



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Il paziente anziano
Data 19 febbraio 2006 alle 12:16:00
Autore R. Rossi

Ressa:

Argomento caldo questo, visto che la vita media si è allungata e abbiamo pazienti che superano abbondantemente gli 80 e talora i 90 anni.

Rossi:

Soprattutto se si tiene conto che i pazienti con più di 65 anni, e soprattutto quelli oltre i 75, sono anche quelli che più spesso consultano il medico, ed è naturale che sia così perché con l'invecchiamento cresce la probabilità di ammalarsi, anzi direi di pluriammalarsi (se mi passi il termine), perché di solito si ha a che fare con malati che presentano più di una patologia contemporaneamente. Dal punto di vista epidemiologico possiamo già tracciare un primo quadro: sono più le donne che gli uomini, spesso sole e con scarse possibilità di accedere ai servizi sanitari.

Ressa:

Vi sono vari aspetti che concorrono a rendere particolare il paziente anziano...

Rossi:

Gli anziani buggerano sempre, hai detto in un'altra parte del Manuale. In effetti i sintomi in questi pazienti possono manifestarsi in maniera più sfumata, non specifica o francamente equivoca; inoltre i meccanismi omeostatici di compenso sono limitati e questo li rende particolarmente fragili di fronte a patologie acute, il metabolismo dei farmaci è rallentato e questo fa aumentare la probabilità di effetti collaterali. Da ricordare ancora che essendo "plurimalati" assumono anche molti farmaci, con interazioni imprevedibili.

Ressa:

Quali sono gli aspetti da valutare di fronte ad un anziano che visitiamo per la prima volta?

Rossi:

Direi che dobbiamo focalizzare l'attenzione sui seguenti aspetti: lo stato fisico, lo stato mentale, le capacità funzionali. A questo aggiungerei anche una valutazione sommaria dell'ambiente in cui vive, della famiglia e del suo stato socio-economico. E' ovvio che un ottantenne senza problemi economici, che vive in una famiglia che può fornire un adeguato supporto (badante, infermiere, ecc) è diverso da un paziente che vive da solo, con la pensione minima, senza familiari che siano disposti o che possano occuparsi di lui.

Partiamo dalla valutazione dello stato fisico.

Rossi:

In realtà le basi per questa valutazione sono sempre quelle della buona pratica clinica: anamnesi ed esame obiettivo. In particolare nell'anziano vanno identificati problemi cardiovascolari e respiratori, alterazioni motorie che ne possono compromettere l'autonomia, ipoacusia e difetti visivi. Molto frequente anche l'insonnia cronica che è una condizione difficile da gestire.

Inoltre è molto importante valutare la terapia farmacologica in atto, facendo attenzione a possibili associazioni sconsigliate e alla possibilità di sospendere le terapie non strettamente necessarie.

Alcuni semplici esami di laboratorio possono aiutare ad inquadrare meglio il paziente: glicemia, elettroliti, emocromo, creatinina e creatinina clearance e altri per la valutazione dello stato nutrizionale (vedi oltre).

Ressa:

E la salute mentale?

Rossi:

Nell'età avanzata sono molto frequenti problematiche legate al decadimento cognitivo (fino ad una vera e propria demenza) e alla depressione che riconosce varie motivazioni (paura delle malattie e della solitudine, incapacità ad affrontare il natural venir meno della prestanza fisica, problemi di tipo economico, ecc.). Per la valutazione più approfondita di questi aspetti e l'uso di questionari e scale diagnostiche rimando ai relativi capitoli del Manuale.

Ressa:

Perché è importante valutare anche l'ambiente in cui il paziente anziano vive?

Rossi:
E' intuitivo che le condizioni dell'abitazione possono influire sullo stato di salute. La casa è adeguatamente riscaldata d'inverno e fresca d'estate? Vi sono scale da fare? Il bagno è di facile accesso? Ricordiamo che condizioni ambientali sfavorevoli (tappeti, scarsa illuminazione, scale) possono per esempio favorire le cadute e le fratture. In questo senso la visita domiciliare permette di rendersi conto di realtà che sarebbero difficilmente immaginabili con un semplice colloquio con il paziente stesso o i suoi familiari e andrebbe vista come un vero e proprio strumento diagnostico al pari dell'anamnesi e dell'esame clinico.

