Il giovane anziano
Lute 2018

A cura del

Dott. Claudio Mario ITALIANO

claudiomario.italian@alice.it 338 18 14 307

Sitiweb www.gastroepato.it

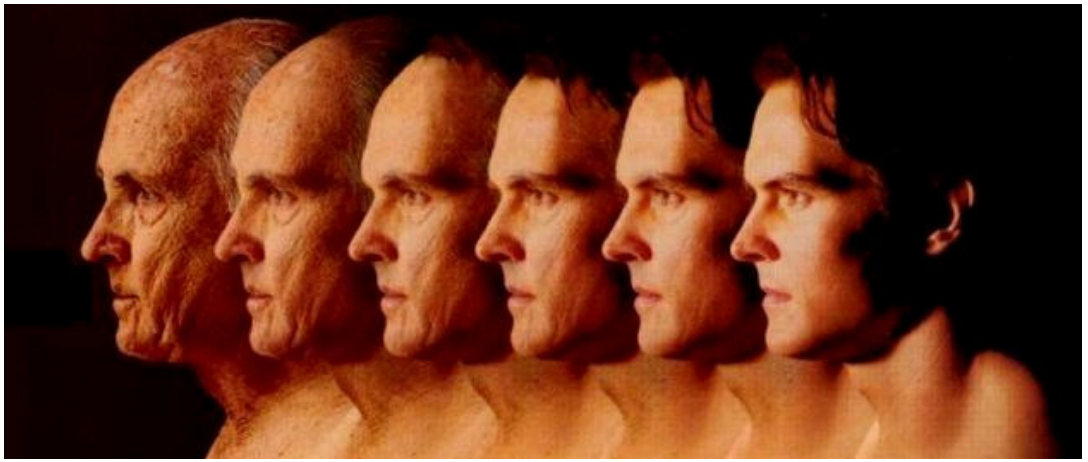
www.unmedicopertutti.it

www.gastroepato.it

www.unmedicopertutti.it

Invecchiamento della popolazione

- Indice invecchiamento = popolazione di 65a/15a
- Nel 2006= 139%
- Nel 2009 indice = 141%
- Speranza di vita in Italia
- oltre i 78 anni x uomini e oltre 84 anni per le donne



Il paziente geriatrico

Il termine **geriatria** deriva dal greco *γέρων*, “vecchio, anziano” e *ἰατρεία*, “cura” ed è una disciplina medica che **studia le malattie che si verificano nell’anziano** e le conseguenze disabilitanti che queste hanno su di loro, con l’obiettivo fondamentale di ritardare il declino funzionale e mentale, cercando di mantenere l’autosufficienza e la miglior qualità di vita il più a lungo possibile.

Oggi non si invecchia più!

Le categorie di ‘giovane’, ‘adulto’, ‘anziano’, già di per sé un po’ scivolose e labili, sono state dichiarate ufficialmente insufficienti dai demografi alla luce dei mutamenti intercorsi negli ultimi decenni e del cospicuo aumento dell’età media della popolazione.

Negli anni 50

Uomini vivevano fino a 60 anni
Donne vivevano fino a 65 anni

Negli anni 2010

Uomini vivono fino a 78 +/-
Donne vivono fino ad 85 +/-

Il dott. Claudio Italiano

- E’ un adolescente attempato nato il 8-10-60

Nuova suddivisione in fasce, 9

- Ecco allora che dopo l'infanzia e l'adolescenza i demografi hanno sentito la necessità di introdurre nuove distinzioni:
- ci sono i giovani (21-25 anni) e i giovani adulti (26-34),
- gli adulti *tout court* (35-54)
- i tardo-adulti (55-64);
- I giovani anziani' (65-75),
- gli 'anziani' veri e propri (76-84)
- e i 'grandi anziani' (85 e oltre).

Io sono
IL GIOVANE ANZIANO

VIVERE SEMPRE IN VACANZA

Il giovane anziano è una risorsa economica !

- Ha la pensione
- Legge 100 da febbraio 2019
- Vuole godersi la vita
- E’ in buona salute
- Pensa a farsi una vita di relazioni nuove

Dall’altra parte della medaglia abbiamo….

- Il bamboccione che sta a casa e soffre di una adolescenza infinita e si anestesizza nelle sostanze perché non vuole affrontare la vita…
- Non ha un lavoro fisso ma saltuario…

E torniamo agli anziani evergreen

Ma perché tanti giovani anziani?

La medicina lavora per migliorare la loro vita….

- Se infarto del miocardio PTCA e stenting
- Se neoplasia terapia mirata con anticorpi specifici
- Se diabete, dott. Claudio Italiano
- Se impotenza erigendi, sildenafil e tadalafil
- Se dislipidemia, statine, omega 3
- Se demenza, farmaci per la memoria
- Se BPCO, triplice terapia LABA-LAMA-CORTISONE
- Se ictus, stroke unit e poi riabilitazione

Comune di Angri

CONSORZIO FARMACEUTICO INTERCOMUNALE

29/30 settembre

1 ottobre 2016

dalle 15.00 alle 20.00

GIORNATE DELLA PREVENZIONE

Check vascolare

Misura l'età delle tue arterie con soli 5 euro

L'iniziativa è promossa dal Comune di Angri in collaborazione con il Consorzio Farmaceutico Intercomunale di Salerno

Problema dei costi sostenuti per gli anziani

- Costi diretti = spese per polipatologie, molti farmaci, ADI, RSA
- Costi indiretti= invalidità e spese per la famiglia
- Costi ombra= spese per il trasporto, spese per attività ricreative, non autosufficienza nelle ADL ed IADL, spese per riscaldamento, TV, attività ludiche, confezione dei pasti ,cibi particolari, cibi semifluidi ecc., spese per sorvegliarlo
- Dunque <u>saper gestire le risorse</u>, offrendo sostegno a chi necessita ed evitando gli sprechi
- <u>Necessità di investire sulla prevenzione</u>
- <u>Arrivare alla 4° età in buona salute</u>

Gestione dell’anziano

- Donne impiegate in tale settore terziario almeno il 72% vs 29% circa delle donne
- Concetto della vita in vacanza
- L’anziano come risorsa, anche economica e sociale

… e mentre una volta la vacanza era a Villa 3 Cancelli … (!)

Oggi esiste un
Progetto per una vita in vacanza

PROGETTI

Per prima cosa, occorre creare LA RETE DELLE STRUTTURE. Una rete tale da poter garantire un circuito di scambi che permetta un buon livello di soggiorno e di stile di vita, sempre in luogo ospitale, sicuro, ameno, assistito e "integrato"

Il questionario

Il lancio mediatico è parte importante dell'iniziativa poiché dovrà essere spiegato nei dettagli sia come progetto di investimento per i partners; sia, per gli stessi soci giovani anziani, come occasione di investimento per garantirsi una serena vacanza attiva, e non un semplice posto in un ospizio. L'originalità della proposta e le ridotte risorse economiche che la rendono possibile, la rete dei partners e la loro competenza, faranno certamente risultare il progetto come importante NOTIZIA nel panorama della longevità attiva, di cui tanto si parla insieme alla crescita e all'allungamento delle speranze di vita della popolazione.

Prima di mettere insieme tutte le risorse e i partners, chiediamo ai nostri lettori di farci conoscere la loro opinione, soprattutto se l'idea (il marchio Il Giovane Anziano è registrato dall'arch. Giorgio De Romanis) di "vivere sempre in vacanza" abitando in dimore, residence e villaggi integrati e attrezzati, in posti idonei ma diversi fra loro, può aiutare a superare l'inedia e la pigrizia dell'età maggiore. Il questionario è visibile su www.senzaeta.it e su facebook alla pagina dedicata www.facebook.com/senzaeta

Aspettiamo le vostre risposte.

QUESTIONARIO

Vi piacerebbe in futuro, a Voi uomini e donne, vivere come IL GIOVANE ANZIANO

Difficile oggi prevedere il futuro della propria vita, al di là della speranza di una buona pensione? Con la Nostra proposta desideriamo avere un Vostro parere su un'idea innovativa per tutti coloro che, compiuti i 60 anni o più, amerebbero vivere in luoghi con apposite e confortevoli strutture ricettive, dove è possibile socializzare con gli altri e trovare ciò che risponde al Vostro desiderio, continuando a dedicarsi ad attività di hobby o lavori secondo il gradimento di ognuno, che potrebbe anche essere utile a tutta la comunità.

Se ritenete buona questa idea, barrate una delle caselle corrispondenti a ciò che ritenete di Vostro gradimento

Hai mai pensato a dove vorresti stare nell'età matura? -SI -NO

Che cosa vorresti e che cosa ti auguri, oltre naturalmente alla piena salute – fra una ventina di anni o più – per vivere una serena terza età?

- STARE IL PIU' POSSIBILE IN COMPAGNIA
- MANTENERE E COLTIVARE TANTI INTERESSI
- VIAGGIARE E VISITARE ALCUNI POSTI NUOVI
- SOGGIORNARE IN UN'OTTIMA RESIDENZA ASSISTITA AD ALTO LIVELLO

Ti piacerebbe che qualcuno pensasse ad organizzare dei periodi di soggiorno "riservati" in luoghi belli, attrezzati e integrati anche per vivere in modo autonomo e più libero, in compagnia e in sicurezza, con una spesa contenuta?

- SI
- PREFERISCO PENSARCI DA SOLO
- NON MI PIACE ALLONTANARMI DA CASA MIA

Il progetto Il Giovane Anziano prevede di realizzare una rete di sedi, luoghi e strutture in tutta Italia e all'estero, idonei, tranquilli, dove sarete liberi di decidere per voi ogni giorno ciò che desiderate, ritrovandovi tra soci di questo particolare club. Ti piacerebbe trascorrere parte o tutto il tuo tempo in vacanza, scegliendo anche tra molte strutture che possiamo proporti?

