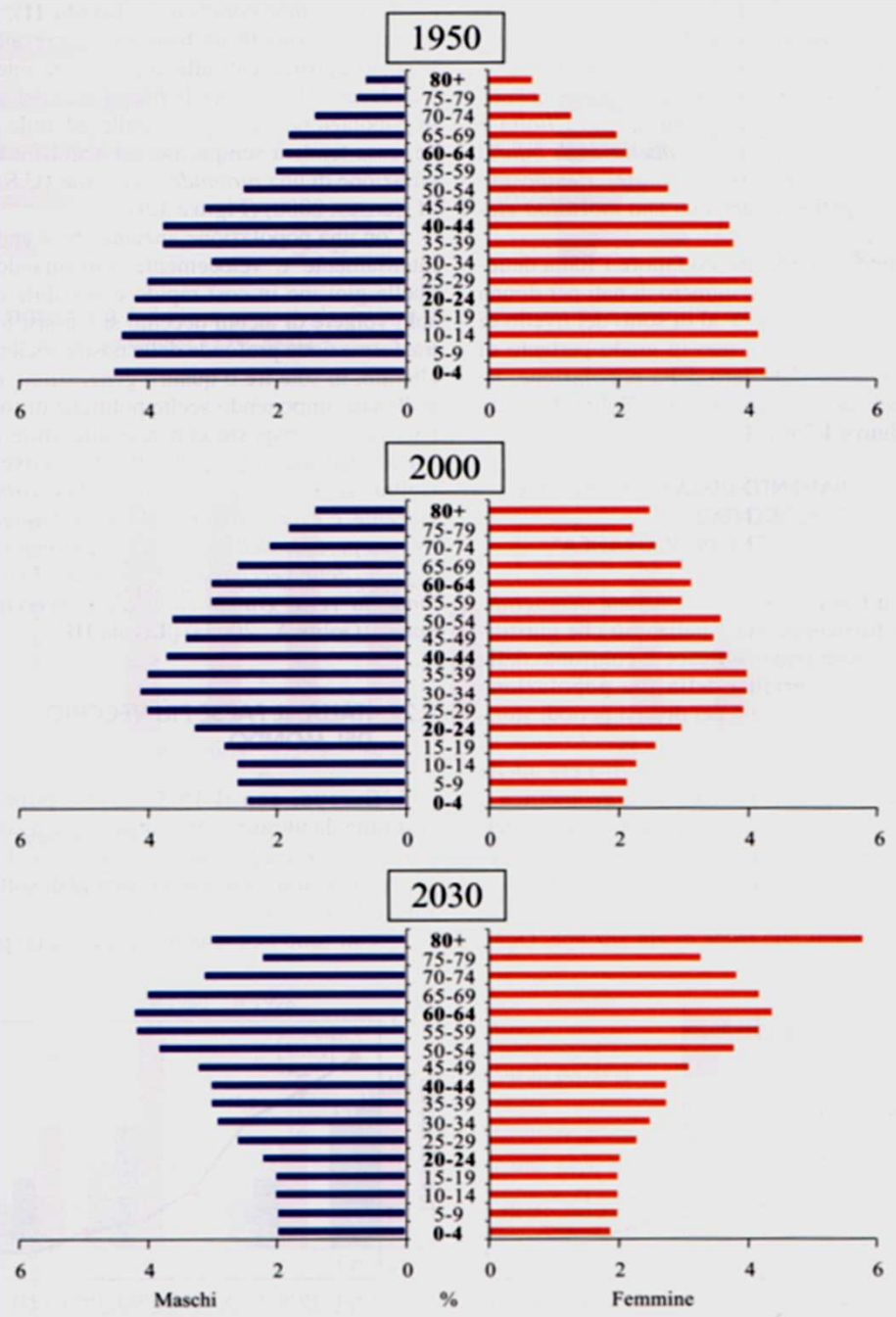




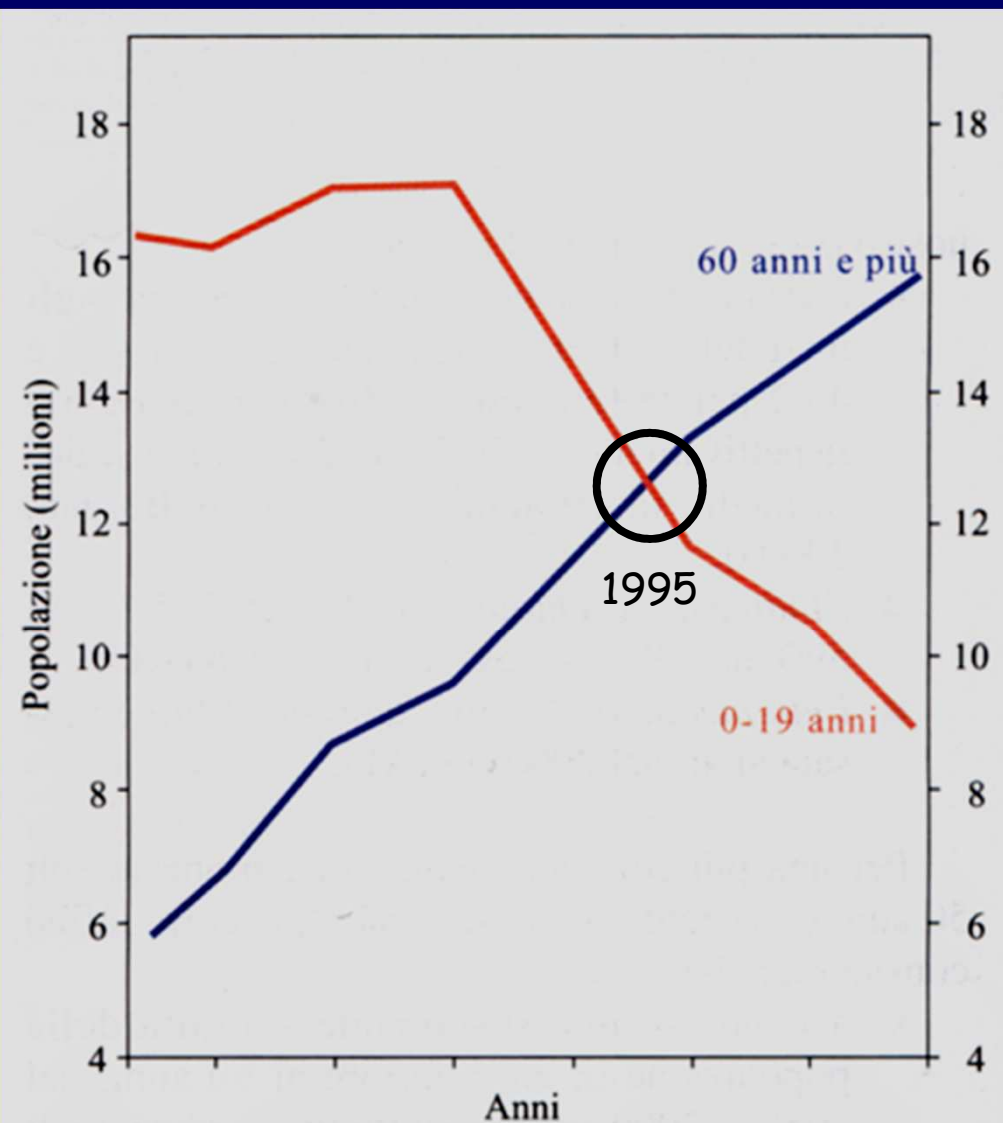
Quale medicina ci cura?

La terapia delle idee e
della parola nell'anziano

Giuseppe Romanelli

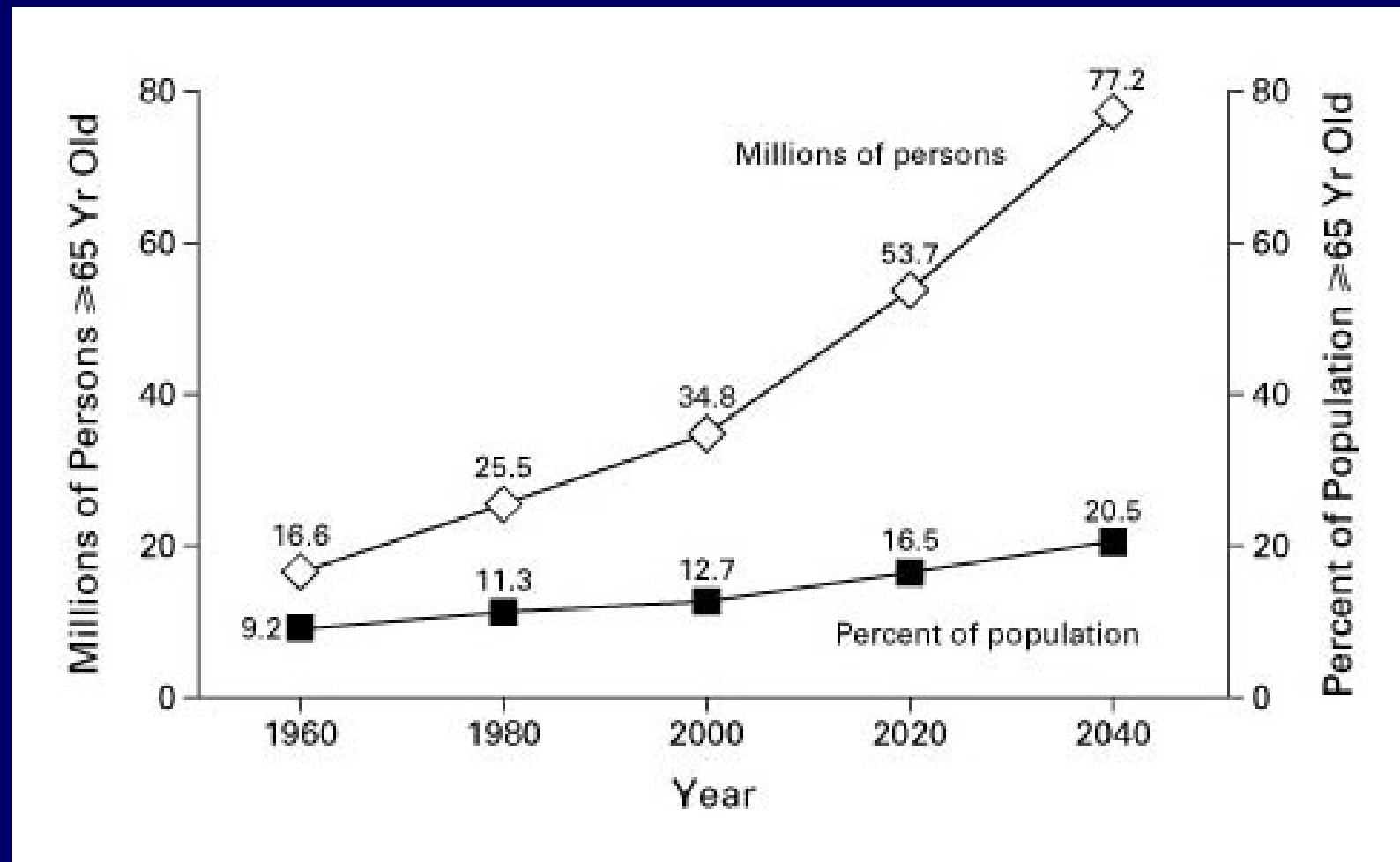


*Composizione della popolazione italiana nel 1950, nel 2000 e nel 2030 (proiezione)
Istat 2010*



Evoluzione della popolazione italiana dal 1950 al 2020
Istat 2010

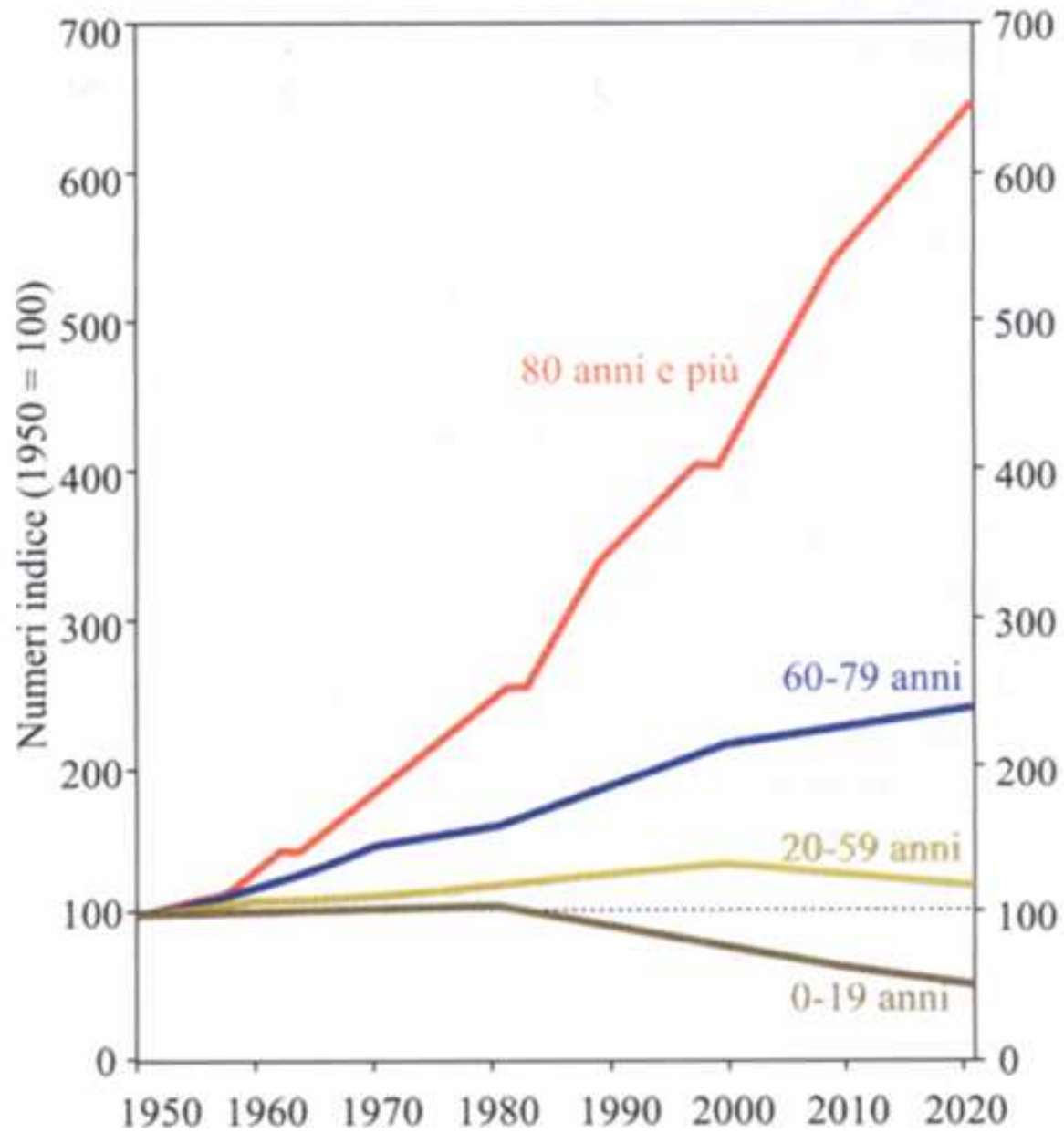
Proiezioni dell' incremento della popolazione sopra i 65 anni negli USA