Ressa:

Come possiamo determinare lo stato funzionale del paziente?



Rossi:

Esistono numerose scale di valutazione, ma le risparmio perché non vengono quasi mai usate se non per usi burocratici (attivazione dei servizi domiciliari per esempio). Dal punto di vista clinico è sufficiente prendere in considerazione alcuni parametri molto facili da valutare come l'autonomia nel vestirsi, nell'usare la toilette, nel farsi il bagno, nel mangiare e/o nel prepararsi i cibi, nel trattenere feci e urine, nel gestire in proprio la terapia farmacologica. Questo tipo di valutazione permette di stabilire la necessità di attivare servizi di assistenza sociale o infermieristica a domicilio tipo la fornitura dei pasti, la pulizia della casa, ecc. Spesso, per evitare l'istituzionalizzazione, è sufficiente fornire al paziente alcuni di questi servizi, favorendone in tal modo la permanenza nel suo habitat e nel suo contesto socio-familiare.

Nel caso l'anziano viva solo è utile prevedere il telesoccorso (di solito fornito dal comune di residenza su presentazione di un certificato medico) che permette di attivare i servizi di sanitari (118, guardia medica, medico di famiglia) senza la necessità per il paziente di comporre il numero telefonico in quanto semplicemente premendo un tasto viene allertato un centro telefonico con personale che risponde e si accerta dei bisogni del paziente.

Ressa:

Passiamo ad esaminare alcuni dei punti che avevi citato in precedenza. Parlavi per esempio di presentazioni cliniche delle malattie sfumate o equivoche.

Rossi:

Sì, gli anziani rispondono ad una malattia in maniera diversa dai giovani-adulti. Questo dipende da vari fattori, in parte già detti: alterazione dei meccanismi omeostatici, alterazioni della coscienza, interpretazione alterata dei sintomi, riduzione della sensibilità, ecc.

Ressa:
Puoi fare qualche esempio?

Rossi:

Ne citerò alcuni che sono di riscontro comune: per esempio una polmonite può manifestarsi con scarsa febbre e tosse ma piuttosto con alterazioni del sensorio; altrettanto può darsi per altre malattie infettive come la pielonefrite. Un deficit cognitivo potrebbe essere l'espressione di un ipotiroidismo misconosciuto, di un'anemia da carenza di folati o B12, di una depressione. Un infarto miocardico o un addome acuto possono avvenire con una sintomatologia dolorosa sfumata o assente. Mi ricordo di una 85 enne con infarto miocardico acuto che mi chiamò a domicilio perché accusava un'improvvisa stanchezza e non se la sentiva di venire in studio, mi disse di andar pure con calma, appena avessi un attimo di tempo. Quando mi recai a visitarla la trovai distesa sul letto, si alzava con una certa fatica ma non lamentava assolutamente dolore toracico o irradiato al collo o agli arti. L'unico dato che mi insospettì fu il riscontro di una pressione bassa per i suoi valori abituali, tanto che predisposi subito per il ricovero.

La diagnosi comunque può rivelarsi difficile perché i sintomi possono essere del tutto aspecifici o ascritti per esempio alla terapia farmacologica o all'invecchiamento stesso.

Ressa:

Hai toccato un aspetto molto importante della medicina geriatrica, la terapia, o meglio la politerapia, farmacologica, non raramente fonte di effetti collaterali, intolleranza, interazioni.

Rossi:
Sì, gli eventi avversi da farmaci sono particolarmente frequenti negli anziani. Abbiamo già accennato ai motivi: ridotta metabolizzazione, ridotta capacità di escrezione epatica o renale, coesistenza di comorbidità. Ma credo che il fattore principale sia proprio l'uso di molti farmaci che amplifica il rischio di interazioni indesiderate. I farmaci più assunti dai pazienti sono quelli cardiovascolari, gli antinfiammatori-analgesci e gli ansiolitici-ipnotici.