- AL MARE
- IN COLLINA
- IN CAMPAGNA
- VICINO A CITTA' D'ARTE

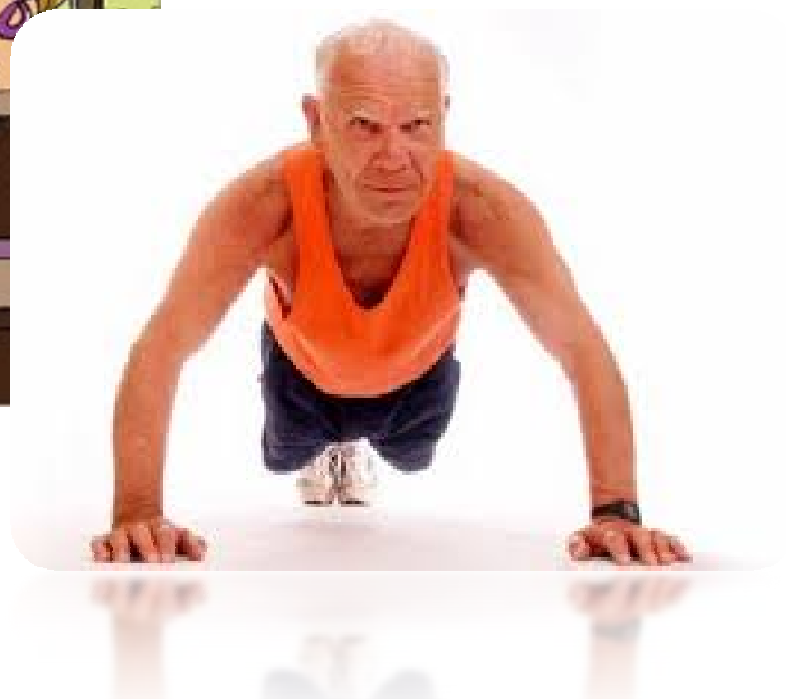
Se lo desideri puoi ricevere un Nostro depliant, fare osservazioni ed eventualmente indicare il Tuo

- NOME e COGNOME
- Indirizzo (via, cap, città)

Se sei interessato a ricevere informazioni sul progetto compila il modulo, ritaglia e spediscilo a
TECNOPRINT NEW - Redazione SENZAETA' - Via Caduti del Lavoro, 12 - 60131 Ancona
Tel. 071.2868255

Anziani, sempre verdi!

Uno, due,
uno due….



Il successo dell’anziano il problema sildenafil

- il giovane bamboccione è sempre insicuro
- Il giovane anziano è sempre più sicuro, grazie alla pillola blu
- La pillola blu è stata scoperta per caso
- Se ne accorse una infermiera della Pzier

Implementazione del NO2, con effetti collaterali piacevoli

- **IL PROGETTO INIZIALE.**
- Gli scienziati della casa Pfizer non cercavano un medicinale per la cura dell'impotenza, ma contro i disturbi cardiovascolari nei coronaropatici
- Insomma un farmaco per l'*angina pect* un dolore al torace provocato dallo sca afflusso del sangue nelle arterie corona
- il *Sildenafil o viagra*, doveva dilatare i v sanguigni del cuore bloccando una proteina chiamata PDE-5 aumentava l'ossido nitrico. Le infermiere però...

La pillola blu…

- Ben vista dai giovani anziani perché ha prolungato la potenza maschile di altri 10-15-20 anni
- Mentre un tempo, superati i 45 anni, un uomo cominciava ad avere rapporti con difficoltà
- Adesso si aprivano nuovi orizzonti di vita…

Prima era cosi
CHIUSO
PER
LUTTO

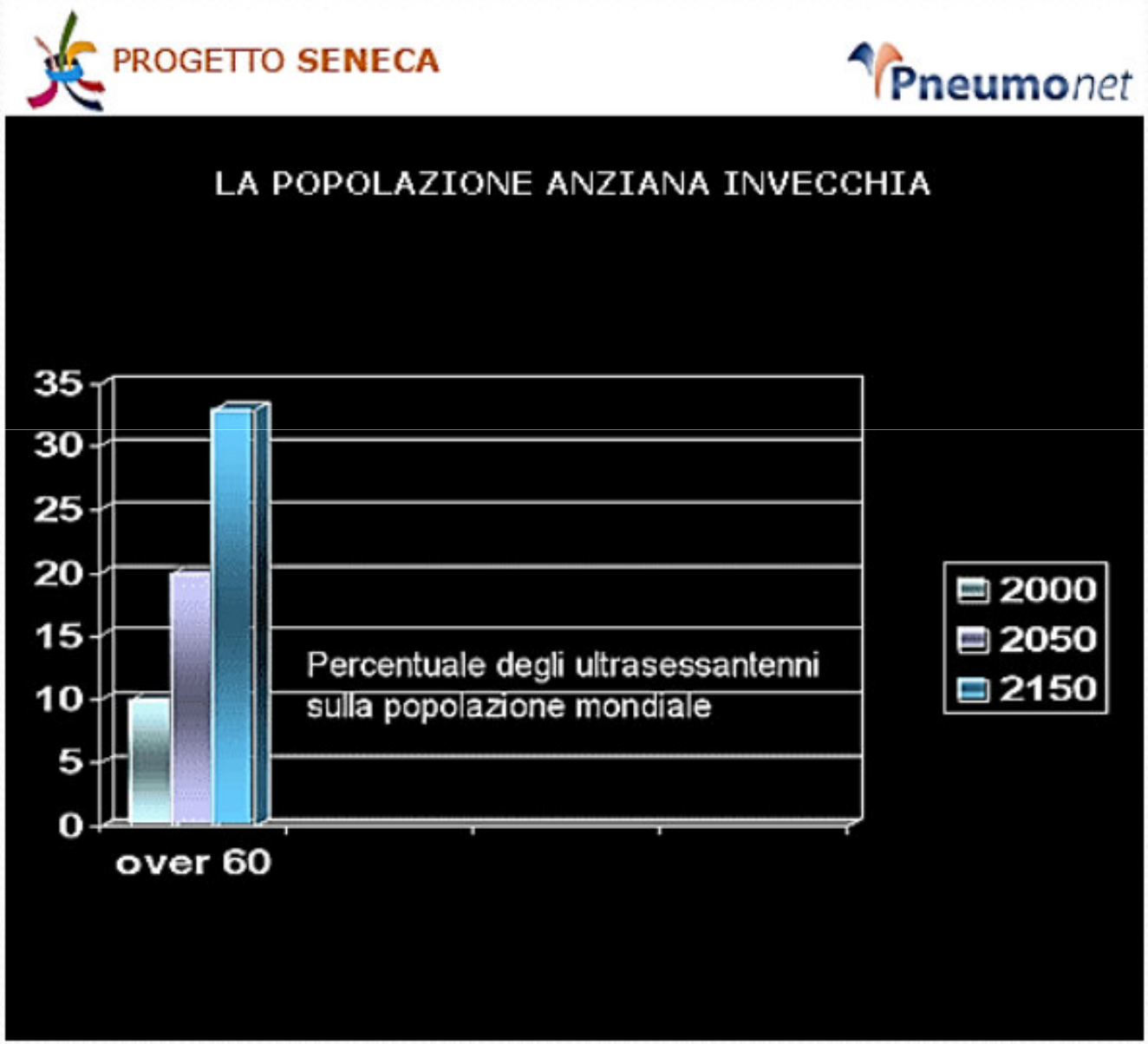
Tutta colpa della medicina del terzo millennio e del dott. Italiano!

medelit

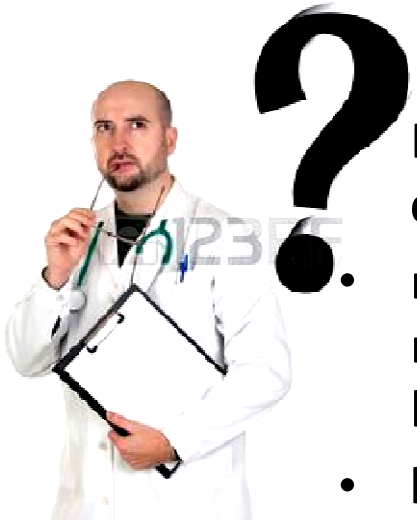
SERVIZIO MEDICO A DOMICILIO

GERIATRIA a DOMICILIO

Aspetti demografici dell'invecchiamento



Diverso approccio in medicina e chirurgia



Il soggetto anziano richiede un **approccio diagnostico differente**

- ridotta funzionalità di alcuni organi comporta un'incertezza nella definizione dei livelli normali degli esami di laboratorio,
- **l'esordio delle malattie è privo di sintomi** specie in una prima fase;
- in uno stesso paziente coesistano diverse malattie, che comportano una molteplicità di prescrizioni farmacologiche.
- Tutto ciò rende la diagnosi complicata
- accresciuta la tendenza del paziente anziano ad accettare una **diminuzione** delle **proprie capacità fisiche come facente parte del processo d'invecchiamento**

Differenza tra
Medicina interna e geriatria

- La **geriatria** e la **gerontologia** sono strettamente legate alla medicina interna; la geriatria si è affermata inizialmente negli anni quaranta e cinquanta in Inghilterra e negli Stati Uniti. Scienza specializzata nella gestione delle complesse affezioni dell'anziano

L’anziano fragile

- La prevenzione
- Cosa fare per aiutare il giovane anziano a vivere in salute?
- Come ridurre gli sprechi?