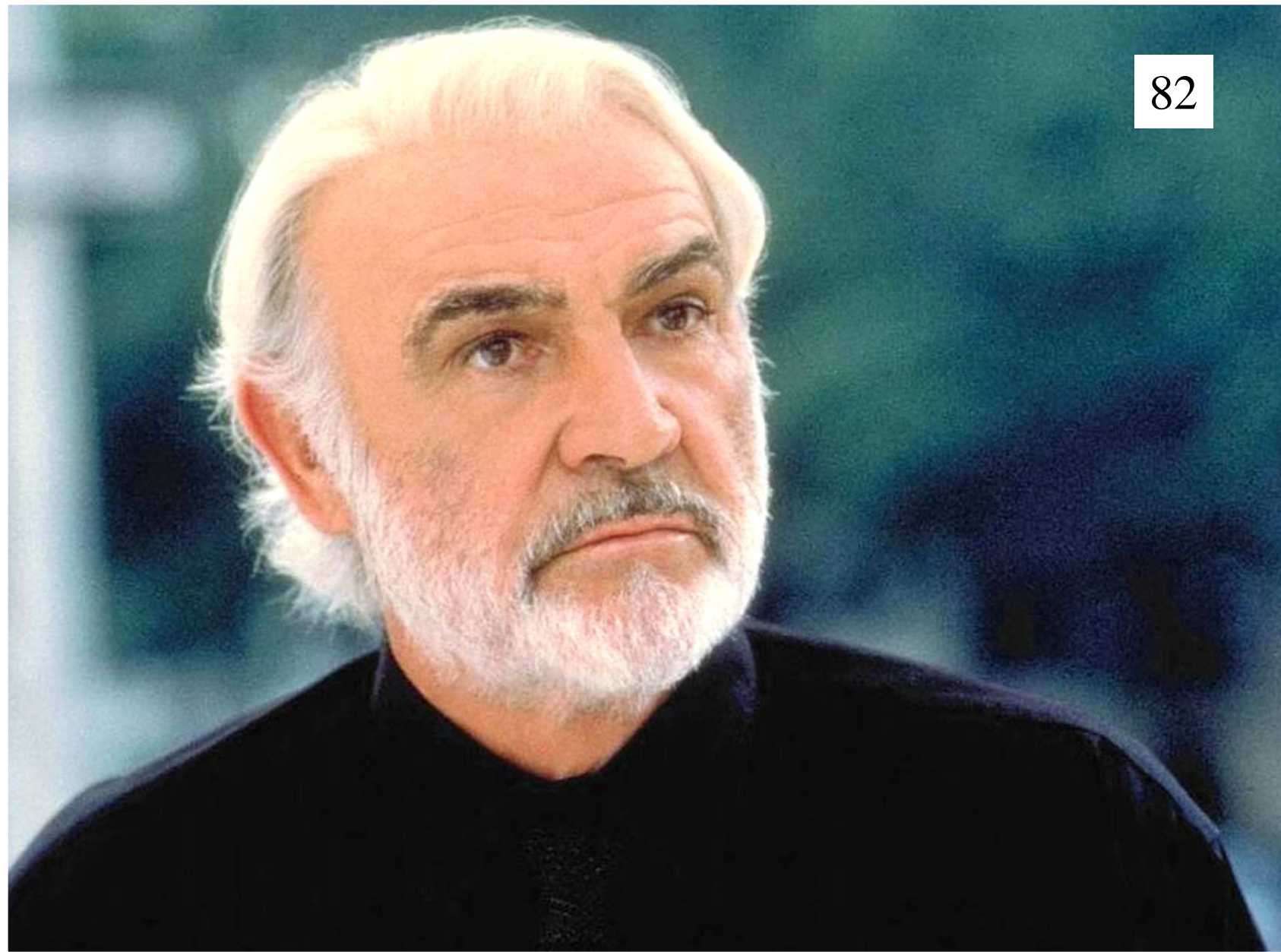
Redfield, M. M. N Engl J Med 2008;347:1442-1444

INCREMENTO DELLA POPOLAZIONE DI ANZIANI NEL XX SECOLO E PREVISIONI PER IL XXI SECOLO

<i>Anni</i>	<i>Stati Uniti</i>	<i>Italia</i>
1900	3.1	2
1950	12.4	3.9
1980	25.7	7.5
2000	34.9 (12%)	10.5 (17%)
2010	39.4 (18%)	11.8 (22%)
2020	65.6 (22%)	15.2 (30%)



Istat 2010



82





78













4 Novembre 1958

**Incoronazione di
SS. Giovanni XXIII (76)**

*Angelo Giuseppe Roncalli
(25.11.1881)*

Ogni essere umano ha il diritto all' esistenza, all' integrità fisica, ai mezzi indispensabili e sufficienti per un dignitoso tenore di vita, specialmente per quanto riguarda la alimentazione, il vestiario, la abitazione, il riposo, *le cure mediche, i servizi sociali necessari* . Ha quindi il diritto alla “sicurezza” in caso di *malattia, di invalidità*, di vedovanza, di disoccupazione ed in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà

PACEM IN TERRIS
S.S. GIOVANNI PP. XXIII

11 aprile 1963



4 Novembre 1958

**Incoronazione di
SS. Giovanni XXIII (76)**

*Angelo Giuseppe Roncalli
(25.11.1881)*



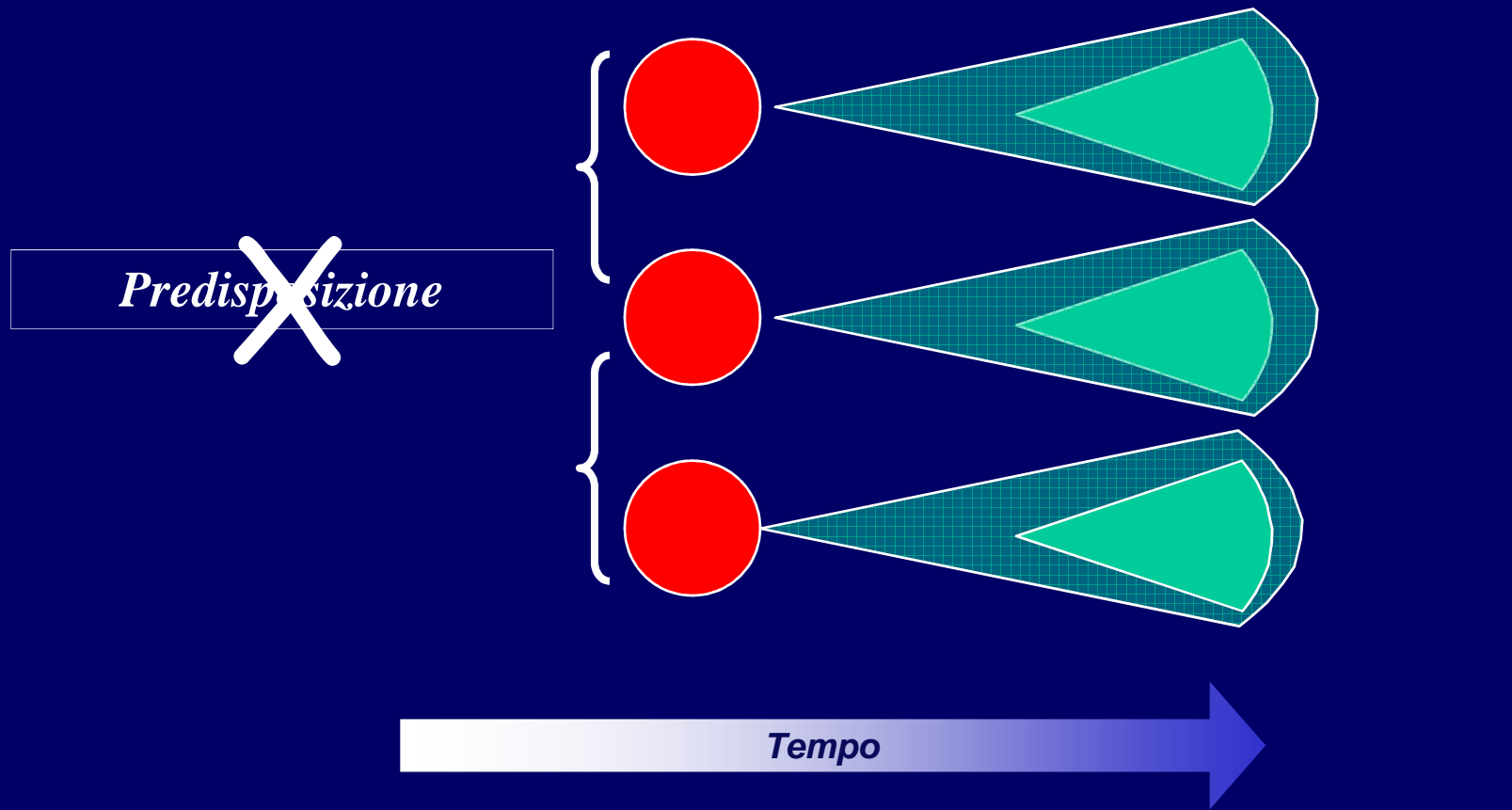
Maggio 2005

**Incoronazione di
SS. Benedetto XVI (78)**

*Joseph Ratzinger
(16 .04.1927)*

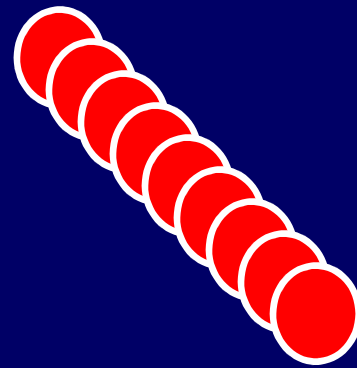
Salute, malattia e longevità

Fenotipo

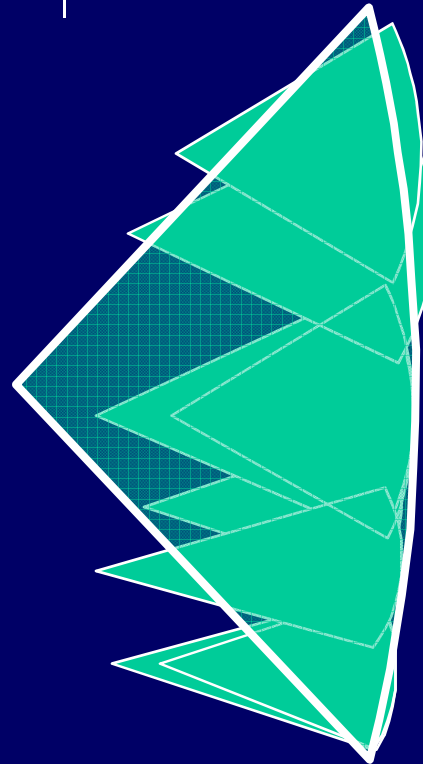


Salute, malattia e longevità

Geni che predispongono o proteggono dalle malattie



Fenotipo



Aspetti clinici

Salute

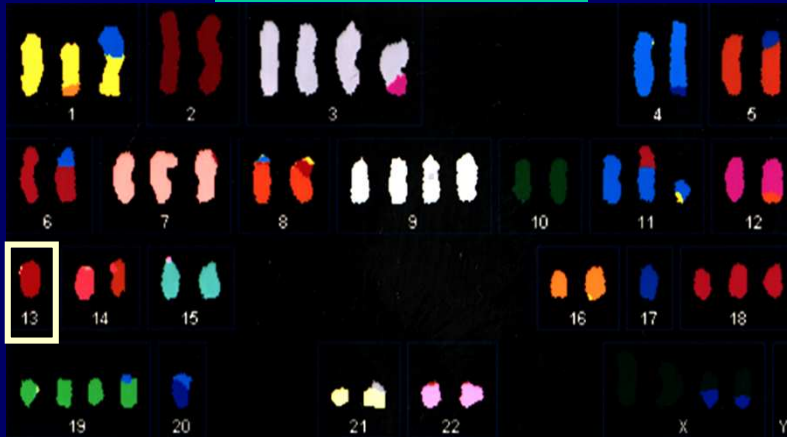
Malattia

Tempo



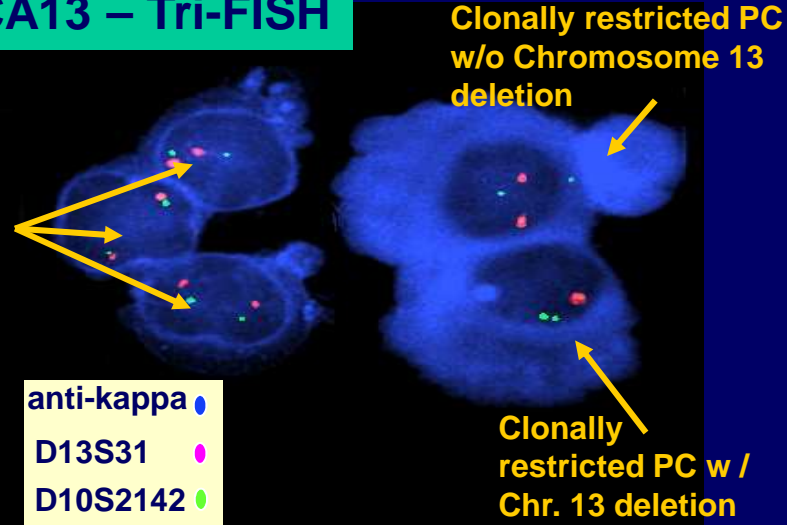
Genetic Studies

Sky Karyotype



CA13 – Tri-FISH

Normal Bone Marrow Cells

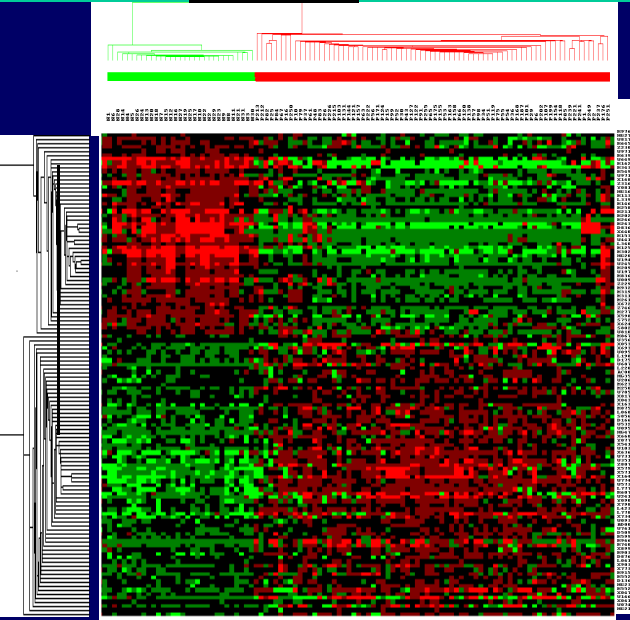


Clonally restricted PC w/o Chromosome 13 deletion

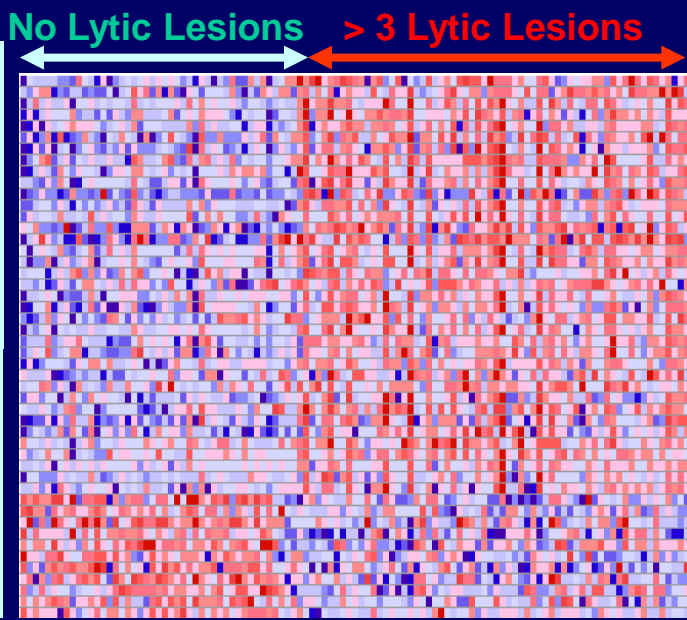
Clonally restricted PC w / Chr. 13 deletion