E' stato calcolato che effetti collaterali da farmaci, spesso difficili da individuare, possono realizzarsi fino ad un paziente anziano ogni 2-3 e che non di rado essi sono causa di ospedalizzazione.

Bisogna quindi rivalutare sempre costantemente la terapia farmacologica, eliminando i prodotti non strettamente necessari, sfoltendo la terapia e semplificandola al massimo, anche per favorire la compliance.

Ressa:

In effetti mi preoccupa sempre la funzionalità renale di un anziano, anche con valori di creatinina normale.

Rossi:

In effetti sarebbe sempre preferibile far riferimento alla clearance della creatinina, che possiamo anche calcolarci con formula di Cockcroft:

Maschio = $(140 - \text{età in anni}) \times \text{peso} / 72 \times \text{creatinina}$

Femmina = $0,85 \times \text{clearance creatinina del maschio}$

Ressa:

Quello della compliance è un altro aspetto cruciale della terapia dell'anziano.

Rossi:

Certamente. Se è vero che spesso si usano troppi farmaci, è anche vero che molti non li assumono come prescritto e che non sono rari errori di posologia (dimenticanze o assunzione di dosi in eccesso) o uso di farmaci mee-too (cioè di dopponi). Questo è dovuto spesso al fatto che la terapia viene cambiata e il paziente assume i farmaci nuovi insieme a quelli vecchi (bisognerebbe sempre dare l'incarico ad un familiare o ad un amico di fare una "pulizia" dei farmaci non più usati presenti nell'armadietto di casa). In ogni modo è bene evitare protocolli complessi ed eccessive variazioni degli schemi e dei farmaci e accertarsi che il paziente abbia compreso come deve assumere le medicine, fornendo informazioni scritte. Possono essere utili particolari scatolette a scomparti dove si possono mettere i farmaci da



assumere durante la giornata, preferibilmente da far preparare da un familiare o da chi si occupa del paziente. Alcuni farmaci vanno somministrati con molta prudenza, talora a dosaggio ridotto; ne ricordo alcuni: aminoglicosidi, benzodiazepine, digossina, metoclopramide, tiroxina, antidepressivi triciclici (in realtà secondo molti sono controindicati negli anziani), betabloccanti.

Ressa:

Insomma quali consigli daresti per la prescrizione farmacologica negli anziani?

Rossi:

Richiamo alcuni punti:

- 1) valutare la necessità reale di usare farmaci (non tutti i disturbi o i sintomi richiedono necessariamente una medicina)
- 2) informarsi usando la scheda tecnica se i farmaci usati richiedono particolari cautele negli anziani
- 3) se necessario (per esempio in caso di insufficienza renale) usare dosaggi ridotti
- 4) limitarsi a schemi di terapia semplici, evitando eccessive variazioni che possono compromettere la compliance o confondere il paziente
- 5) se necessario responsabilizzare un familiare nella gestione della terapia

Ressa:
Parliamo di linee guida. Sappiamo che si tratta di una serie di raccomandazioni basate su evidenze cliniche per guidare il comportamento dei medici di fronte ad una determinata condizione patologica. Tuttavia esse sono pensate per il trattamento di una singola malattia ma sono di aiuto quando si tratta di pazienti, di solito anziani, in cui coesistono più patologie?

Rossi:

Per determinarlo alcuni studiosi della John Hopkins University di Baltimora hanno ipotizzato (JAMA 2005; 294:716-724) di dover trattare una donna di 79 anni affetta da osteoporosi, artrosi, diabete tipo 2, ipertensione e BPCO. Se si dovesse seguire le raccomandazioni delle varie linee guida per ogni singola situazione clinica, l'ipotetica paziente dovrebbe assumere ogni giorno 12 farmaci diversi in 19 dosi (per un costo di 400 dollari al giorno!).

Gli autori hanno anche esaminato le linee guida riguardanti l'ipertensione, lo scompenso cardiaco cronico, l'angina stabile, la fibrillazione atriale, l'ipercolesterolemia, il diabete, l'artrosi, la BPCO e l'osteoporosi, trovando che solo in alcune erano previste delle raccomandazioni per i pazienti affetti da più condizioni patologiche, che solo una linea guida esaminava il problema delle fasi terminali della malattia mentre nessuna si preoccupava di discutere l'impatto di un trattamento complesso sia sui pazienti che sui medici.