Take home

- Aspetto preventivo della medicina del 3° millennio
- Prevenire

è meglio di curare

Prevenire le patologie del giovane anziano

- Le patologie dovute alla mancata applicazione di norme fisiologiche di vita
- Mancata applicazione del life style
- Mancata applicazione del concetto moderno di SOMA-PSICHE-AMBIENTE
- Cioè il fisico e la mente stanno bene se la vita è condotta in un ambiente sano

Combattere depressione e Sindrome da immobilizzazione

Detta anche **s. ipocinetica o da allettamento**, si intende un insieme di segni e sintomi a carico di vari organi ed apparati, che si manifesta quando una persona è **costretta all'immobilità** (a letto o mantenendo un altro tipo di decubito obbligato) per un periodo sufficientemente lungo, indipendentemente dalla causa e/o dalla malattia che l'ha provocata. Possono esserne responsabili diversi fattori predisponenti, quali l'età, la ridotta attività fisica, lo stile di vita, fattori psicologici, un inadeguato supporto sociale correlato allo stile/ambiente di vita. Ricordiamo che **il soggetto anziano**, anche in presenza di un evento lievemente invalidante, avrà la **tendenza a rimanere a letto od in poltrona: rapidamente andrà incontro ad una riduzione della mobilità**, cosicché un equilibrio già fragile potrà alterarsi, in quanto le sue riserve funzionali sono ridotte.

Problemi connessi con immobilizzazione

- Il riposo a letto è spesso il primo rimedio che l'anziano adotta quando compare uno stato di malattia. Non bisogna dimenticare inoltre che l'invecchiamento fisiologico si accompagna alla riduzione della funzionalità di vari organi importanti per il movimento: la riduzione della forza muscolare, il rallentamento dei riflessi, etc. Esso raramente provoca di per sé immobilità, ma ANCHE PICCOLE RIDUZIONI DELLA RISERVA FUNZIONALE POSSONO RENDERE DIFFICOLTOSE O IMPOSSIBILI DA COMPIERE ATTIVITÀ MOTORIE ANCHE SEMPLICI.

Combattere le Cause di immobilizzazione

- Le principali cause d’immobilizzazione nell'anziano sono:
- 1. PATOLOGIE A CARICO DELL'APPARATO MUSCOLOSCHELETRICO: artriti, osteoartrosi, osteoporosi e fratture.
- 2. MALATTIE NEUROLOGICHE: ictus, morbo di Parkinson, demenza, neuropatie periferiche.
- 3. MALATTIE CARDIOVASCOLARI: scompenso cardiaco (dispnea da sforzo), angina da sforzo, arteriopatie obliteranti periferiche (claudicatio intermittens).
- 4. MALATTIE POLMONARI.

Ulteriori cause di immobilizzazione

- a) La riduzione della vista (cataratta, retinopatie, ecc.), patologie a carico dei piedi (ulcere, calli), malnutrizione, gravi malattie sistemiche (ad es. neoplasie), effetti collaterali di farmaci (sonnolenza indotta da ansiolitici, rigidità muscolare e bradicinesia da neurolettici), comorbidità.
- b) La depressione, il timore di cadute e la perdita dell'abitudine al movimento (ad es. per decondizionamento da riposo prolungato a letto dopo malattie acute)
- c) I fattori socio-ambientali come la solitudine, l'indigenza e la malnutrizione. La presenza di barriere architettoniche (ad es. gradini) e l'assenza di ausili per il movimento (ad es. bastoni o altri tipi di appoggi mobili, calzature apposite, sponde o corrimani appropriatamente posizionati) possono inoltre ostacolare le prestazioni motorie. Naturalmente questi fattori interagiscono tra

Complicazioni connesse con l’immobilizzazione

- APPARATO LOCOMOTORE: L’attività fisica è indispensabile per mantenere il normale funzionamento delle ossa, cartilagini e muscoli. L'immobilizzazione prolungata porta a riduzione della massa (ipotrofia) e della forza muscolare (ipostenia), a cui talvolta si associano le contratture muscolari. In assenza delle sollecitazioni meccaniche intermittenti che si producono normalmente durante il carico, le cartilagini vanno incontro ad una progressiva deformazione, sino a bloccarsi e non permettere alcun movimento. Anche le ossa, quando non sopportano il peso del corpo, diventano più fragili (osteoporosi).

Complicazioni connesse con l’immobilizzazione

- APPARATO CARDIOVASCOLARE: Una delle più temibili complicanze dell'allettamento è la trombosi venosa profonda; essa è una condizione caratterizzata dalla formazione di trombi, ovvero coaguli di 7 sangue adesi alla parete del vaso, che possono staccarsi, andare in circolo e ostruire una vena o arteria. Un’altra complicanza riguarda la reistribuzione del flusso sanguigno verso la periferia nel momento in cui si riprende la posizione eretta; questa può determinare un calo della pressione, capogiri e senso di debolezza al minimo sforzo.

Anche il ballo è importante…

Complicazioni connesse con l’immobilizzazione

- APPARATO RESPIRATORIO: La posizione distesa (supina) provoca una riduzione dell’espansione dei polmoni e un aumento del ristagno di secrezioni bronchiali. Queste due condizioni facilitano l’insorgere di bronchiti e polmoniti.

No smokin!

NO

Fumo=patologie

- Respiratorie
- Cardiache
- vascolari

La prevenzione delle patologie: 3 livelli

- **Primaria**: evita o contrasta l'insorgere di una patologia
- **Secondaria**: è legata alla diagnosi precoce di una patologia nascente
- **Terziaria**: cura e riduce i "danni" prodotti da una patologia, limitando le complicazioni.
- Esempi di prevenzione ai vari livelli:
- **Primaria**: svolgere una sana e regolare attività fisica, abbinata a un'alimentazione equilibrata sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo
- **Secondaria**: cominciare a praticare attività fisica e ad avere un corretto regime alimentare, perché il peso corporeo è ormai troppo alto e si fa fatica a salire una rampa di scale o ad allacciarsi le scarpe
- **Terziaria**: praticare attività fisica perché prescritta dal medico, che ha riscontrato, ad esempio, un'ipertensione arteriosa. Quindi movimento come terapia "riabilitativa" e preventiva contro eventuali recidive.

Il giovane anziano

- E’ sensibile al problema del life style
- Pratica sport
- Vuole avere una vita sentimentale soddisfacente
- Si vuole divertire
- Vive a cavallo tra il ricordo dei bei tempi andati ed il futuro
- E’ tecnologico, con i soldi, sicuro e determinato!

Il problema Ambientale

- Ma la colpa di chi è?
- Di Nessunooooo!

Diciamo subito, che non esiste!

A Milazzo tutto è ok!

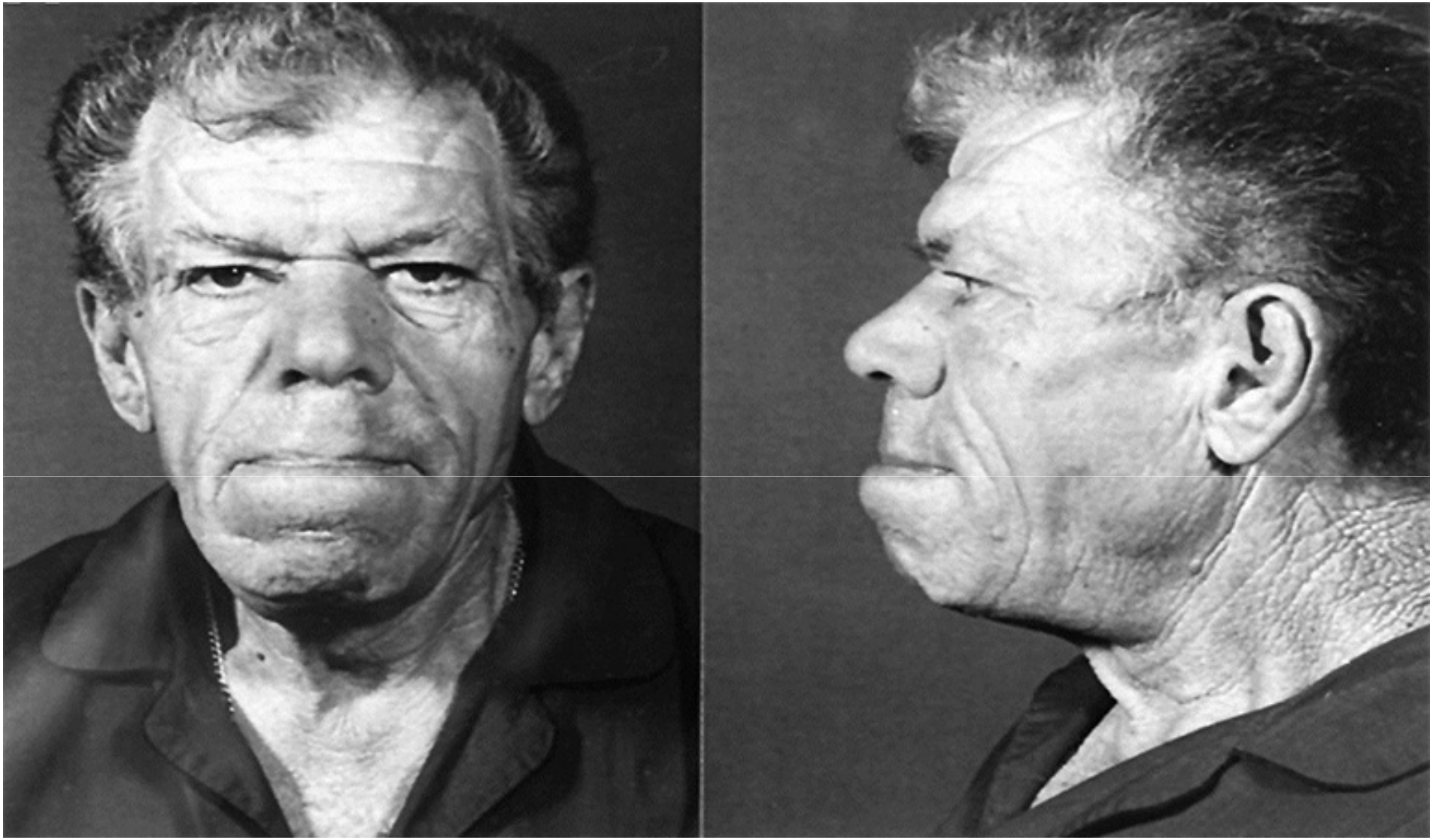
Problema del Gigantismo, a Milazzo

- Gigantismo è nel bambino, con le ossa accresciute di lunghezza e consistenza e pure gli organi interni