Gene Array: Normal vs MM

Gene Expression
— High
— Low
120 genes

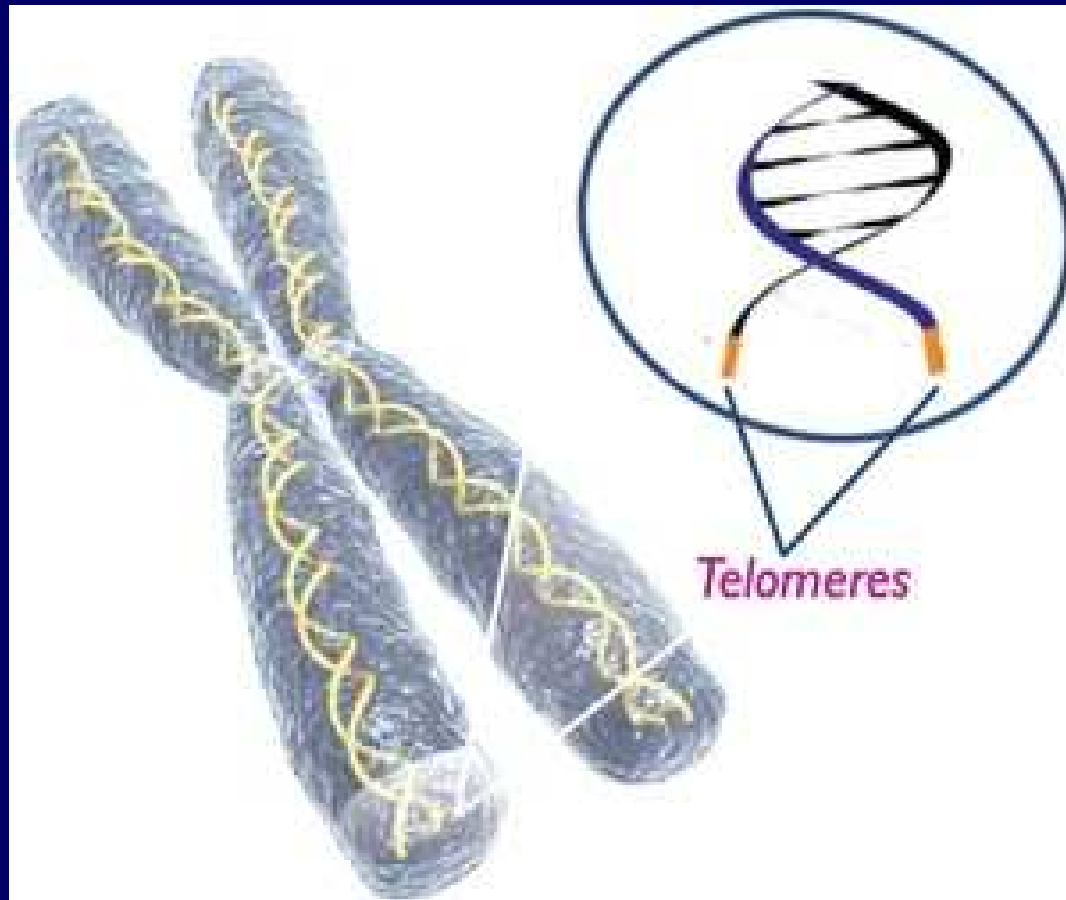


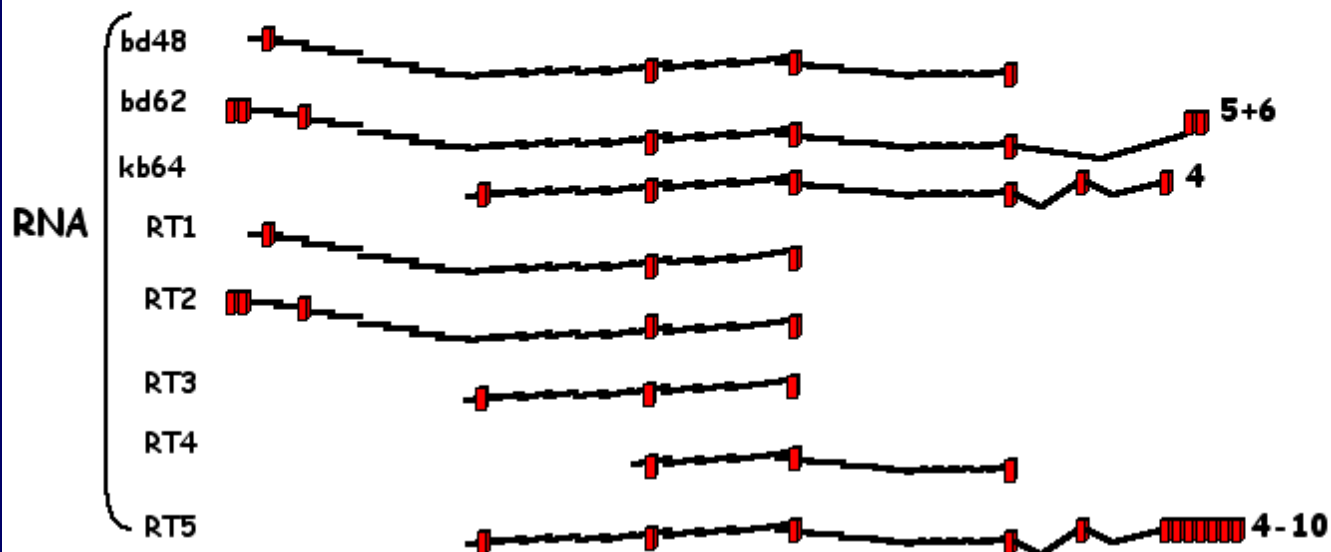
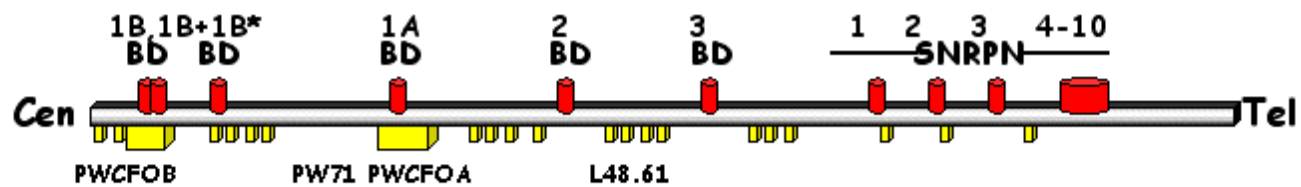
MM +/- Bone Disease