Le linee guida, in questi casi, dovrebbero aiutare a selezionare, tra le molte opzioni disponibili, solo quelle che offrono un beneficio importante per i pazienti.

Ressa:

Mi sembra che questo studio ponga l'accento su un problema che i medici incontrano ogni giorno: i pazienti reali sono diversi da quelli arruolati negli studi clinici e da quelli esemplificati dalle linee guida. Il mondo reale è molto più complicato di quanto si creda. Questo è tanto più vero quando si tratta di soggetti anziani che si presentano con quadri complessi e con varie patologie contemporaneamente.

Rossi:
Si calcola che oltre la metà dei soggetti over 65 anni abbia almeno tre malattie croniche. Le linee guida, pensate per trattare una singola malattia e sicuramente utili nei pazienti giovani che di solito presentano una sola condizione patologica, sono di aiuto relativo negli anziani con comorbidità e anzi, seguirle alla lettera, può portare a trattamenti polifarmacologici esasperati, con il rischio di gravi reazioni avverse e di interazioni negative tra i vari farmaci, oltre che ad aumenti ingiustificati della spesa sanitaria perché ad essi non corrispondono sostanziali benefici.

Sempre più il medico avrà a che fare con pazienti che vivono più a lungo e proprio per questo assommano varie situazioni cliniche: bisogna valutare i singoli rischi e limitare la priorità terapeutica ai trattamenti che presumibilmente sono più utili, scegliendo oculatamente tra le molte opzioni disponibili, affinché valga sempre il principio "primum non nocere".

Ressa:

Passiamo ad un altro punto critico, quello dell'incontinenza urinaria.

Rossi:

E' stato calcolato che circa il 15-20% della popolazione anziana soffre di incontinenza urinaria. Le conseguenze sono ovviamente di ordine psicologico e sociale e anche sanitario perché una incontinenza grave comporta lesioni cutanee e piaghe da decubito.

E' importante chiedere esplicitamente se c'è incontinenza urinaria in quanto il disturbo viene spesso ritenuto, e dai pazienti e dai loro familiari, quasi fisiologico.

Possiamo distinguere grosso modo due tipologie di pazienti. Un primo tipo è rappresentato da donne relativamente più giovani affette da incontinenza sfinteriale causata dalle gravidanze e dal parto; esse sono generalmente trattate dai ginecologi e dagli urologi. Un secondo tipo è rappresentato dai pazienti più anziani. A questa suddivisione corrispondono due meccanismi fisiopatologici diversi.

L'incontinenza delle donne più giovani è dovuta alla incapacità di aumentare il tono dello sfintere vescicale quando aumenta il tono muscolare della vescica. Si verifica spesso in occasione di sforzi, risate, colpi di tosse, e per questo è detta anche incontinenza da stress o da sforzo. Le donne sono colpite in maggior frequenza sia a causa delle possibili lesioni perineali causate dai parti sia per la diminuzione della elasticità dei tessuti dovuta al venir meno della secrezione estrogenica in menopausa. La presenza di prolasso uterino e/o di cistocele aggrava il problema.

Il secondo tipo di incontinenza si verifica quando il paziente non è capace di sopprimere lo stimolo dovuto al riempimento vescicale; succede così che quando si raggiunge un certo volume si attiva lo stimolo ad urinare, che il paziente non riesce ad inibire. Questo tipo di incontinenza è tipico, di solito, di pazienti con demenza o con esiti di ictus o affetto da malattia di Parkinson o altre affezioni neurologiche. Viene detta incontinenza da iperattività del



detrusore.

Ressa:

Vi sono però altri meccanismi che possono spiegare una incontinenza vescicale.

Rossi:

Sì, quando vi è una alterazione allo svuotamento della vescica per una ostruzione dello sbocco. Per esempio in caso di ipertrofia o cancro prostatico o stenosi uretrale. Si ha una sovradistensione della vescica finché l'aumento della pressione è tale da far sviluppare una incontinenza (incontinenza da urgenza). Questo meccanismo è caratteristico anche dei cistoceli importanti che prollassano e angolano l'uretra.