- Acromegalia è la condizione nell'adulto

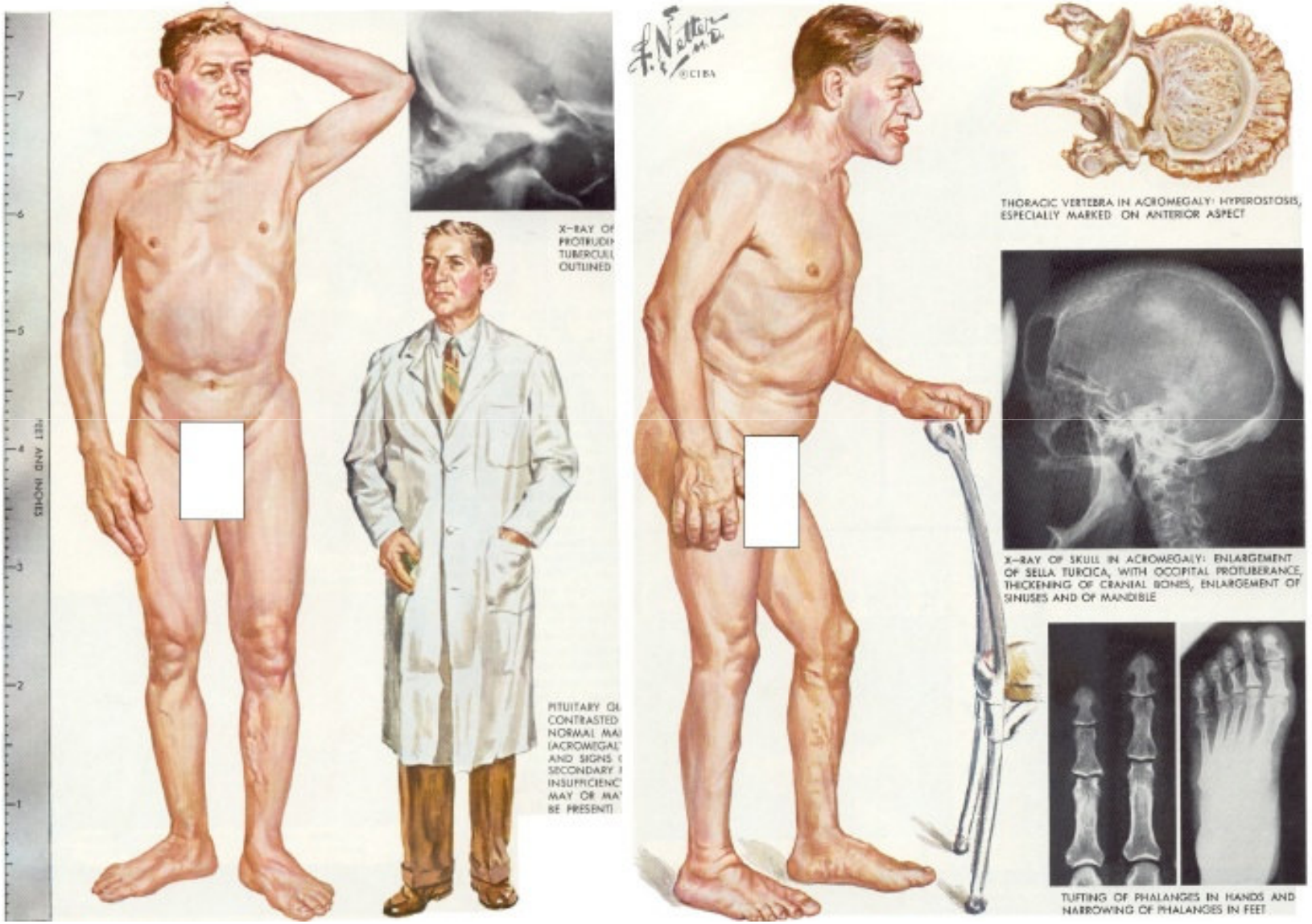
- A Milazzo il più alto tasso di casi di adenoma ipofisario e gigantismo

Acromegalia



GIGANTI

Gigantismo vs Acromegalia



A Milazzo, ritrovato scheletro gigante di 2,50 mt

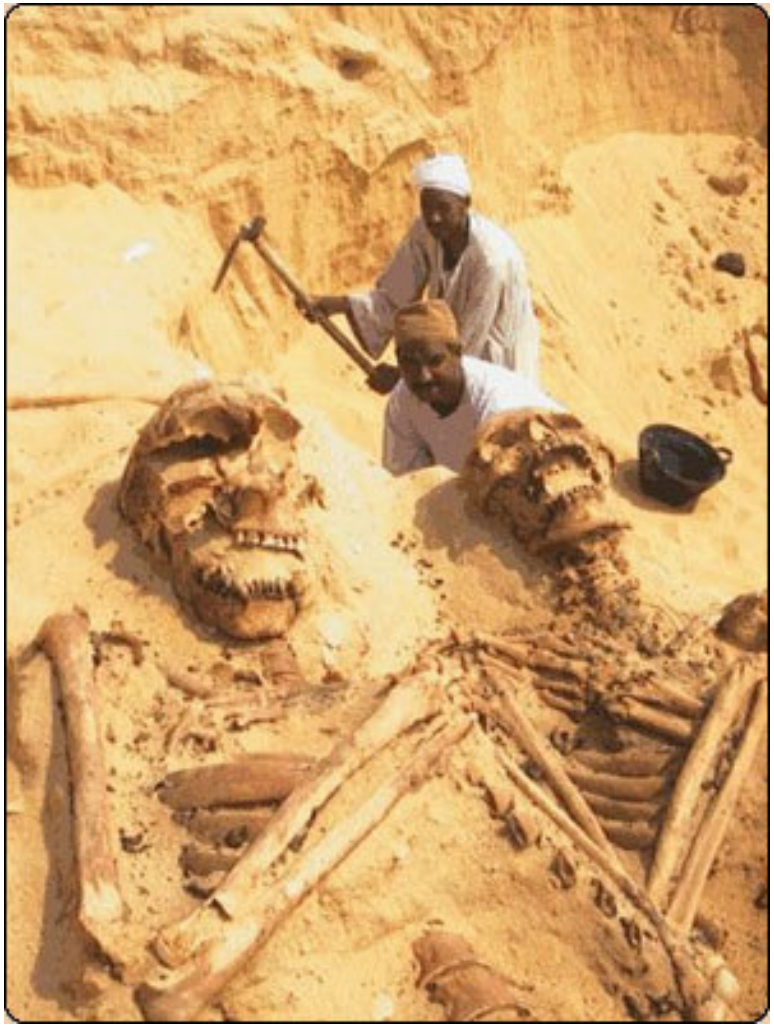
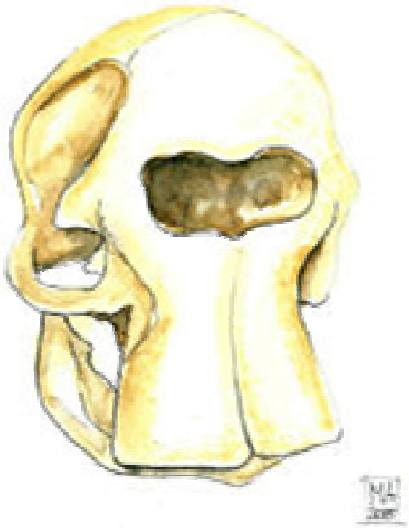


Immagine scattata dai reporter del National Geographic

- I giganti della mitologia classica erano considerati esseri feroci e senza regole. "Esempio classico sono i ciclopi dell'Odissea, popolo senza legge e notoriamente mangiatore di uomini. Il mito dei ciclopi nasce dall'erronea interpretazione dei crani di elefanti nani di Sicilia, visti come le teste monocole di giganti. Le ossa di animali di dimensioni inferiori vennero interpretate come ossa umane spolpate, il pasto 'immondo' finito tra le fauci impietose dei ciclopi, e consumati dentro le loro spelonche".