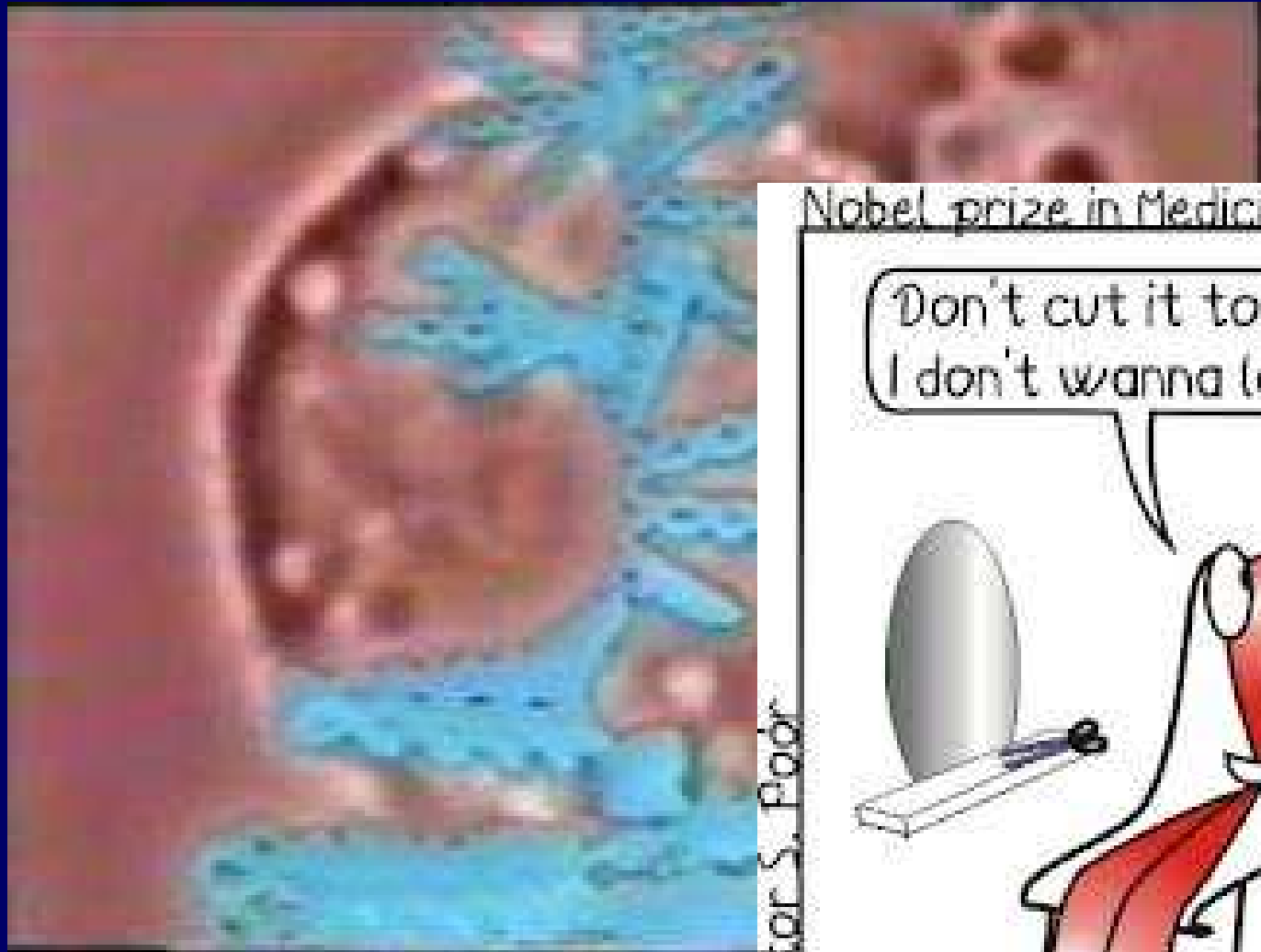


- DKK1,*
- FRZB,*
- CENPA,*
- TYMS, TTK,*
- MAD2L1,*
- PCNA,*
- PRKDC,*
- CCNF,*
- AML1B*

- WNT10B,*
- ARHE,*
- LNHR,*
- SLAM,*
- TACI, PIM1,*
- IL6R, BIK,*
- BAX,*
- CFLAR*

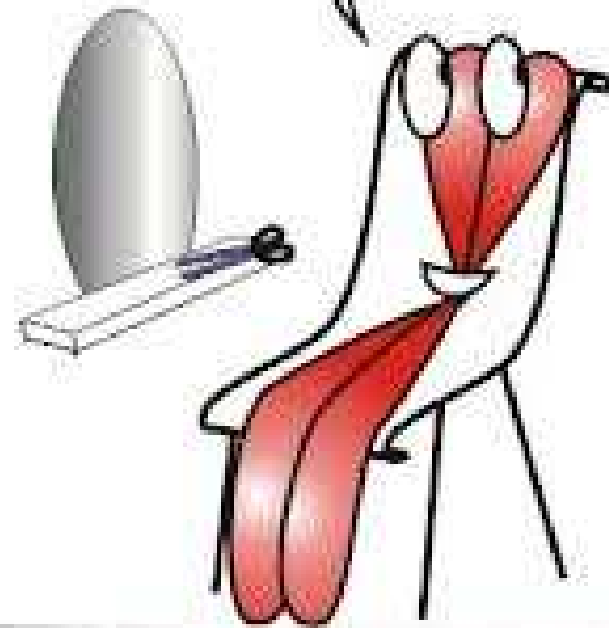






Nobel prize in Medicine '09

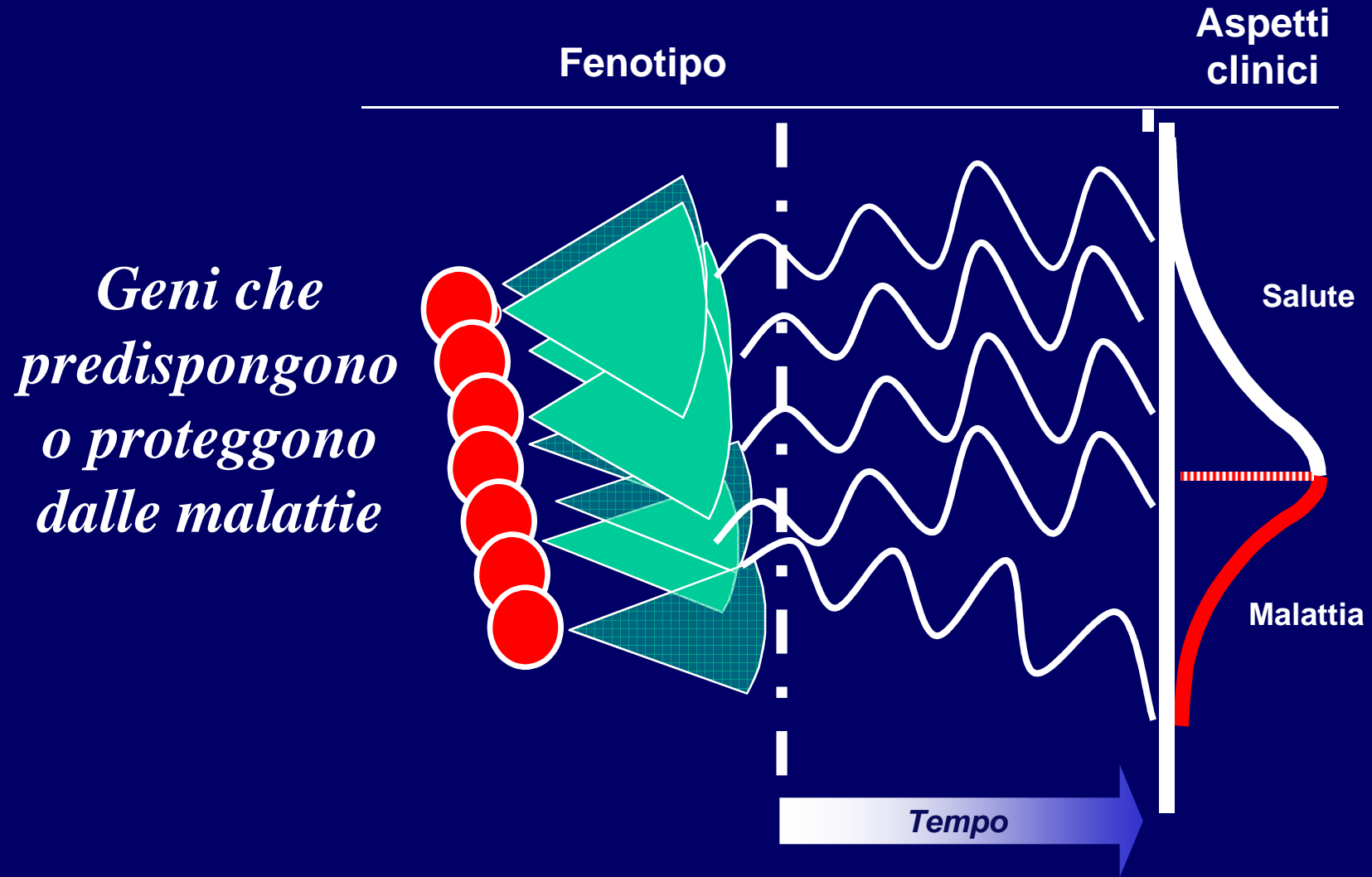
Don't cut it too short,
I don't wanna look old



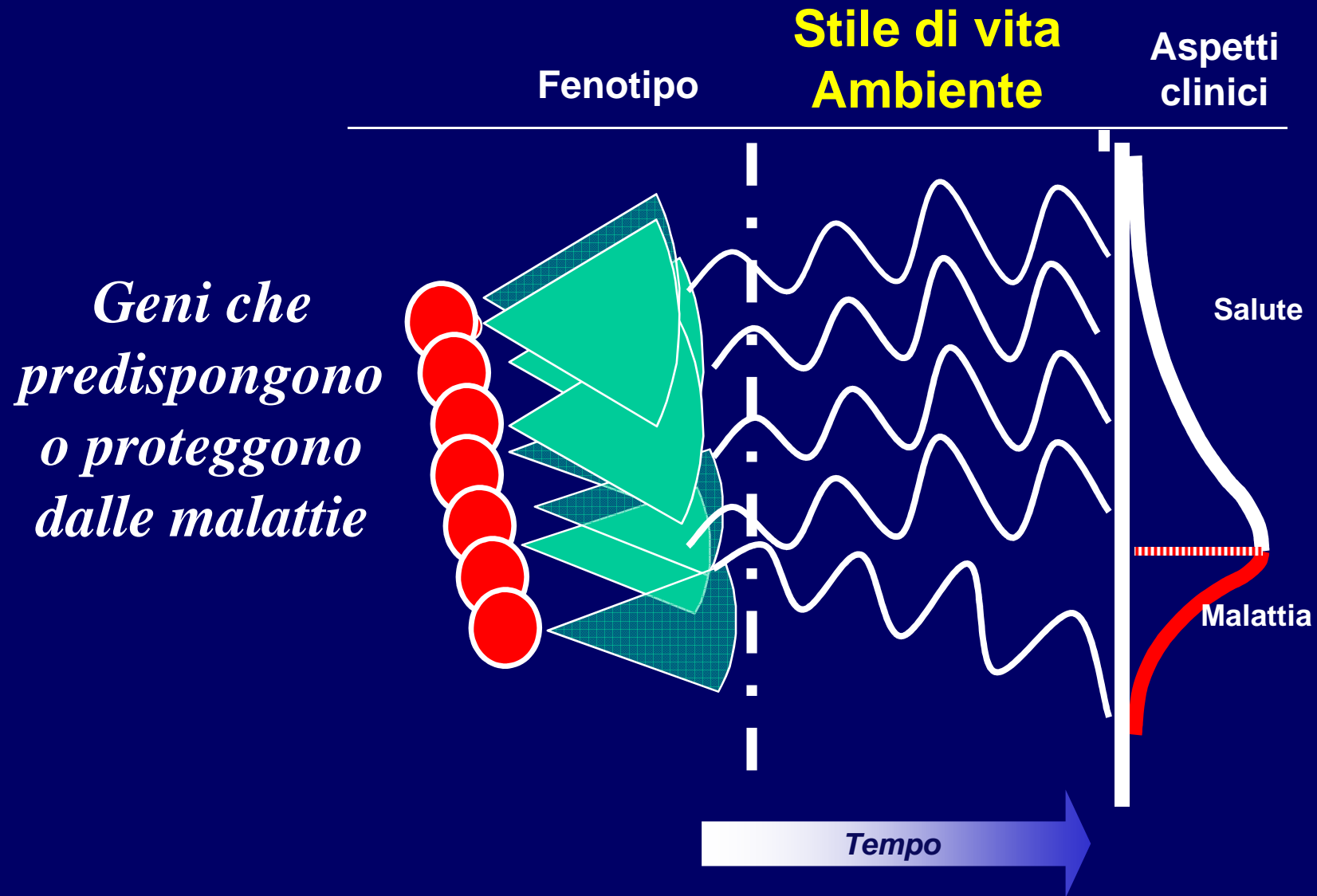
Stripped Science

by Viktor S. Paabr

Salute, malattia e longevità



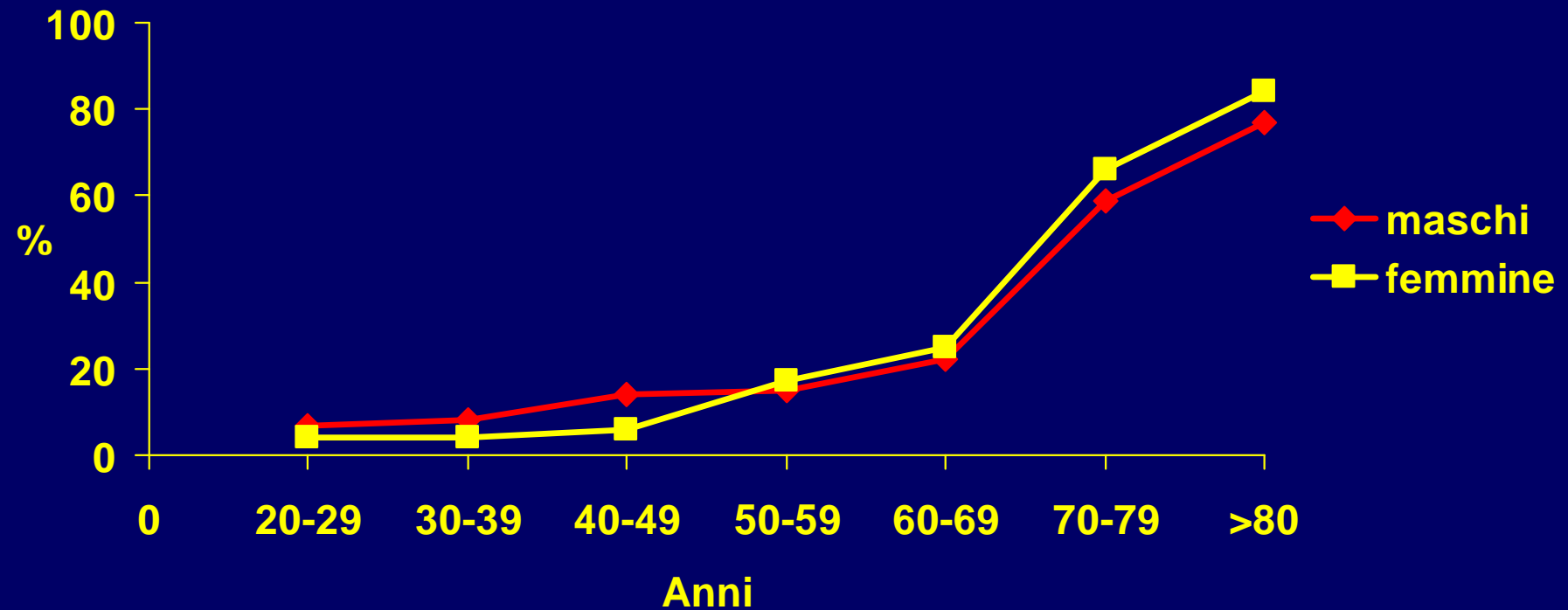
Salute, malattia e longevità



Salute, malattia e longevità

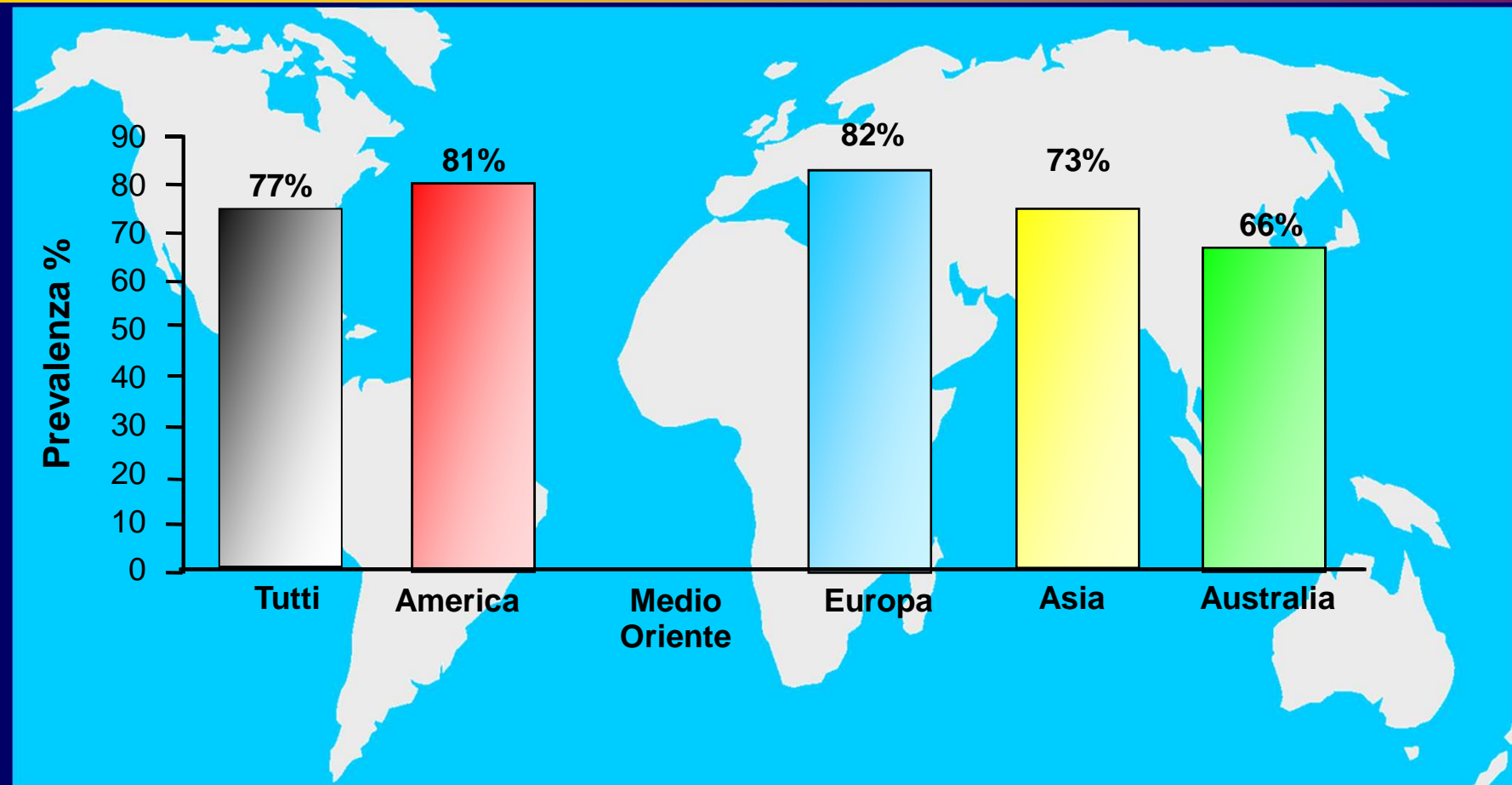


Prevalenza Malattie



Sutton-Tyrrell K et al: Predicts chronic diseases in well-functioning older adults. JACG 2008; 111;3384-3390.

Prevalenza di “multimorbilità” nei vari continenti nella popolazione anziana (> di 75 anni)



Tratto da Lips P, et al. *J Intern Med.* 2009;260:245-254.