Altre cause di incontinenza sono la neuropatia diabetica (che comporta un'alterata funzione del muscolo detrusore), interventi di prostatectomia totale oppure l'uso di determinati farmaci. I diuretici per esempio portano ad un aumento del volume urinario e il paziente può manifestare incontinenza se si trova in ambienti estranei con difficoltà a raggiungere il bagno. Altri farmaci che possono causare incontinenza sono: antistaminici, antidepressivi anticolinergici, antipsicotici, benzodiazepine, oppioidi, doxazosina, calcio-antagonisti, aceinibitori.

Ressa:

In ogni modo nell'anziano l'incontinenza urinaria è spesso dovuta alla combinazione di più meccanismi.

Cosa fare di fronte ad un paziente che lamenta incontinenza urinaria?

Rossi:

Convieni per prima cosa escludere cause potenzialmente trattabili come la presenza di vaginite atrofica, di infezione urinaria, un fecaloma o l'uso di farmaci che possono scatenare l'incontinenza.

Il paziente andrebbe studiato dal punto di vista strumentale perché non sempre dall'anamnesi è possibile risalire al meccanismo responsabile del disturbo. Il riscontro di un residuo post-minzionale superiore a 100 ml all'esame ecografico fa sospettare una incontinenza da urgenza.

I pazienti più giovani o quelli dotati di maggiore autonomia dovrebbero essere inviati a consulenza specialistica (urologica, ginecologica) per la valutazione e la classificazione dell'incontinenza tramite l'esecuzione di test urodinamici.

Nel paziente anziano, con scarsa autonomia o magari allettato, di solito si rinuncia ad approfondire la diagnosi anche perché spesso la causa dell'incontinenza è nota (interventi di TURP, ipertrofia prostatica, demenza, ecc).

Ressa:
Quali sono le terapie dell'incontinenza urinaria?

Rossi:

Nella iperattività del detrusore si può insegnare al paziente a mingere ogni 1-2 ore, allungando progressivamente l'intervallo fra le minzioni fino ad arrivare almeno a 3 ore. Non sempre però il paziente ritorna continente. Può essere fatto un tentativo con tolterodina alla dose di 2 mgx2/die (controindicata nel caso di glaucoma ad angolo stretto, miastenia, colite ulcerosa grave, pregressi episodi di ritenzione urinaria), oppure ossibutinina alla dose di 5 mgx2-3 volte al giorno o ancora antidepressivi triciclici (che però spesso sono sconsigliati negli anziani) o calcioantagonisti (alle dosi comunemente usate per trattare l'angina). Quando tali misure falliscono bisognerà ricorrere a sistemi contentivi come l'uso di pannoloni (che però, nei pazienti allettati può portare a macerazioni cutanee e predisporre alle piaghe da decubito). In alcuni casi si deve ricorrere alla cateterizzazione temporanea, per esempio per permettere la guarigione di un'ulcera da decubito.

Nella incontinenza da stress possono essere effettuati esercizi di rinforzo dei muscoli pelvici sotto la supervisione di un fisioterapista dedicato. Talora viene usata l'imipramina, ma spesso è necessario ricorrere all'intervento chirurgico di sospensione del collo vescicale (cisto-uretro-pessi) che, in soldoni, consiste nella fissazione della vescica alla parete addominale, effettuata con varie metodiche chirurgiche, anche per via vaginale. Trattamenti alternativi sono l'iniezione peri-uretrale di dispositivi di espansione (sono necessarie varie sedute) come per esempio glutaraldeide-collagene.

Nei casi di ostruzione dello sbocco vescicale come per esempio una ipertrofia prostatica vengono usati farmaci alfalutici e/o inibitori della 5 alfa reduttasi o l'intervento chirurgico di resezione endoscopica prostatica (vedi il capitolo sull'ipertrofia prostatica). Nelle donne talora si ha una stenosi dell'uretra e può essere tentata una dilatazione che ha il vantaggio di poter essere ripetuta, se necessario. Se falliscono tutti i tentativi si può proporre l'uso di un uroprofilattico (per esempio una guaina adesiva in materiale non irritante come la cellulosa, da infilare sul pene) con un sistema di raccolta delle urine.