Scheletri di 7 metri

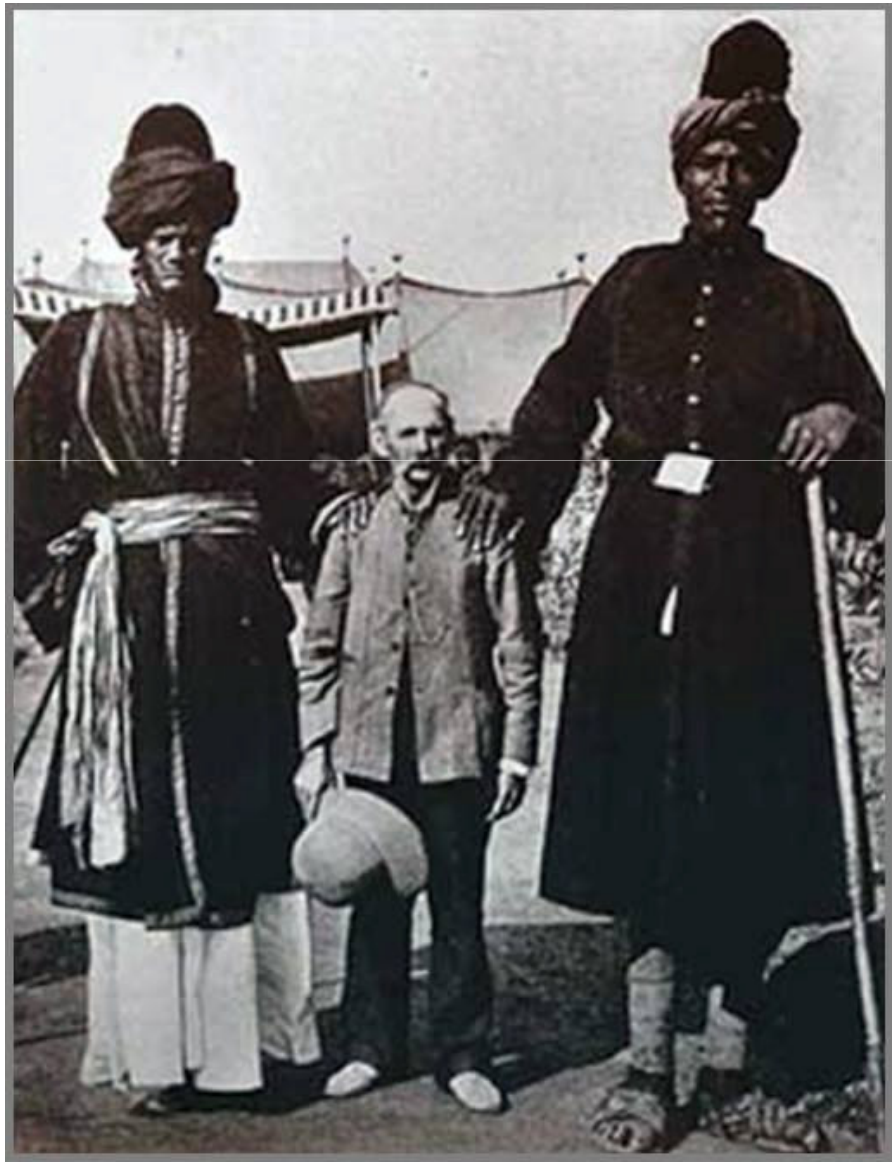
- Padre Carlos Vaca, un prete cattolico, ha conservato per decenni resti umanoidi scheletrici di enormi dimensioni. La maggior parte dei frammenti ossei, esseri che hanno avuto l'altezza di circa 7 metri, sono stati esumati in un posto chiamato "Changaiminas" in Ecuador. È interessante notare che, Changaiminas, tradotto, significa "Cimitero degli Dei"

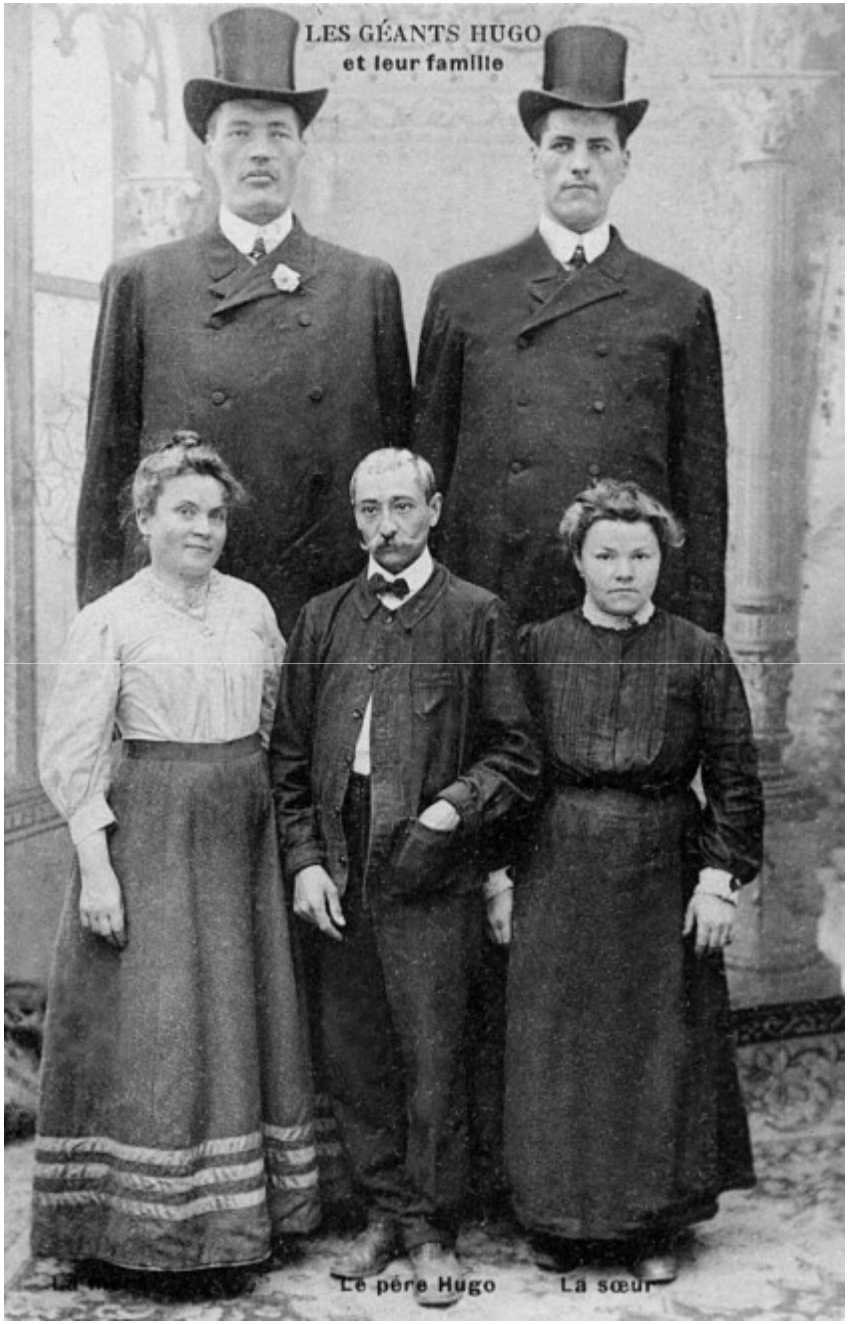
Scheletri enormi in India

- Tutto ha avuto inizio da una normale attività esplorativa nel deserto Indiano, in un luogo chiamato “The Empty Quarter” (Il Settore Vuoto), nel Nord dell’India. In questa regione sono venuti alla luce i resti di uno scheletro umano di taglia eccezionale

A Catanzaro, Tiolo

Sono fesserie?