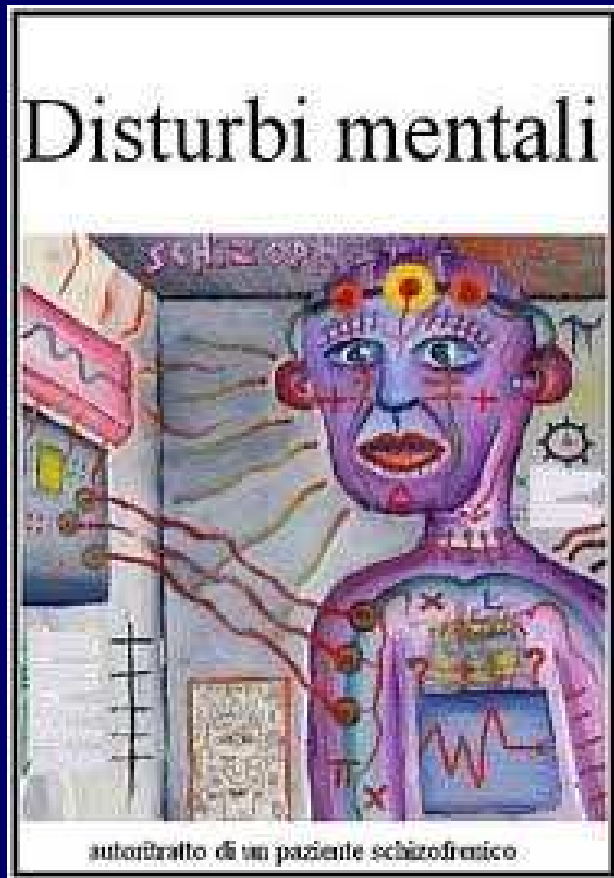
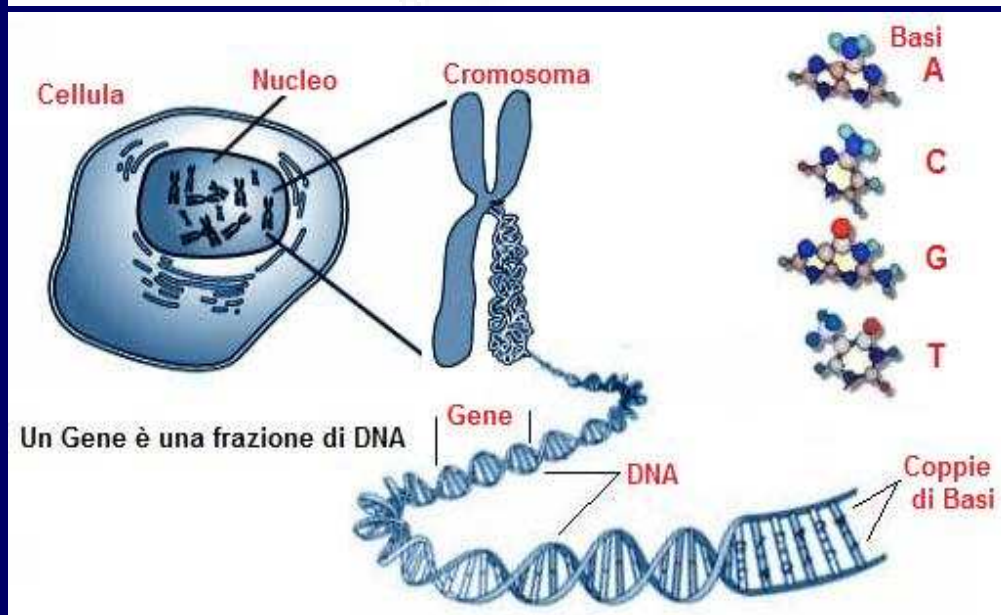
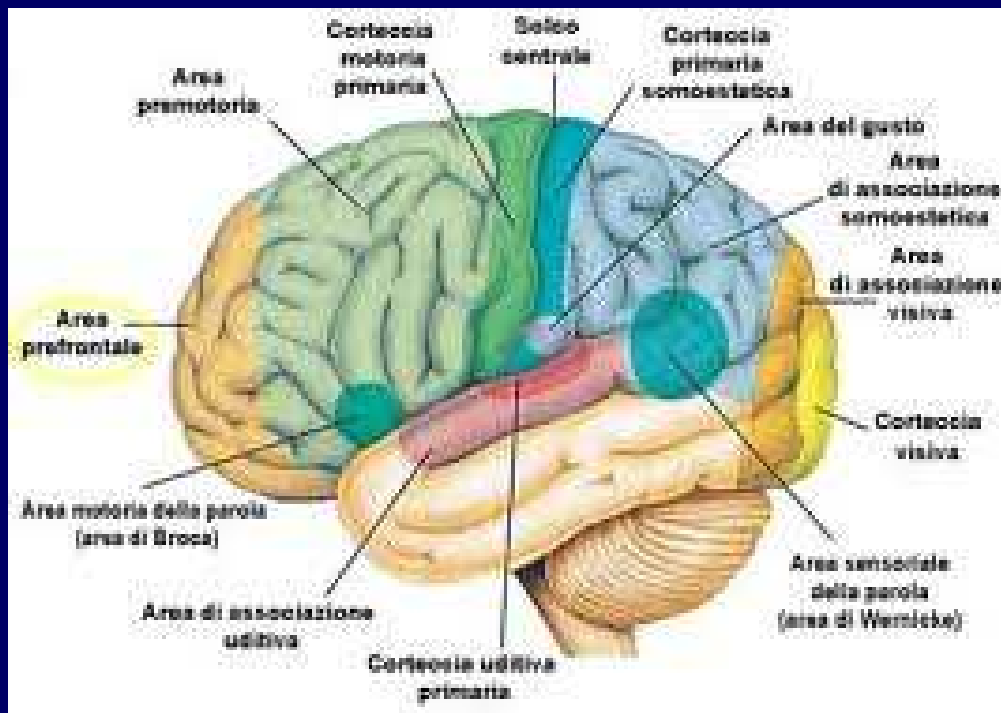
Giacomo Ceruti detto *il Pitocchetto* (1698-1767)

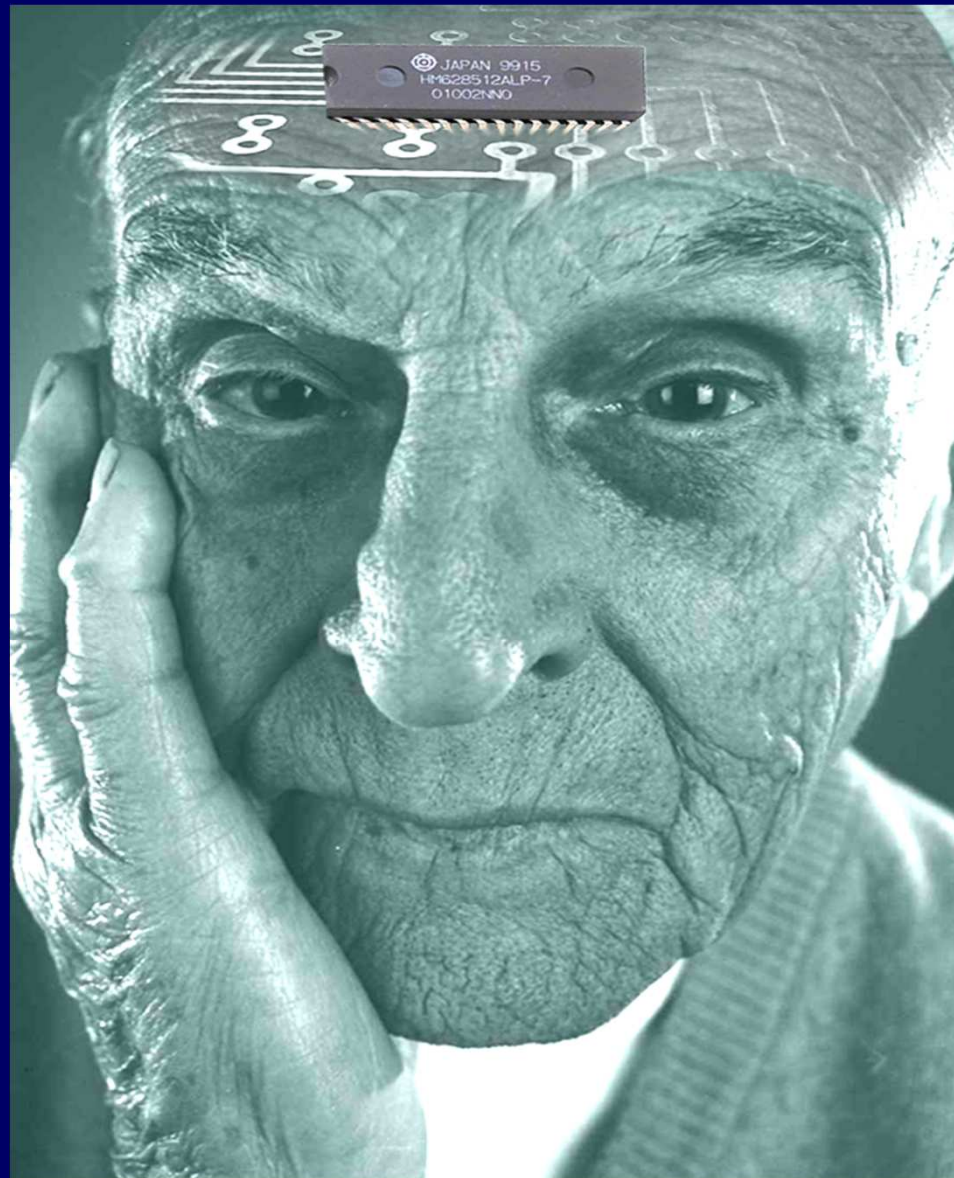




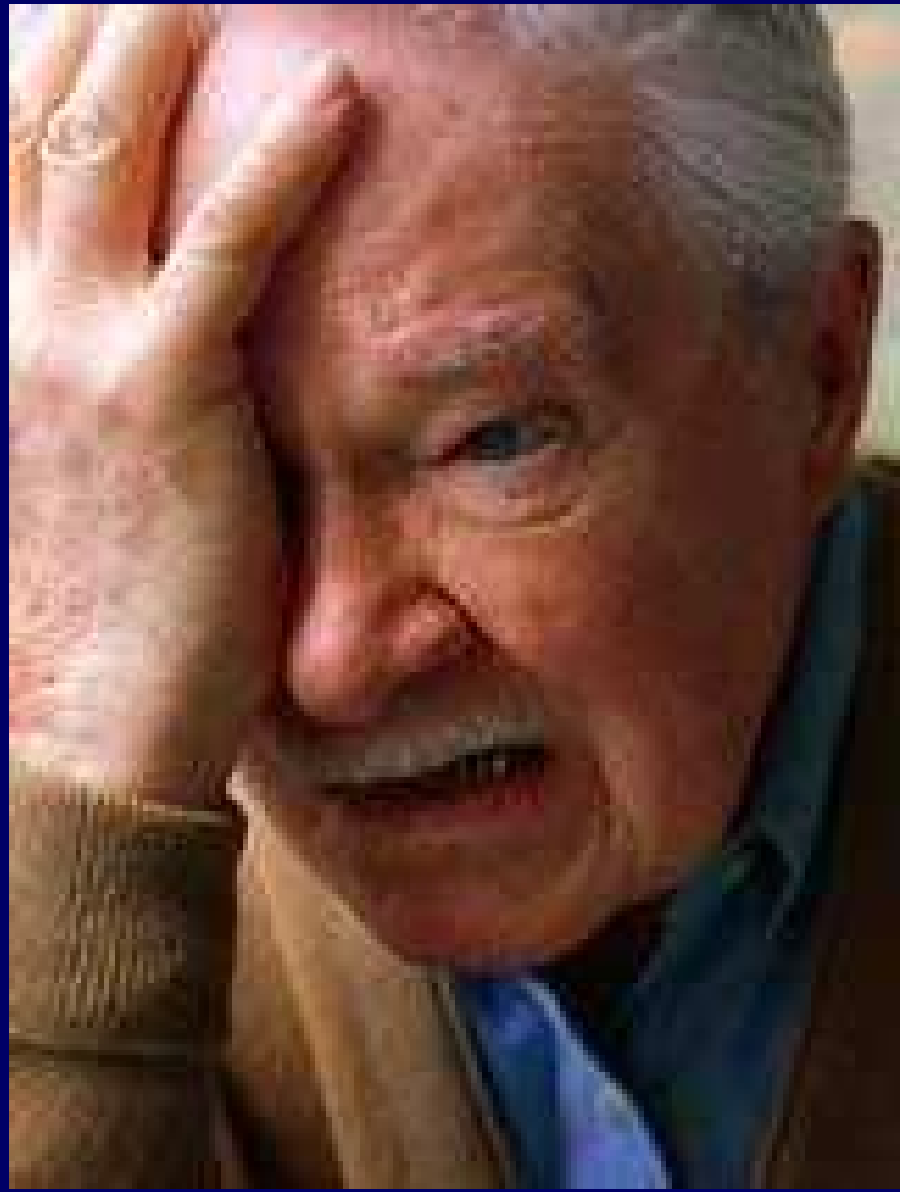




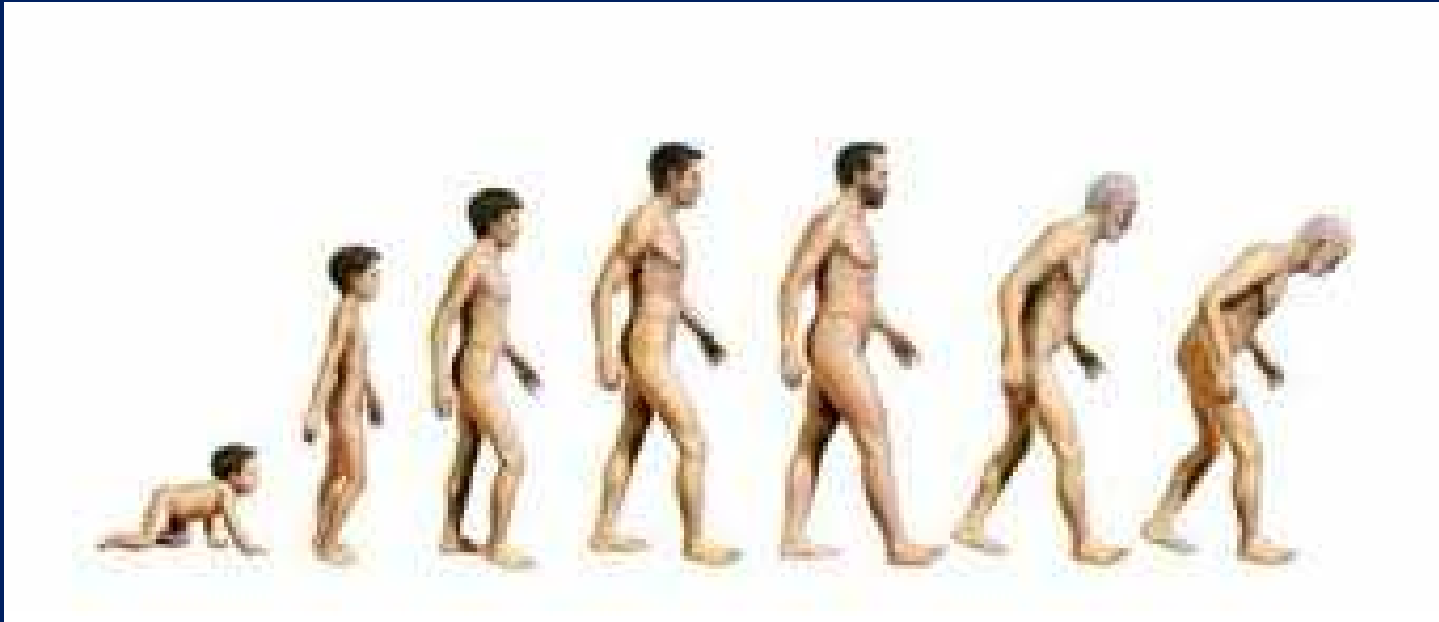




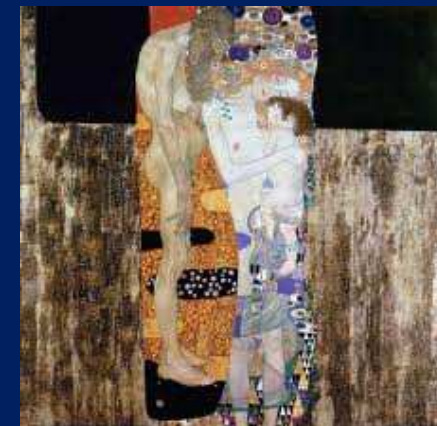
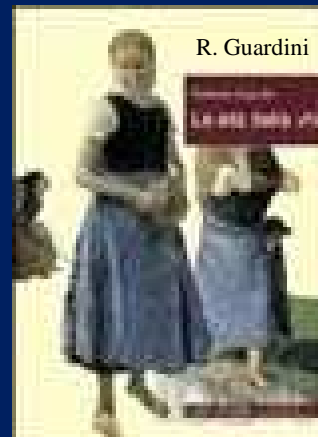
Random Access Memory
The Alzheimer's of the Future