Negli anziani poco autonomi, con pluripatologie o allettati, purtroppo l'unico trattamento (se così vogliamo chiamarlo) è l'uso di pannoloni contentivi. Per i soggetti autonomi esistono in commercio garze assorbenti abbastanza sottili che impediscono anche la formazione di cattivi odori e sono usate soprattutto per l'incontinenza da sforzo.

Ressa:
Lasciato questo triste argomento occupiamoci di prevenzione. E fattibile una prevenzione nell'anziano, e prevenzione di che cosa?

Rossi:

Sì, anche per l'anziano è prevedibile una prevenzione, che ovviamente dovrà essere diversa da quella attuata nei giovani-adulti e dovrà occuparsi di aspetti diversi.

Ressa:

Per esempio?

Rossi:

Direi che possiamo focalizzare la nostra attenzione sui seguenti punti:

- 1) la prevenzione delle reazioni avverse da farmaci (di cui abbiamo già detto)
- 2) la prevenzione delle cadute
- 3) l'esercizio fisico
- 4) la prevenzione della malnutrizione



5) la prevenzione delle malattie infettive

Ressa:

Mi sembra che di materiale al fuoco ce ne sia parecchio. Cominciamo con la prevenzione delle cadute. Rossi:
Le cadute nell'anziano possono essere frequenti e spesso causa di gravi complicanze e disabilità, si pensi per esempio alle cadute con frattura del collo femorale o con traumi cranici. Dal nostro punto di vista la prevenzione può essere di tipo ambientale e di tipo strettamente medico. Di quella ambientale abbiamo già parlato: la conoscenza del domicilio del paziente permette di evidenziare ed eventualmente eliminare condizioni di rischio come le scale (si può per esempio suggerire di far portare un letto e i servizi igienici al pian terreno, anche se non sempre questo è possibile), tappeti, ambienti mal illuminati, pavimenti sdruciolevoli. Uno studio ha dimostrato l'efficacia di interventi di questo tipo negli anziani > 75 anni con deficit visivi (BMJ 2005 Oct 8; 331: 817) ma una revisione sistematica ha fornito risultati più deludenti, almeno negli anziani istituzionalizzati (BMJ 2007 Jan 13; 334:82).

Dal punto di vista puramente medico la prevenzione si basa sulla sospensione (se possibile) di eventuali farmaci che possono provocare ipotensione posturale, sulla correzione di deficit visivi (adeguamento delle lenti degli occhiali, correzione di una cataratta), sullo sfoltimento dei farmaci usati, eliminando quelli non strettamente necessari, sull'uso limitato di ipnotici e sedativi. In realtà però la limitazione della prescrizione di benzodiazepine non sembra in grado di ridurre il rischio di fratture dell'anca (Ann Intern Med 2007 Jan 16; 146:96-103) il che ci costringe a cambiare i nostri schemi mentali. La somministrazione di vitamina D riduce le cadute (HA Bischoff-Ferrari et al. JAMA 2004 Apr 28; 291:1999-2006 e Flicker L et al. J Am Geriatr Soc 2005 Nov; 53:1881-8.) e le fratture negli anziani sia istituzionalizzati che ambulatoriali (HA Bischoff-Ferrari et al. JAMA. 2005 May 11; 293:2257-2264). Secondo uno studio randomizzato più recente in anziani ambulatoriali supplementi di calcio e vitamina D riducono il rischio di cadute nelle donne (soprattutto in quelle che praticano poco esercizio fisico) ma non negli uomini (Arch Intern Med. 2006 Feb 27; 166:424-430). Un paziente che pratichi un certo esercizio fisico in modo costante avrà una forza muscolare e un equilibrio migliori e questo può costituire una specie di polizza assicurativa contro le cadute. Comunque l'argomento è stato trattato più in dettaglio altrove (<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3749>)