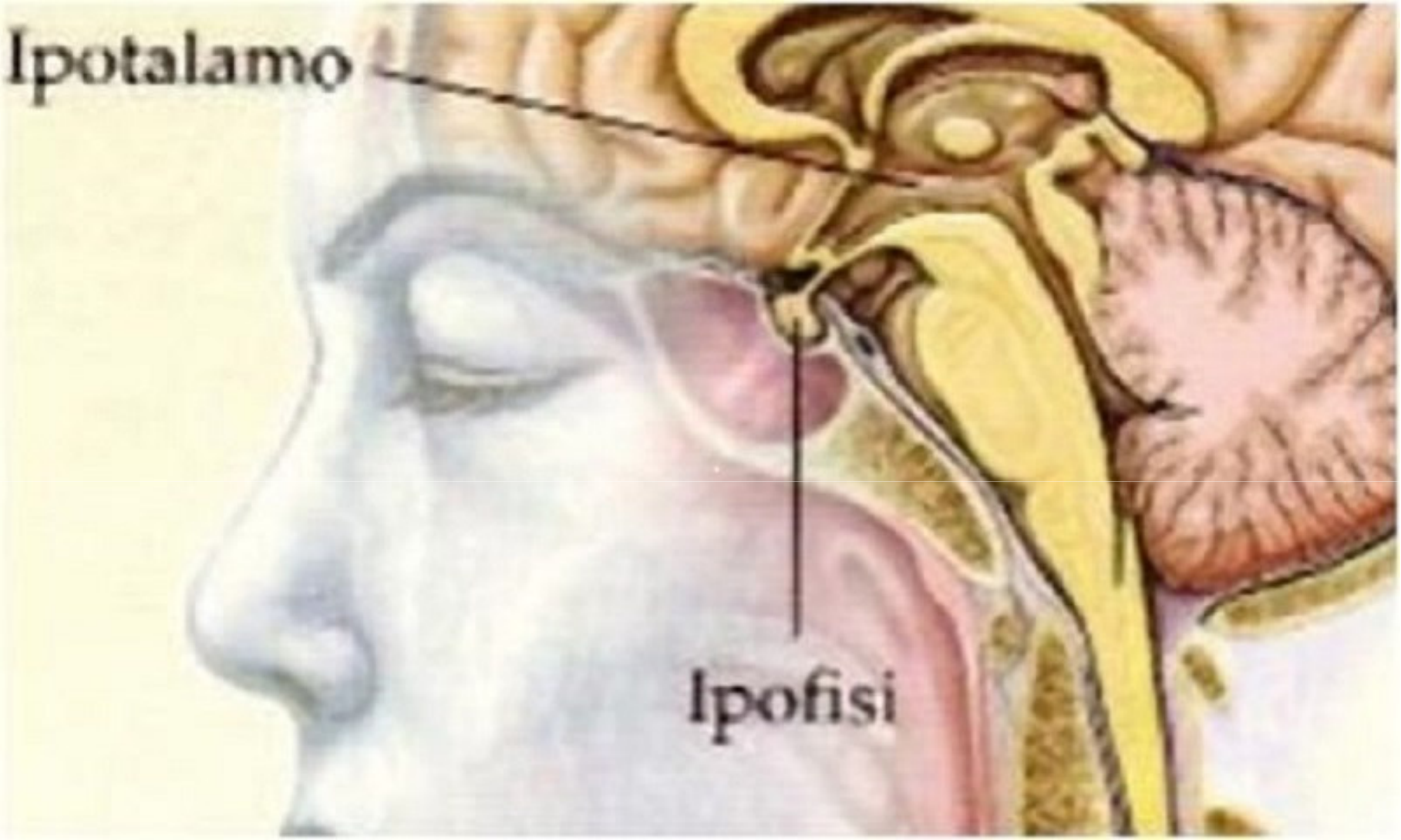


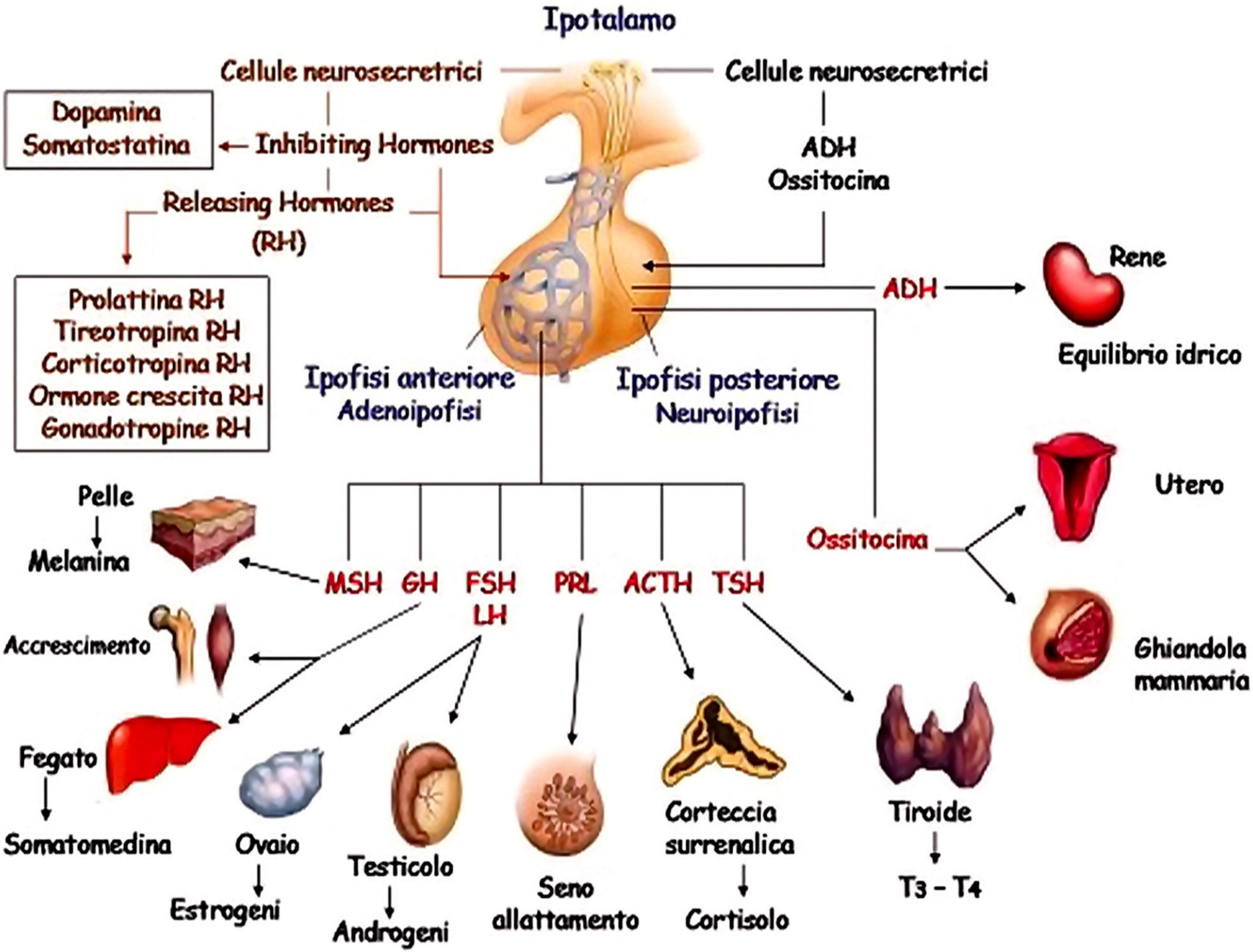
Torniamo a noi….

- Uno scheletro gigante fu trovato in scavi effettuati a Tremonti

Ma che cosa c’entra con gli inquinanti?

- Studio della Università di Messina
- studio del prof. Salvatore Cannavò, direttore della Clinica di Endocrinologia del Policlinico di Messina, a cui si è fatto riferimento nei recenti lavori dell'ENDOMET 2011, che si è tenuto a Messina, al Palacultura Antonello da Messina, nei giorni del 20-22 Ottobre 2011
- Correla gli inquinanti, idrocarburi, con il tumore dell’ipofisi, qui nel milazzese


Ipotalamo
Ipofisi


Ipotalamo
Cellule neurosecretrici
Cellule neurosecretrici
Dopamina
Somatostatina
Inhibiting Hormones
ADH
Ossitocina
Releasing Hormones
(RH)
Prolattina RH
Tireotropina RH
Corticotropina RH
Ormone crescita RH
Gonadotropine RH
ADH
Rene
Equilibrio idrico
Ipofisi anteriore
Adenoipofisi
Ipofisi posteriore
Neuroipofisi
Utero
Pelle
Melanina
Ossitocina
MSH GH FSH LH PRL ACTH TSH
Ghiandola mammaria
Accrescimento
Fegato
Somatomedina
Ovaio
Estrogeni
Testicolo
Androgeni
Seno allattamento
Corteccia surrenalica
Cortisolo
Tiroide
T3 – T4

Acromegalia

- I sintomi e i segni clinici sono lenti e graduali e possono diventare eclatanti solo dopo anni, almeno 7 anni, per cui la malattia è subdola e può condurre a morte un paziente solo se trascurata e con complicanze che correlate con la **malattia cardiovascolare** o dopo l'insorgenza della **neoplasia ipofisaria**: La malattia è caratterizzata da progressivo ingrossamento delle ossa acrali, dalle labbra, delle mani. Alcuni organi come il fegato, la tiroide e la prostata possono ingrandirsi a dismisura (visceromegalia); in questo contesto è possibile lo sviluppo di una ipertrofia cardiaca, associata a ipertensione arteriosa a cardiopatia ischemica.

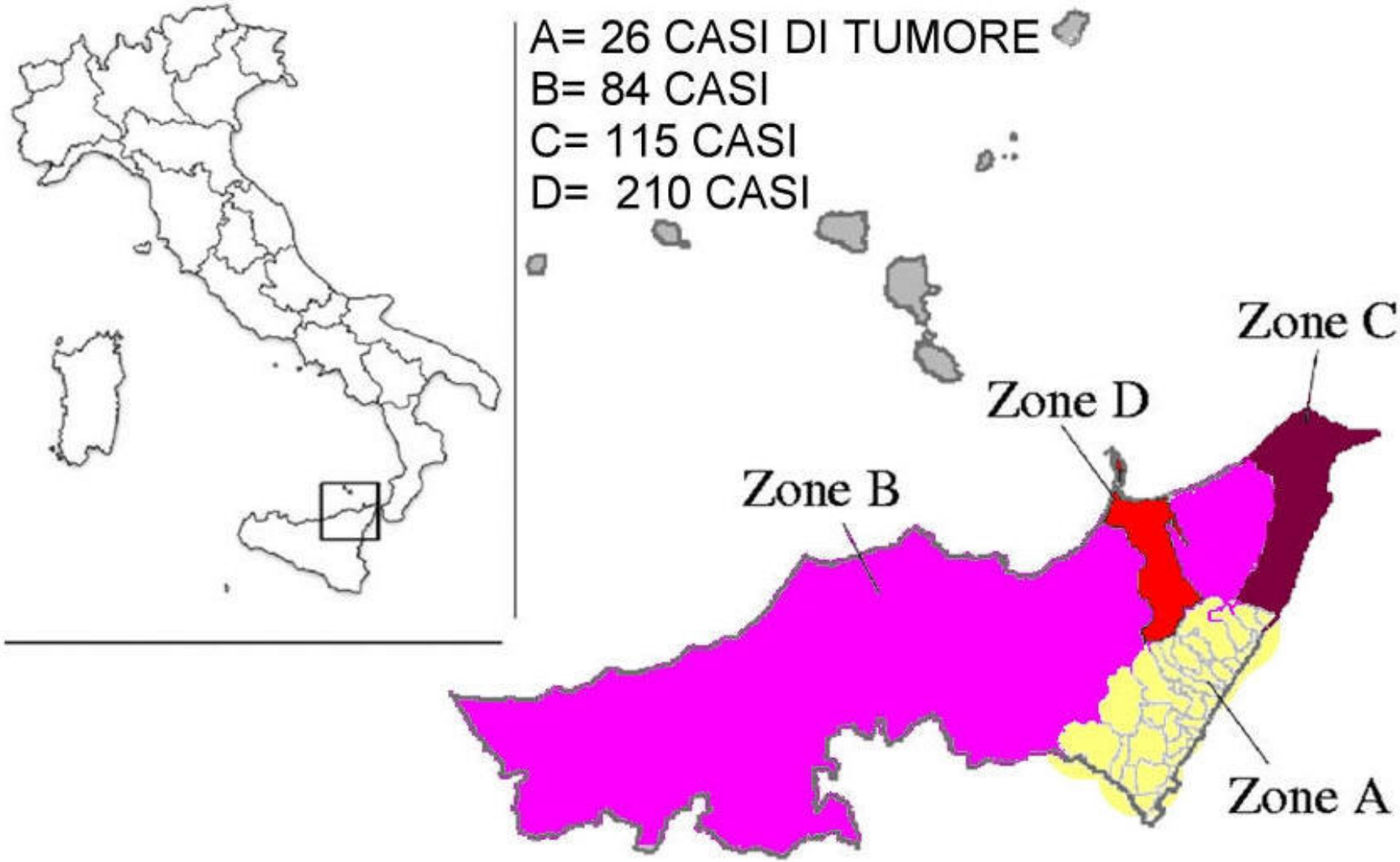
Acromegalia

https://www.gastroepato.it/acromegalia_milazzo.htm

- L'acromegalia è una parola che deriva dal greco e significa estremità grandi, cioè akros e μεγάλος megalos. Questa descrizione della patologia trova la sua spiegazione nel fatto che per un eccesso di **ormone della crescita**, condizione quest'ultima che si correla con la patologia, si determina una crescita spropositata di tutto il corpo.

acromegalia

- **quadro clinico patologico** derivato dall'esposizione dell'organismo ad un eccesso di **ormone della crescita (GH)** nell'età postpuberale e dal conseguente aumento del **fattore di crescita insulinosimile**, detto anche **IGF-1 (insulin like growth factor tipo 1),** secreto principalmente dal fegato in risposta al GH.


