione delle colinesterasi ed attivazione della PK-C con potenziamento dell'attività a secretasica. Il prossimo passo, conclude il Professore, sarà quello di capire quale tipo di inibitore presenta questo doppio meccanismo di azione e quale ne sia sprovvisto.

Il Progetto ReGAI della SIGG

Il Prof. **Senin** ha aperto il simposio definendo il ruolo, la collocazione ed i rapporti reciproci del Progetto ReGAI della SIGG e del Progetto Cronos del Ministero della Sanità. Le finalità del Progetto Cronos sono: erogazione controllata dei farmaci anticolinesterasici ai pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato (anche se nel corso di questo stesso Congresso sono stati mostrati dati che indicano l'efficacia di tali farmaci anche negli stadi più avanzati della malattia); valutazione della tollerabilità e dell'efficacia dei farmaci; sorveglianza epidemiologica sull'uso degli stessi; individuazione delle UVA (l'attuazione del progetto passa attraverso le UVA regionali, che sono al momento circa 500 distribuite su tutto il territorio nazionale e di cui circa la metà sono geriatriche); coinvolgimento

del medico di Medicina Generale (cui spetta l'invio all'UVA del paziente per la verifica del sospetto diagnostico); proposta di un percorso diagnostico; definizione dei criteri di ammissione al trattamento e di cessazione. Il Progetto ReGAI è invece un progetto della SIGG, che ha come principale obiettivo l'attivazione in ogni regione di centri geriatrici esperti nella diagnosi, valutazione e gestione del paziente anziano demente. Tale progetto rientra a pieno negli obiettivi della Società in particolare per ciò che riguarda la standardizzazione delle metodologie di valutazione e di gestione e la preparazione del personale. I centri che partecipano al Progetto ReGAI hanno la possibilità di usare uno strumento che facilita il processo diagnostico e di monitoraggio dell'evoluzione della malattia. Lo strumento obbliga a seguire un percorso diagnostico step-by-step attraverso la compilazione di una cartella clinica informatizzata. Tutto il processo viene effettuato in aderenza alle recenti linee guida espresse nel documento di consenso redatto da un panel di esperti italiani indicati dalle rispettive società scientifiche interessate. Al momento aderiscono al progetto 75 centri e sono stati individuati centri regionali di riferimento che presto saranno collegati in rete. Tutti i dati raccolti verranno trasmessi – attraverso un server di riferimento – alla sede centrale della SIGG di Firenze, dove verrà creata una banca dati centralizzata.

Il Prof. **Zanetti** ha richiamato la necessità che l'enorme interesse suscitato negli ultimi mesi dalle problematiche correlate alla malattia di Alzheimer in varie strutture, istituzionali e non, si accompagni ad una standardizzazione delle procedure di diagnosi e valutazione. In questo senso il geriatra può rappresentare il case-manager ideale del paziente demente. Il Progetto ReGAI è stato ideato, tra l'altro, per fornire ai geriatri uno strumento che li aiuti nella gestione standardizzata del paziente demente. La diagnosi, per le varie forme di demenza, resta ancora comunque sostanzialmente clinica ed è indirizzata da varie linee guida (DSM IV; NINCDS ADRDA), mentre altre tecniche, biologiche o di neuroimaging, restano di una qualche utilità soltanto in forme specifiche, specialmente di tipo familiare. Ai centri afferiscono anche pazienti con sintomatologia lieve, per i quali la diagnosi è forse più ancora più complessa. I vari work-up proposti hanno tempi e costi sostanzialmente differenti: si va infatti da 198 a 1900 dollari. Naturalmente la sola analisi della storia clinica fa abbassare notevolmente sia tempi che costi.

La Prof.ssa **Mecocci** ha infine illustrato la cartella clinica informatizzata fornita ai centri del Progetto ReGAI, rappresentandone il primo prodotto e la base metodologica. All'interno della cartella è contenuta una batteria molto ricca di test, di cui alcuni fanno parte del percorso valutativo obbligato, mentre per altri l'uso è opzionale. Attraverso questo strumento può essere fatta una valutazione non soltanto del paziente ma anche dei care-giver e del personale di assistenza. Fortemente strutturato, il software lascia comunque ampi spazi di intervento al clinico, come ad esempio nei commenti conclusivi e riassuntivi del report. La compilazione della cartella, che deve essere effettuata dopo l'esame clinico e testistico del paziente, richiede circa 30 minuti.