Ressa:

E siamo così al terzo punto della nostra scaletta: l'attività fisica. Rossi:

I benefici della attività fisica sono noti. Nell'anziano il movimento comporta un miglioramento della forza muscolare e dell'agilità, delle condizioni cardiorespiratorie, riduce il rischio di sviluppo di osteoporosi e di coronaropatia. Nei soggetti in buone condizioni generali può essere sufficiente consigliare di camminare di buon passo per circa 30 minuti 4-5 volte alla settimana, ma possono essere praticate anche altre attività come andare in bicicletta, il nuoto, il giardinaggio, ecc. Anche nei grandi anziani una certa attività, pur se più blanda, è sicuramente salutare. Il nuoto o la bicicletta, possono essere utili se esistono condizioni (per esempio gonartrosi importanti) che impediscono di camminare con facilità.

Ressa:

Esistono delle controindicazioni?

Rossi:

Sì, ma sono poche: scompenso cardiaco avanzato, stenosi aortica grave, recente infarto miocardico acuto o embolia polmonare, aritmie cardiache ventricolari frequenti e invalidanti. Aggiungerei che è bene avviare l'anziano anche ad una certa pratica culturale (cinema, teatro) e alla lettura. Ci sono studi che hanno dimostrato che esiste una relazione positiva tra livello culturale del soggetto e benessere fisico e psichico (Arch Intern Med. 2005;165:1946-1952). Purtroppo è molto difficile per un anziano coltivare interessi intellettuali se non c'è una lunga abitudine precedente.

Ressa:

Passiamo alla prevenzione della malnutrizione.

Rossi:

L'anziano può andare incontro a malnutrizione per una serie di motivi che vanno dalle condizioni di contesto sociale e ambientale (specialmente se vive da solo e non è in grado di prepararsi i cibi) a situazioni mediche come un malassorbimento, causato da una ridotta efficienza del sistema digestivo, da uno scompenso cardiaco con stasi addominale, o altro.

Alcuni parametri vanno attentamente valutati: BMI (un BMI inferiore a 20 è associato ad un rischio elevato di malnutrizione), una perdita di peso recente superiore ai 3-5 kg, segni di anemia (pallore della cute e delle mucose), pelle ipoelastica con segni di disidratazione.

Semplici esami di laboratorio sono utili per valutare lo stato nutrizionale del soggetto: l'emocromo può evidenziare anemia iposideremica o da carenza di folati e vitamina B12, il dosaggio di transferrina e ferritina ed eventualmente dei folati e della vitamina B12 permettono di tipizzare meglio l'anemia, una ipoalbuminemia è indice di stato nutrizionale carente, l'ipersodiemia (Na > 145 mEq/litro) indica un insufficiente apporto idrico. Può essere necessario attivare i servizi di assistenza domiciliare da parte del comune che si incaricano di fornire pasti caldi a domicilio mentre familiari o i caregivers dovrebbero garantire un apporto idrico sufficiente.

Semplici esami di laboratorio sono utili per valutare lo stato nutrizionale del soggetto: l'emocromo può evidenziare anemia iposideremica o da carenza di folati e vitamina B12, il dosaggio di transferrina e ferritina ed eventualmente dei folati e della vitamina B12 permettono di tipizzare meglio l'anemia, una ipoalbuminemia è indice di stato nutrizionale carente, l'ipersodiemia (Na > 145 mEq/litro) indica un insufficiente apporto idrico.

Può essere necessario attivare i servizi di assistenza domiciliare da parte del comune che si incaricano di fornire pasti caldi a domicilio mentre familiari o i caregivers dovrebbero garantire un apporto idrico sufficiente.

Ressa:

Abbiamo quasi finito, resta da parlare della prevenzione delle infezioni.

Rossi:



Si attua essenzialmente con una politica vaccinale che preveda la vaccinazione antinfluenzale ogni anno e quella antipneumococcica ogni 5 anni. Può essere utile anche la vaccinazione antitetanica per quei soggetti attivi che praticano attività a rischio (per esempio raccolta di funghi o lumache, passeggiate nei boschi, lavori di giardinaggio).