Le varie età della specie umana



si studia; si insegna; si riflette; si mendica



**paziente
anziano**



**paziente
geriatrico**

**Popolazione anziana (età > 65 anni)
residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)**

Gli anziani oggi

11.156.976

(18.3%)

**Popolazione anziana (età > 65 anni)
residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)**

Gli anziani oggi

11.156.976

ANAGRAFICO

58%

**Popolazione anziana (età > 65 anni)
residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)**

Gli anziani oggi

11.156.976

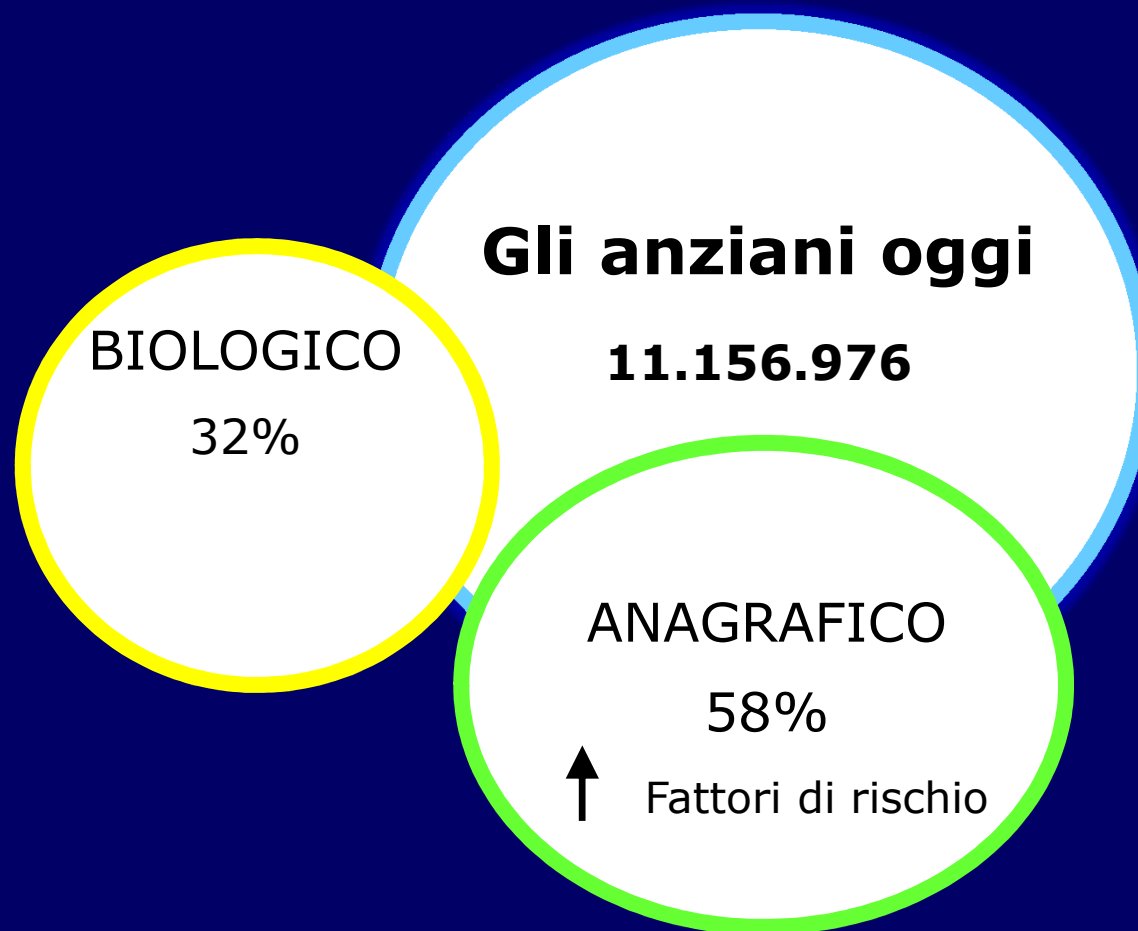
ANAGRAFICO

58%

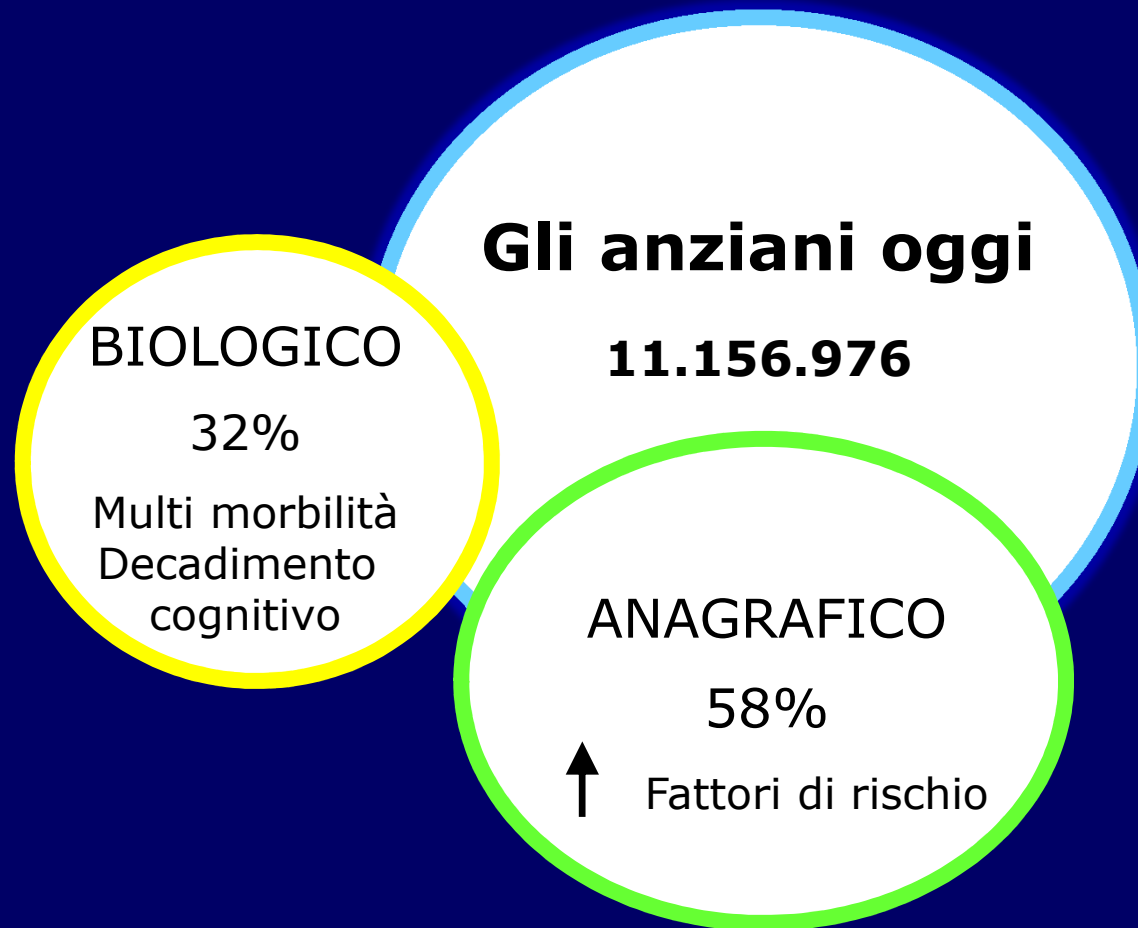


Fattori di rischio

**Popolazione anziana (età > 65 anni)
residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)**



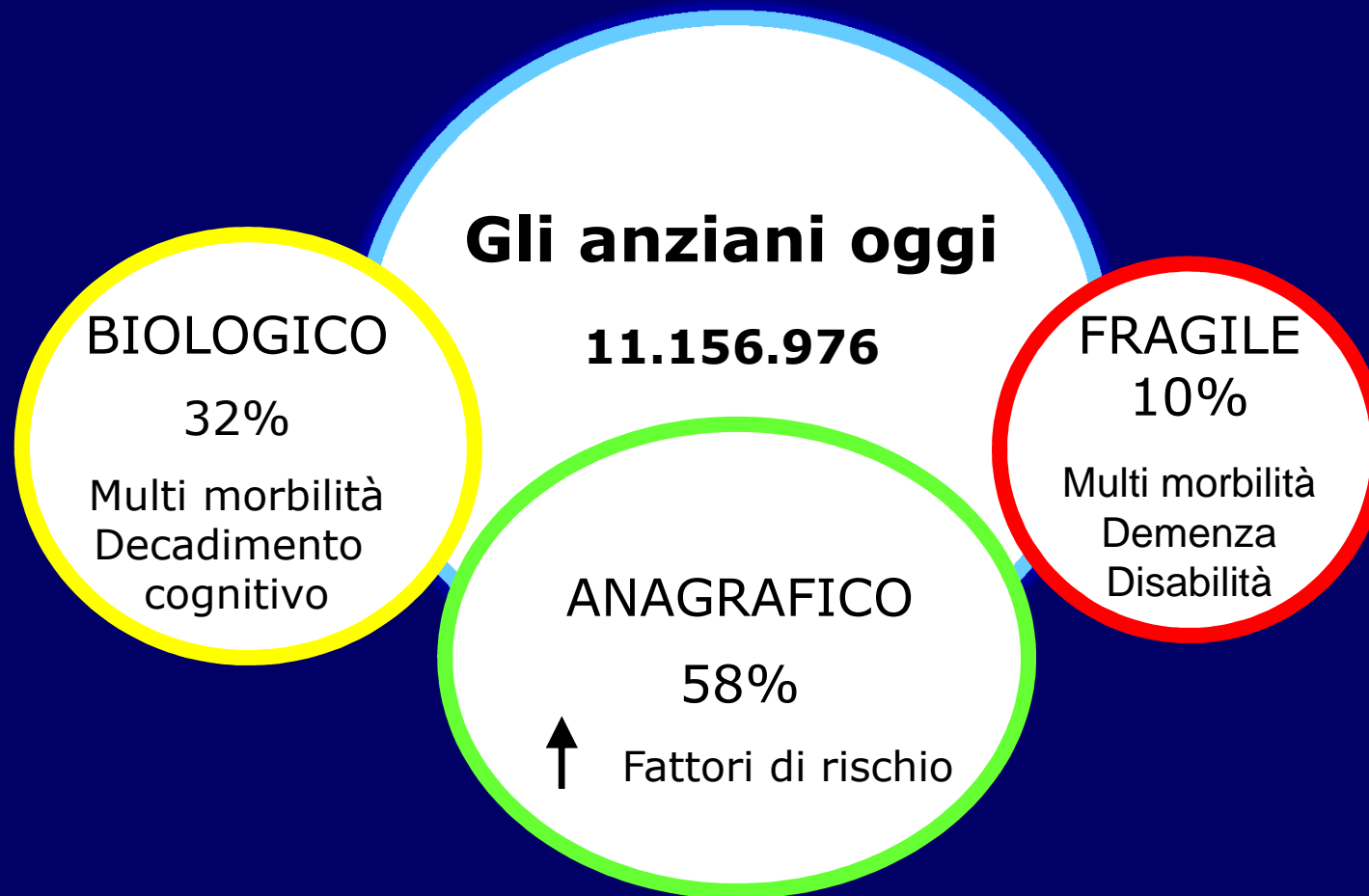
**Popolazione anziana (età > 65 anni)
residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)**



**Popolazione anziana (età > 65 anni)
residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)**



**Popolazione anziana (età > 65 anni)
residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)**



Popolazione anziana (età > 65 anni) residente in Italia al dicembre 2009 (Istat)

very very old person

Gli anziani oggi

11.156.976

BIOLOGICO

32%

Multi morbidità
Decadimento
cognitivo

FRAGILE

10%

Multi morbidità
Demenza
Disabilità

ANAGRAFICO

58%



Fattori di rischio

Aspettativa di vita (*anni da vivere*)

	Uomini						Donne					
Età	70	75	80	85	90	95	70	75	80	85	90	95
Robusto	18.0	14.2	10.8	7.9	5.8	4.3	21.3	17.0	13.0	9.6	6.8	4.8
Intermedio	12.4	9.3	6.7	4.7	3.2	2.3	15.7	11.9	8.6	5.9	3.9	2.7
Fragile	6.7	4.9	3.3	2.2	1.5	1.0	9.5	6.8	4.6	2.9	1.8	1.7