A= 26 CASI DI TUMORE
B= 84 CASI
C= 115 CASI
D= 210 CASI
Zone C
Zone D
Zone B
Zone A

4 zone inquinate in provincia di Messina

- Quattro zone, caratterizzate da diversi gradi di esposizione a tossine ambientali a causa dell'inquinamento industriale,
- sono stati identificati nella provincia: area A (76 338 abitanti), area B (287. 328 abitanti), zona C (243 381 abitanti), e l'area D (47 554 abitanti), rispettivamente a bassa, medio-bassa, media ed alta densità industriale, rispettivamente.
- Abbiamo identificato tutti gli acromegalici che sono nati e residenti in provincia di Messina

Che significa?

- In provincia di Messina, abbiamo trovato 64 pazienti (2 in zona A, 24 in zona B, 28 in zona C, e 10 in zona D). I Macroadenomi erano 60%, il rapporto maschi / femmine era 1, e l'età media alla diagnosi (± sem) era 45,4 ± 1,6 anni. Nel complesso, la prevalenza era del 97 c.p.m. in provincia (26 c.p.m in zona A, 84 c.p.m in zona B, 115 c.p.m in zona C, e 210 c.p.m in zona D). Risk ratio (RR), calcolato in ogni zona dell'area assumendo A come punto di riferimento, hanno mostrato un aumentato rischio di sviluppare acromegalia a persone residenti in zona D (RR = 8.03, $p < 0{,}0014$).

Zona D

- La Zona D comprende 5 comuni, ospita 47 554 abitanti, ed è ufficialmente identificata come zona ad alto rischio di crisi ambientale dal Ministero dell'Ambiente del governo italiano, a causa della presenza di una raffineria di petrolio, un impianto siderurgico, una industria termoelettrica, un impianto di recupero di piombo, e diverse piccole fabbriche.

Non è vero niente? Anzi!

- Nell'aria della zona D, ARPA rilevato alte concentrazioni di NMHC e dei seguenti VOC (composti organici volatili): benzene, toluene, 1-3-butadiene, trans-2-pentene, 1-2-3-tribenzene, cis-2-butadiene, trans -2-butene, 2-metil-1-pentene, acetilene, α-pinene, β-pinene, cicloesene, etano, isobutene, isopentano, isopropilbenzene, met-ciclo-pentano, m-xilene, n-decano, n-nonano , p-dietil-benzene, o-etyltoluene, n-pentano e n-ottano.

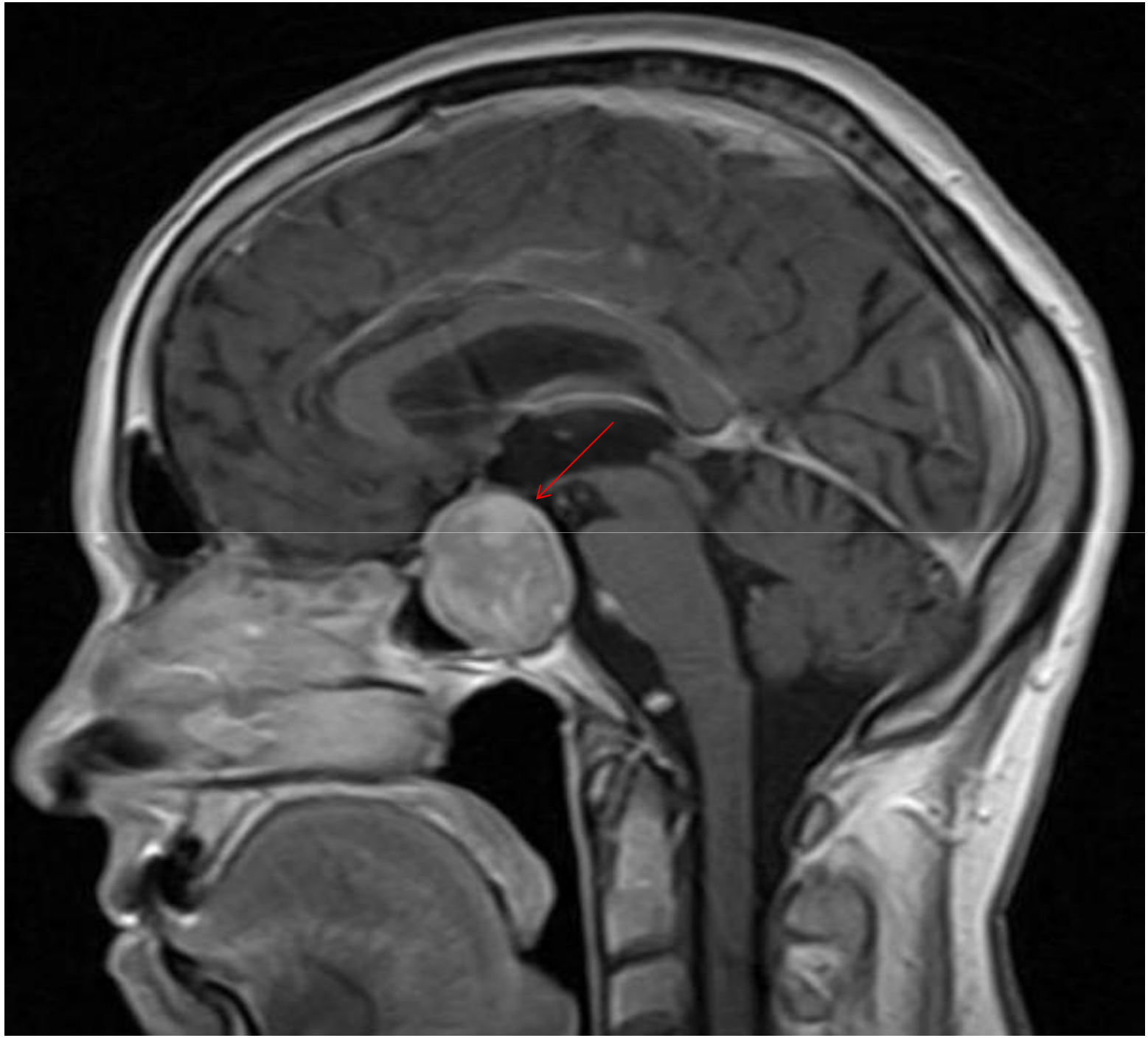
…e poi la puzza è colpa delle fogne aperte, specie d'Estate

Si, sono in qui nato, cioè a Milazzo!
Polifemo

Concludendo….

- Conclusione
- Questo studio conferma la prevalenza di acromegalia nei casi segnalati di recente. L'aumento del rischio di sviluppare questa malattia nella zona D suggerisce che il ruolo patogenetico del contesto ambientale deve essere meglio valutato

- Il paziente acromegalico presenta una facies grottesca, caratteristica, con bozze frontali, mento prominente, naso piatto, piedi, mani, lingua e ossa del volto enormi e spropositati, oltre che organomegalia, cioè dall'aumento di volume di organi interni (cuore, fegato, tiroide, intestino, rene etc.).



Il paziente geriatrico respiratorio

- Aspetti demografici dell'invecchiamento Nel 2050 si ritiene che gli ultrasessantenni rappresenteranno il 20% della popolazione. L'Europa con il 15.5% della popolazione ultrasessantacinquenne è il continente più vecchio del mondo L'Italia con il 18% di anziani e solo il 14.4% di giovani al di sotto dei 15 anni è la nazione più vecchia con differenze regionali. La Liguria è la regione più vecchia seguita dall' Emilia Romagna, Toscana ed Umbria – La Campania è la più giovane

Suddivisione dell’età anziana in sottocategorie

- Età Anziana Young old (Giovane vecchio):
- fra i 65 ed i 75 anni Old Old (Vecchi veri e propri):
- fra i 75 e gli 85 anni Oldest Old (Grande Vecchio): età > 85 anni).

Modificazioni dell'Apparato Respiratorio legate all'invecchiamento

L'invecchiamento comporta importanti modificazioni a carico dell'apparato respiratorio a:

- Livello Citologico-Biochimico
- Livello strutturale
- Livello funzionale

Caratteristiche citologiche e biochimiche del Polmone Senile

(Fenotipo Citologico e biochimico) (soggetti anziani non fumatori ed apparentemente indenni da patologia respiratoria) Nel BAL

- Aumento dei Neutrofili
- Aumento dell'IL-8
- Aumento dell'anione superossido
- Riduzione del rilascio di anti-ossidanti da parte dei macrofagi alveolari
- Questi aspetti citologici e biochimici indicano una flogosi subclinica età-correlata e rendono il Polmone Senile simile al Polmone nella BPCO.

Alterazioni quantitative e qualitative dell’interstizio polmonare

- Alterazioni quantitative
- Riduzione del numero e dello spessore delle fibre elastiche (riduzione del ritorno elastico del polmone)
- Alterazioni qualitative
- Aumento del collagene insolubile

Modificazioni dell'Apparato Respiratorio legate all'invecchiamento

- (Modificazioni Anatomo-Strutturali)
- 1. Gabbia Toracica
- 2. Muscoli Respiratori
- 3. Vie Respiratorie e Parenchima Polmonare
- 4. Albero Vascolare

Modificazioni Anatomo-Strutturali

- > Aumento del diametro antero-posteriore
- > Riduzione degli spazi intercostali
- > Calcificazione cartilagini costali
- > Ridotta motilità fino all’anchilosi delle articolazioni costo-vertebrali e costo sternali

(Modificazioni Anatomo-Strutturali) Muscoli Respiratori I muscoli respiratori

- (diaframma, muscoli intercostali, muscoli del collo e della parte superiore del torace, addominali) subiscono processi regressivi che ne riducono:
- > Forza
- > Resistenza allo sforzo

Modificazioni Anatomo-Strutturali . Albero Vascolare

- Progressivo ispessimento delle pareti vascolari sia arteriose che venose con conseguente riduzione del calibro vasale ed incremento dei valori pressori.