Modificata da Walter LC e Covinsky KE JAMA 2011, 2750-6

SISTEMI SANITARI DEL III MILLENNIO

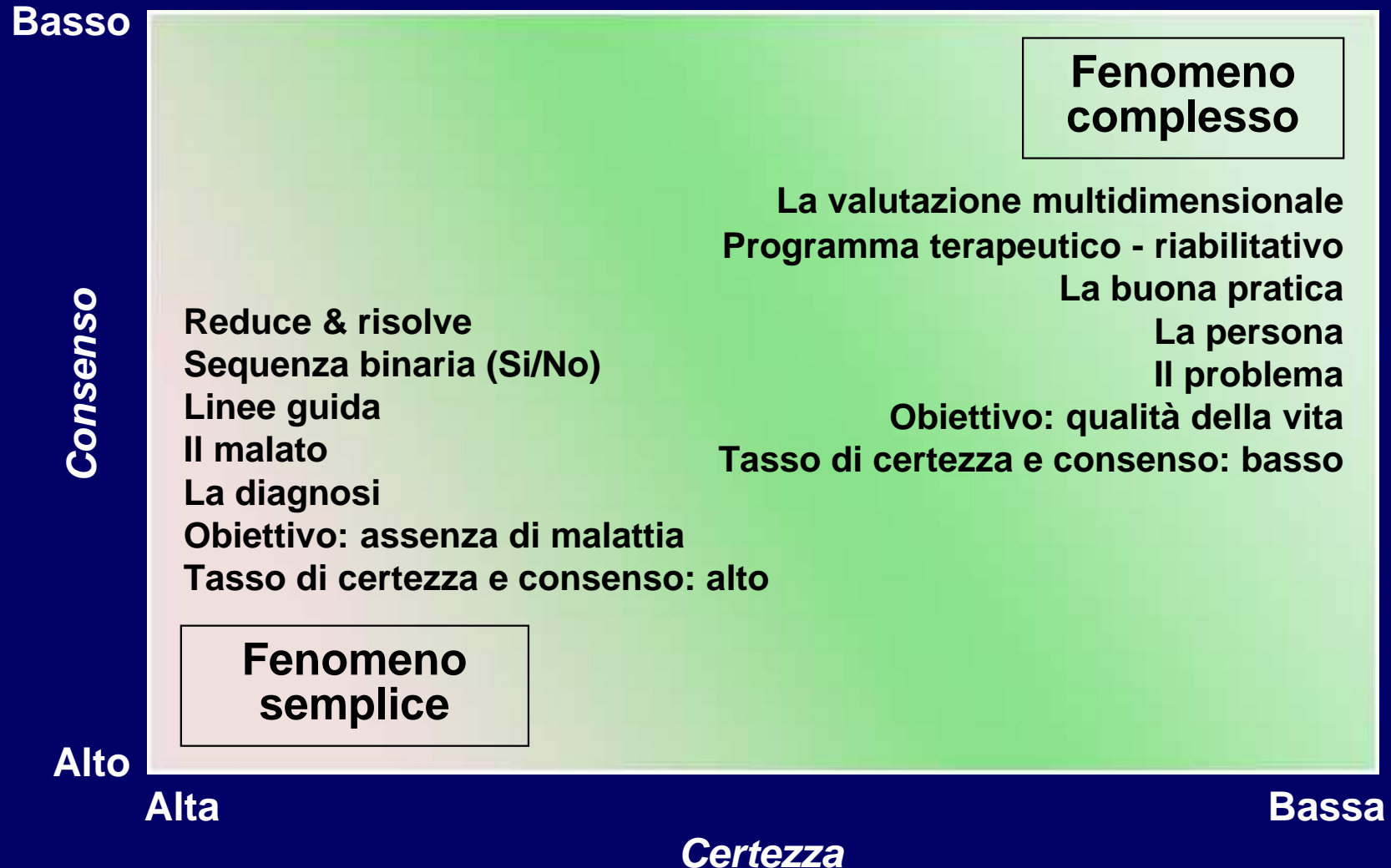
PROGRESSIVA SPECIALIZZAZIONE OSPEDALI

- ▶ **Emergenza - urgenza**
- ▶ **Interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità**
- ▶ **Appropriatezza della prestazione**
- ▶ **Evitare ricoveri impropri – incongrui – ri-ricoveri**

NUOVE REALTA'

- ▶ **Aumento problematiche legate alla disabilità**
- ▶ **Progressivo incremento malattie cronico-degenerative**
- ▶ **Progressivo incremento della popolazione anziana**
- ▶ **Risorse economiche limitate**

La medicina dell'evidenza e la medicina della complessità



ANZIANO FRAGILE

“... quei soggetti di età avanzata (>70 anni) o molto avanzata, cronicamente affetti da malattie multiple, con **stato di salute instabile, frequentemente disabili**, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da **problematiche di tipo socio - economico.**”

Nel concetto di fragilità è insito quello di ridotta riserva funzionale, di comorbosità e di compromissione multiorgano.

Da: Linee Guida sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi.

(Progetto finalizzato del Ministero della Sanità. - 2001)



BIOCHIMICO

MEDICO

SOCIALE

Non esiste un consenso unanime su quali debbano essere i fattori da considerare per definire un soggetto fragile.

Possibili marcatori clinici di fragilita'

- Peso corporeo
- Picco di flusso espiratorio
- Stato cognitivo
- Compromissione dell'udito e della vista
- Incontinenza urinaria
- Sintomi depressivi
- Stato funzionale
- Sensazione di abbandono

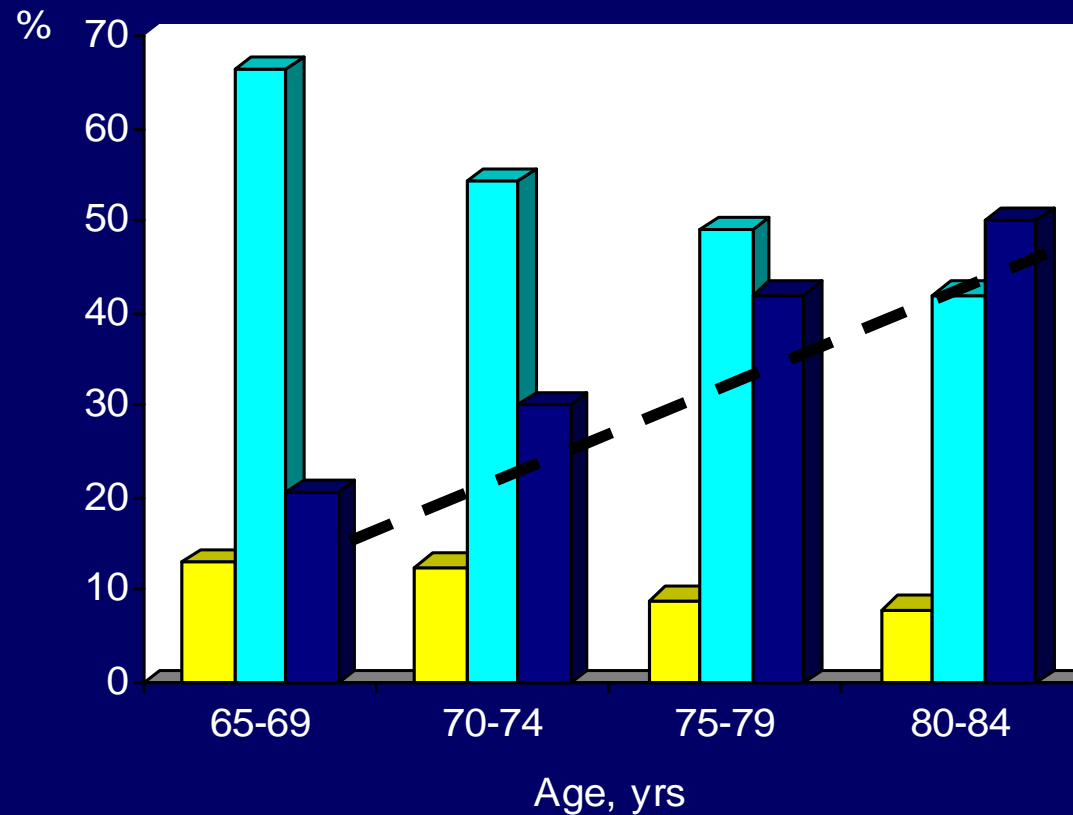
Definizioni

Comorbidità: ogni condizione clinica coesistente o che si sviluppa durante il decorso di una malattia indice.

Multimorbidità: la coesistenza di più malattie (solitamente 2 o +) nello stesso individuo.

'THE EPIDEMIOLOGICAL TRANSITION'

■ No disease ■ 1-2 diseases ■ 3+ diseases



Age-specific prevalence of old persons affected by no disease, 1-2 diseases, and 3+ chronic diseases.

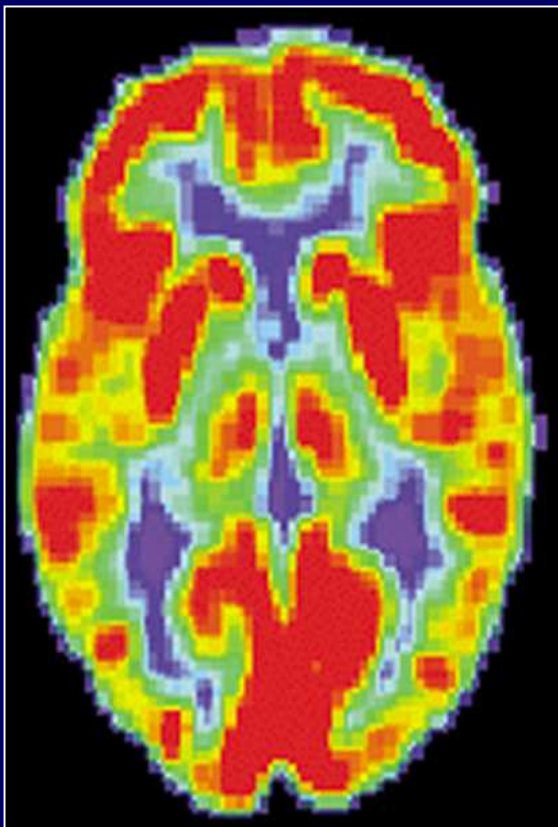
The Italian Longitudinal Study on Aging 2010

MALATTIE PIU' FREQUENTI NELL' ANZIANO

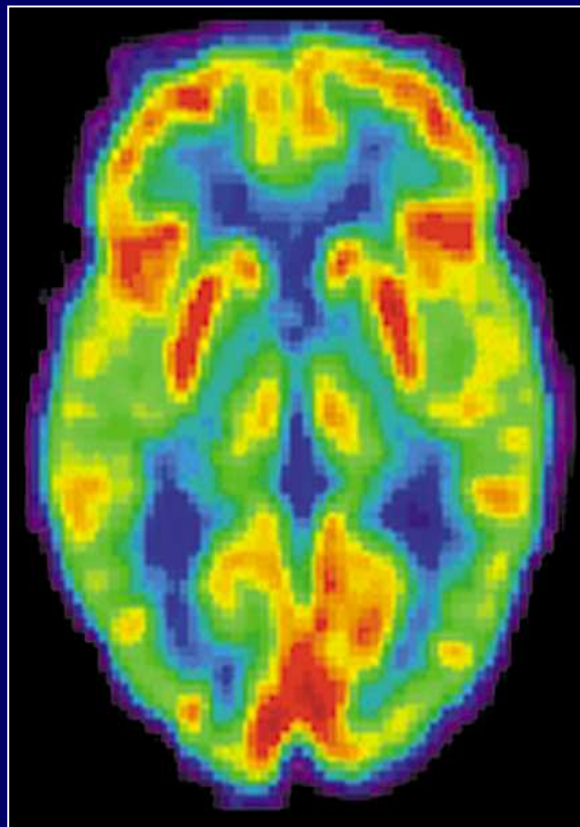
Malattia	65-74 anni	> 75 anni
Artrosi	65 %	78 %
Sordità	55 %	70 %
Disturbi visivi	55 %	68 %
Osteoporosi	64 %	68 %
Disidratazione	60 %	68 %
BPCO	55 %	65 %
Malattie cardio - circolatorie	50 %	60 %
Insufficienza renale cronica	50 %	60 %
Anemia	65 %	79 %

... la nostra mente è come un
paracadute, funziona solo se si
apre ...

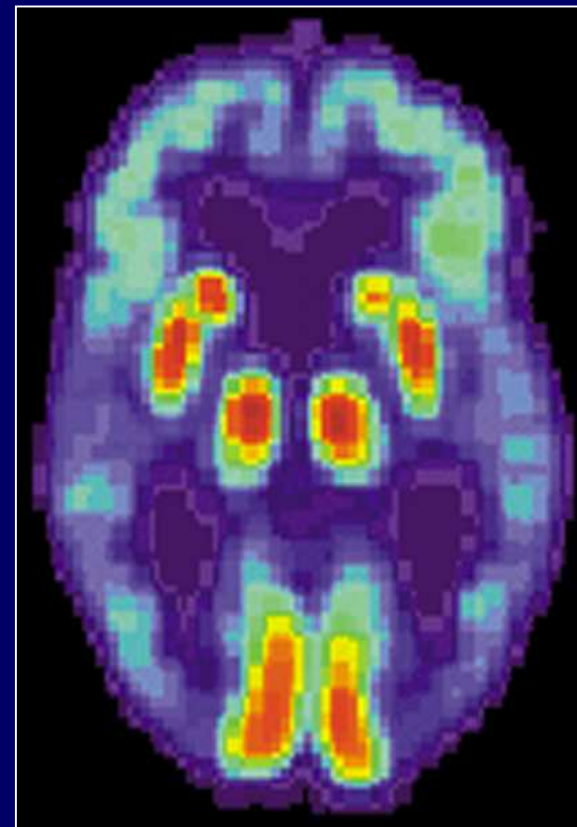
A. Einstein



PET di un cervello normale

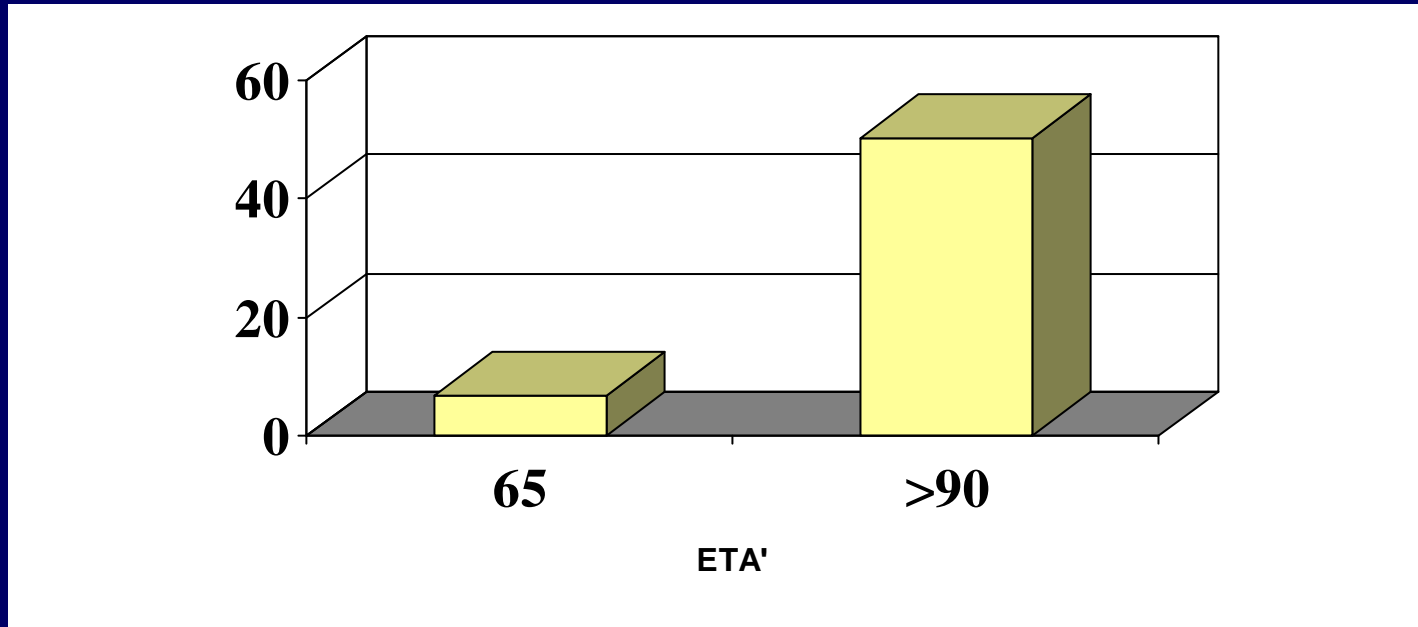


PET del cervello di un soggetto di 80 anni



PET del cervello di un soggetto con malattia di Alzheimer

PREVALENZA DEL DECADIMENTO COGNITIVO



- **DIFFICOLTA' / IMPOSSIBILITA' a riferire sintomi e bisogni**
- **NON ATTENDIBILITA' NELLA ASSUNZIONE DELLA TERAPIA**
- **RIDOTTA CAPACITA' AD ADATTARSI ALL'OSPEDALIZZAZIONE**
- **AUMENTO DELLA FREQUENZA DI DISORIENTAMENTO E DELIRIUM NEGLI ANZIANI ANEMICI**

La Valutazione Multi Dimensionale (VMD)

Non è facile darne una definizione univoca:
nel 1987 il National Institute of Health definì la
VMD come:

"...una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona vengono riconosciuti, descritti, spiegati.

Inoltre vengono inquadrate le risorse assistenziali, le potenzialità residue; viene definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi ...".

La Valutazione Multi Dimensionale (VMD)

Quindi non è un caso che questo approccio "clinico-psicologico-socio-funzionale" si sia sviluppato soprattutto in ambito geriatrico.

"La VMD è un processo di tipo dinamico ed interdisciplinare volto a identificare e descrivere, o predire, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona anziana non autosufficiente e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti validati, consente di individuare un piano di intervento medico e socio-sanitario coordinato e mirato al singolo individuo".

**Ferrucci L, Marchionni N ed il Gruppo di Lavoro sulla Valutazione Multidimensionale.
Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi.
G. Gerontol 2001; 49: S1-S76**

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE GERIATRICA

- Accertamento diagnostico multidimensionale
- Programmazione del trattamento
- Attuazione dell'intervento riabilitativo
- Valutazione dell'efficacia degli interventi
- Adeguata collocazione ambientale
- Ottimale sfruttamento delle risorse sanitarie disponibili
- Facilitazione dell'attività del Medico di famiglia
- Acquisizione di elementi utili per la didattica e per la ricerca

- le ADL
- le IADL
- l'uso domiciliare della rete dei servizi
- il reale livello di autogestione domiciliare
- le funzioni residuali (per programma Riabilitativo)
- lo stato cognitivo, gli aspetti riguardanti l'umore
- gli hobbies e le altre attività di occupazione del tempo
- il sostegno e l'aiuto fornito da terzi
- le condizioni socio economiche
- il profilo di personalità di base
- lavoro con il territorio per il monitoraggio delle dimissioni protette

TEAM OPERATIVO

Internista

Geriatra

Chirurgo

Medico di Famiglia

Medico del Distretto Territoriale

Infermiere Professionale

Infermiere Geriatrico

FKT

Assistente Sociale

THERAPY IN THE ELDERLY

S. Rajagopalan and T. Yoshikawa

Medical Clinics of North America 85:133-147, 2009

- **The approach to pharmacological therapy in elderly patients is a unique and challenging * problem.**
- **Despite the well – recognized increase in mortality and morbidity in the elderly, the therapy may, in most cases, be used in a manner similar to that in younger patients.**

* difficile, impegnativo, stimolante da *Zanichelli*, 1998

*Department of Internal Medicine and Division of Infectious Disease,
Charles R. Drew - University of Medicine, Los Angeles, California, USA*

Quanto aggressivo deve essere il trattamento farmacologico nel paziente anziano soprattutto se fragile?

Quali le scelte terapeutiche più appropriate?

Come migliorare l'aderenza alla terapia?

Motivare il paziente

Garantirsi e verificare l'aderenza alla terapia

Inizio del trattamento con dosi basse

Incremento graduale delle dosi

Rigoroso rispetto delle controindicazioni

Valutare scrupolosamente le interazioni farmacologiche

Informare e motivare anche i familiari

Aumentare il numero delle visite di controllo.

- Frequentemente l'anziano può non ricordarsi di segnalare effetti collaterali o li sottovaluta; talvolta ha difficoltà ad esprimersi, talvolta ne è del tutto impossibilitato; talora è depresso e non si preoccupa della terapia, è demotivato, sfiduciato.
- Lo schema terapeutico deve essere il più semplice possibile, ma senza, ovviamente, rinunciare ai benefici del trattamento.

- Particolare attenzione nel processo di nursing
- Ispezione del malato, monitoraggio e rilevazione dei parametri vitali non solo formale.
- Misurazione, registrazione, interpretazione di: temperatura, alvo, diuresi e continenza, PAO, polso, peso, nutrizione, ritmo S/V, motricità, cognitività.
- Osservazione e supporto alla assunzione del farmaco, di liquidi e di cibo
- Cultura della Riattivazione (mobilizzazione precoce e sistema orientato alla stessa, anche in ambito di esecuzione di terapie e di tempi di esecuzione delle stesse)

Cure Primarie (Ospedale – Residenziale)

Attività ambulatoriale
DH Geriatrico

Unità geriatrica per Acuti
Unità di Cura Sub-Intensiva
Unità di Riabilitazione Geriatrica

Struttura per sub -acuti
Nucleo Alzheimer
Hospice

U V G

ADI
Area Sociale
Anziani non autosufficienti

R F A - R S A

Progetto Disabili
(Demenze-Alzheimer etc.)

Punti della rete

Dipartimento di Geriatria

Università degli Studi di Brescia

Azienda Spedali Civili

Cure Primarie (Ospedale – Residenziale)

Attività ambulatoriale
DH Geriatrico

Unità geriatrica per Acuti
Unità di Cura Sub-Intensiva
Unità di Riabilitazione Geriatrica

Struttura per sub -acuti
Nucleo Alzheimer
Hospice

U V G

ADI
Area Sociale
Anziani non autosufficienti

R F A - R S A

Progetto Disabili
(Demenze-Alzheimer etc.)

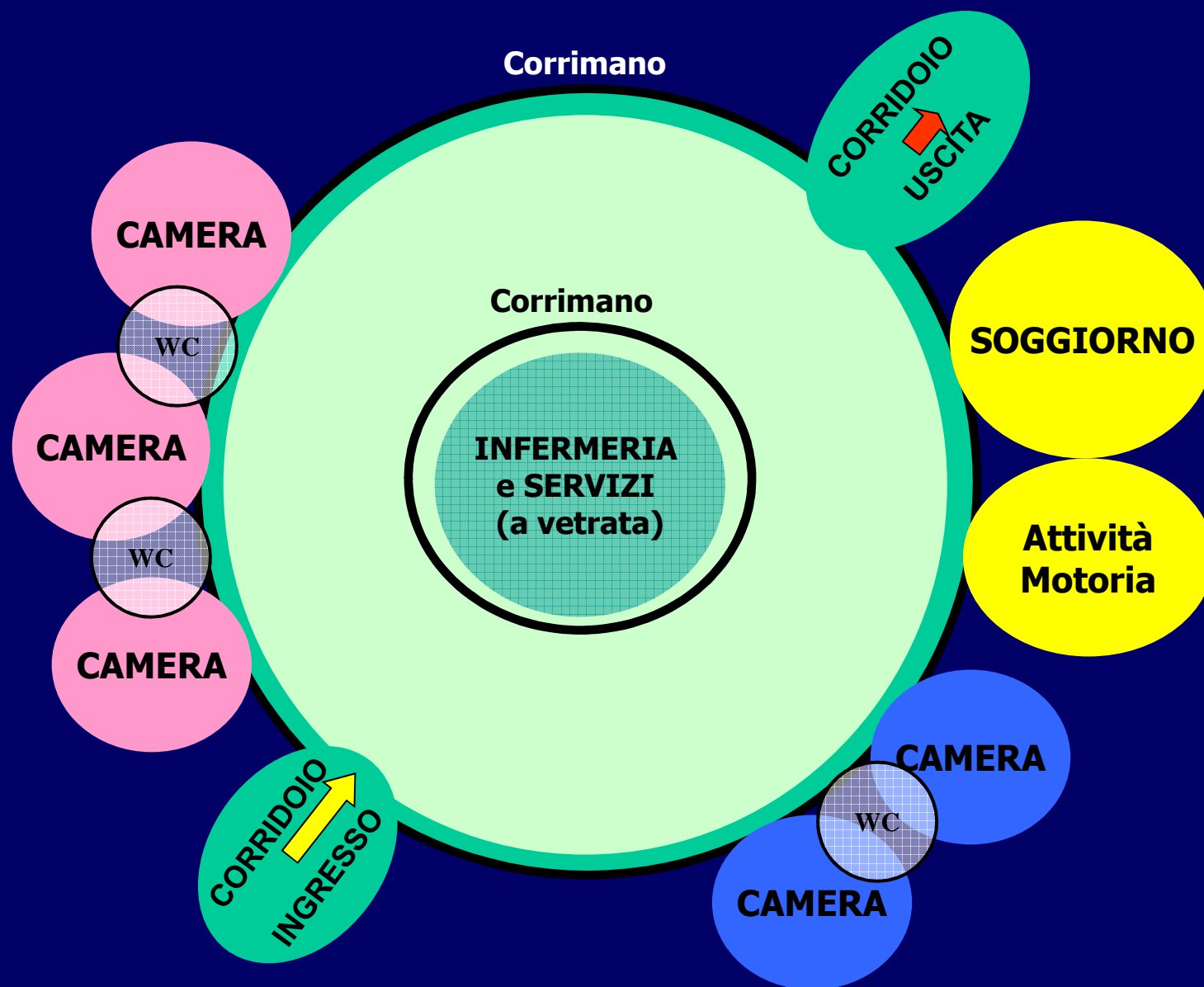
Punti della rete

Coordinamento ASL
Medici di Medicina Generale

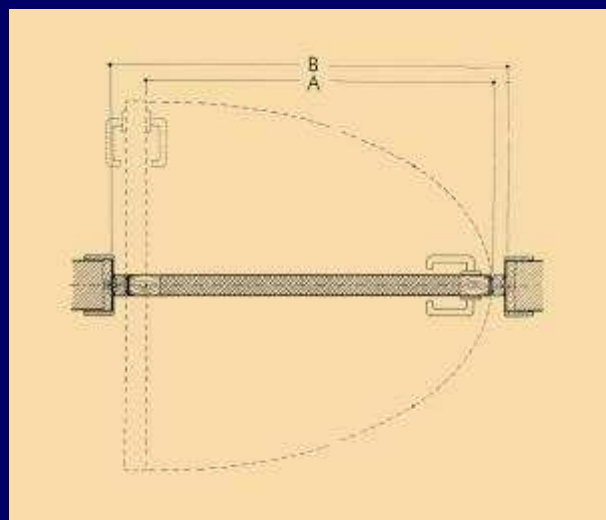
GLI SPAZI e LA PROGETTAZIONE



GLI SPAZI e LA PROGETTAZIONE



ERGON



www.celegon.it

GLI SPAZI e LA PROGETTAZIONE



Silver AGE

GLI SPAZI e LA PROGETTAZIONE




Silver AGE

GLI SPAZI e LA PROGETTAZIONE



Silver AGE



 Motivi per i quali negli USA il medico di medicina generale ritiene particolarmente impegnativa l'assistenza al paziente anziano (Adams W.L. et al., 2002).

**Medicina complessa
e pazienti vulnerabili**

- deterioramento cognitivo
- comorbilità
- cattivi risultati
- malattie croniche
- deficit sensoriali


Burocrazia opprimente

- ↑ lavoro d'ufficio
- ↑ contatti telefonici
- ↑ richiesta documentazioni
- problemi assicurativi
- paura di azioni legali

Difficoltà

**Problematicità del
coinvolgimento personale
ed interpersonale**

- difficoltà di comunicazione
- coinvolgimento della famiglia
- mancanza di tempo
- percezione di inefficacia
- dilemmi etici

 Motivi per i quali negli USA il medico di medicina generale ritiene particolarmente impegnativa l'assistenza al paziente anziano (Adams W.L. et al., 2002).

**Medicina complessa
e pazienti vulnerabili**

- deterioramento cognitivo
- comorbilità
- cattivi risultati
- malattie croniche
- deficit sensoriali

Burocrazia opprimente

- ↑ lavoro d'ufficio
- ↑ contatti telefonici
- ↑ richiesta documentazioni
- problemi assicurativi
- paura di azioni legali

Difficoltà

**Problematicità del
coinvolgimento personale
ed interpersonale**

- difficoltà di comunicazione
- coinvolgimento della famiglia
- mancanza di tempo
- percezione di inefficacia
- dilemmi etici

Paul Valery (Quaderni, Adelphi 1990)

Tutto inizia con un'interruzione

Paul Valery

Tutto inizia con un'interruzione

... la malattia è una brusca interruzione del normale corso della vita ...

Paul Valery

Tutto inizia con un'interruzione

... la malattia è una brusca interruzione del normale corso della vita ...



RASSICURATO



Relazione d'aiuto

Paul Valery

Tutto inizia con un'interruzione

... la malattia è una brusca interruzione del normale corso della vita ...

RASSICURATO

Relazione d'aiuto

Non è un principio, ma un sentimento

GESTIONE IDEALE DEL PAZIENTE ANZIANO

Gli interlocutori del paziente anziano fragile sono la **Società** ed il **Medico**:

una **SOCIETA'** che non consideri gli anziani come una categoria di persone a parte da assistere con soluzioni marginali

un **MEDICO** che si accosti a tali persone con una moderna metodologia e cultura e che condivida il fatto che "buona salute" nell'anziano non significa semplicemente assenza di malattia

Quando ero ancora giovane, prima di viaggiare, ricercai assiduamente la sapienza. Del suo fiorire, come uva vicina a maturare, il mio cuore si rallegrò.

Il mio piede si incamminò per la via retta; dalla giovinezza ho seguito le sue orme. Chinai un poco l'orecchio per riceverla; vi trovai un insegnamento abbondante.

Con essa feci progresso, ma solo ora, che sono vecchio, ho deciso di metterla in pratica sicuro di non restarne confuso.

Siracide 51,13-18