Polmone Senile (soggetti anziani non fumatori ed apparentemente indenni da patologia respiratoria

L'invecchiamento produce:

 Aumento del lavoro respiratorio quale diretta conseguenza della rigidità della gabbia,

 del ridotto potere di ritorno elastico polmonare,

 della modificata distribuzione intraparenchimale dei gas che si riflette, insieme alla ridotta funzione della pompa cardiaca, sul modificato rapporto ventilazione-perfusione. Sul piano clinico ne deriva ridotta tolleranza allo sforzo

Volumi Polmonari Statici

 Riduzione della Capacità Vitale (CV)(a 70 anni ha un valore pari al 75% di quello di 17 a.)

 Aumento del Volume Residuo (VR: Volume di aria che rimane nel polmone dopo una espirazione forzata)

 Aumento della Capacità Funzionale Residua (CFR: volume al quale il polmone si ferma alla fine di una normale espirazione)

 La Capacità Polmonare Totale (CPT) rimane s.

Modificazioni Funzionali dell'Apparato Respiratorio (Scambi Gassosi)

- > Nell'anziano risulta alterato il rapporto ventilazione/perfusione. Ciò sarebbe dovuto alla tendenza al collasso durante l'espirazione (interessa preferenzialmente le basi polmonari) ed il conseguente intrappolamento di gas distalmente alla sede di chiusura con conseguente scarso mescolamento dell'aria inspirata.
- > A ciò consegue una diminuita diffusione dei gas a livello alveolare con riduzione della PO2 arteriosa e della saturazione arteriosa di ossiemoglobina.> Riduzione della Capacità di diffusione del Monossido di Carbonio (5% per decade).
- > Costante rimane, per tutto l'arco della vita, la PaO2 arteriosa che si assesta intorno ai valori di ~ 80 mmHg dai 65 ai 90 a. negli anziani sani.

Meccanismi di difesa

- >Clearance muco-ciliare. Diminuisce con l'età a causa dell'aumento di viscosità del muco ed alle modificazioni dell'epitelio ciliato. Tosse. Non esiste evidenza che nell'anziano ci sia una minore efficienza del riflesso della tosse. >Sistema Immunitario Locale.
- > Perdita di efficienza, a carico di quella mucosale delle vie aeree prossimali, a causa di una diminuzione delle IgA Secretorie nel muco, del lisozima e lattoferrina. Rimane conservata la capacità di risposta allo stimolo antigenico.
- > A livello del tratto respiratorio inferiore è compromessa la risposta infiammatoria acuta e l'immunità aspecifica (linfociti T e B, Immunoglobuline)

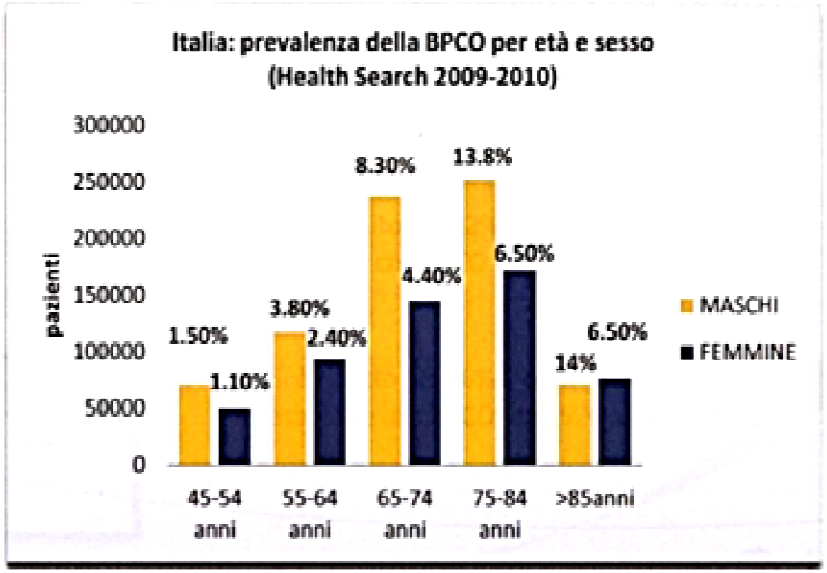
In sintesi

- Con l'età i cambiamenti strutturali e funzionali dell'apparato respiratorio, fanno si che l'anziano sia soggetto di:
- > aumentato rischio di andare incontro a significative riduzioni dei livelli ematici di O2, in presenza di patologie quali Asma, BPCO, Apnea Ostruttiva Notturna e Fibrosi Polmonare
- > di ammalarsi più frequentemente ed in maniera più grave di infezioni respiratorie virali, batteriche o fungine.
- > di ricorrere più tardivamente al medico in presenza di disturbi respiratori a causa della ridotta sensibilità a percepire l'insorgenza di broncostruzione.

UNA PATOLOGIA INFIAMMATORIA DAI GRANDI NUMERI

- Si stima che il 4.5% della popolazione generale sia affetta da BPCO [6];
- La prevalenza dei sintomi di BPCO aumenta con l'età ed interessa il 50% dei maschi fumatori di età superiore ai 60 anni [7];
- Tuttavia il rischio di sviluppare la BPCO cresce progressivamente dopo i 55 anni di età indipendentemente dal sesso (OR 6.16 e 4.07 rispettivamente in maschi e femmine > 75 anni)[9];

In Italia 1.295.188 PAZIENTI CON BPCO*



*stima della prevalenza di BPCO in Italia realizzata sulla base della popolazione generale residente in Italia nel 2011 (Fonte demoistat)

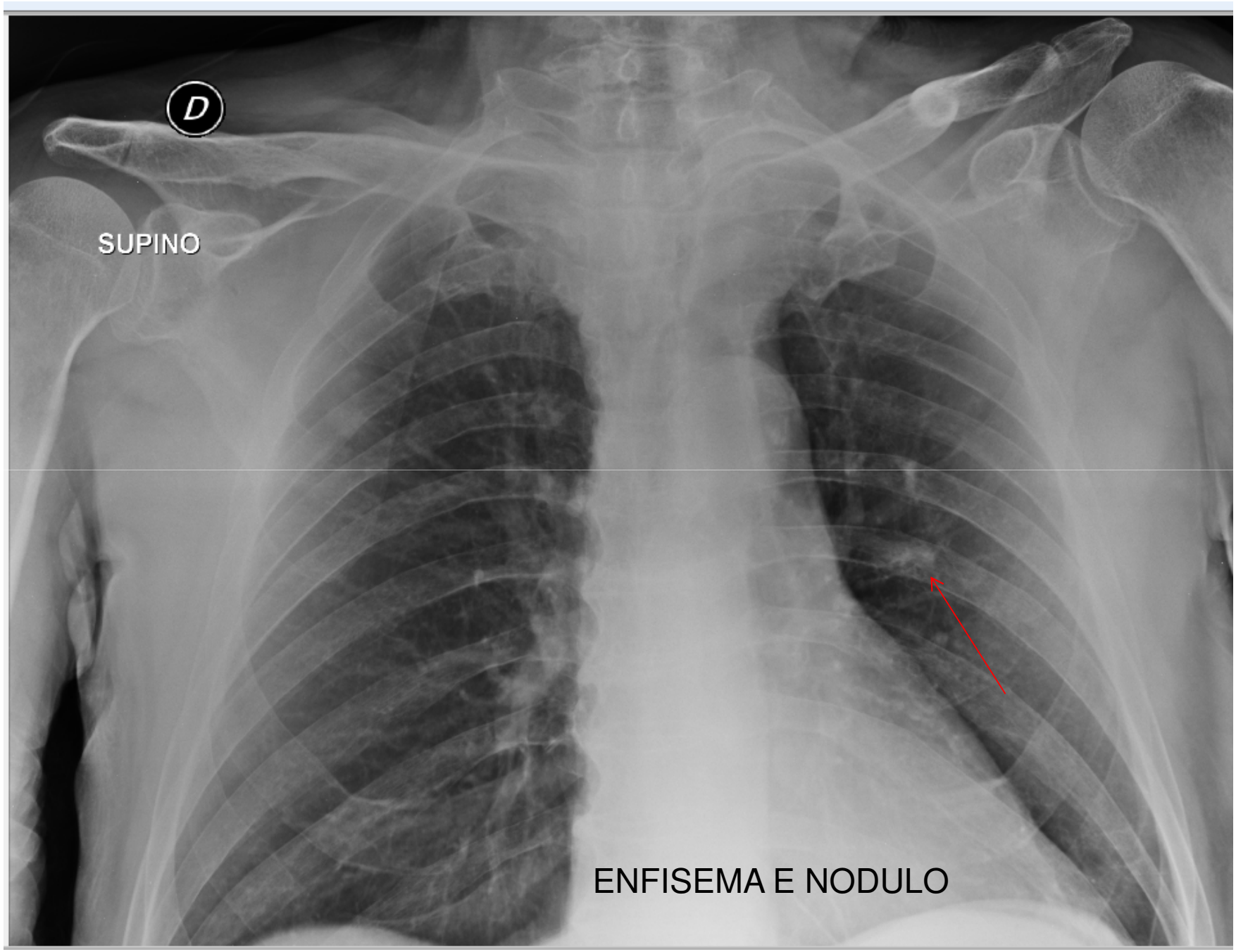
[6] VI REPORT HEALTH SEARCH; [7] 2011 PROGETTO LIBRA www.goldcopd.it [9] Cazzola M et al, Respiratpry Medicine (2011) 105, 386-391

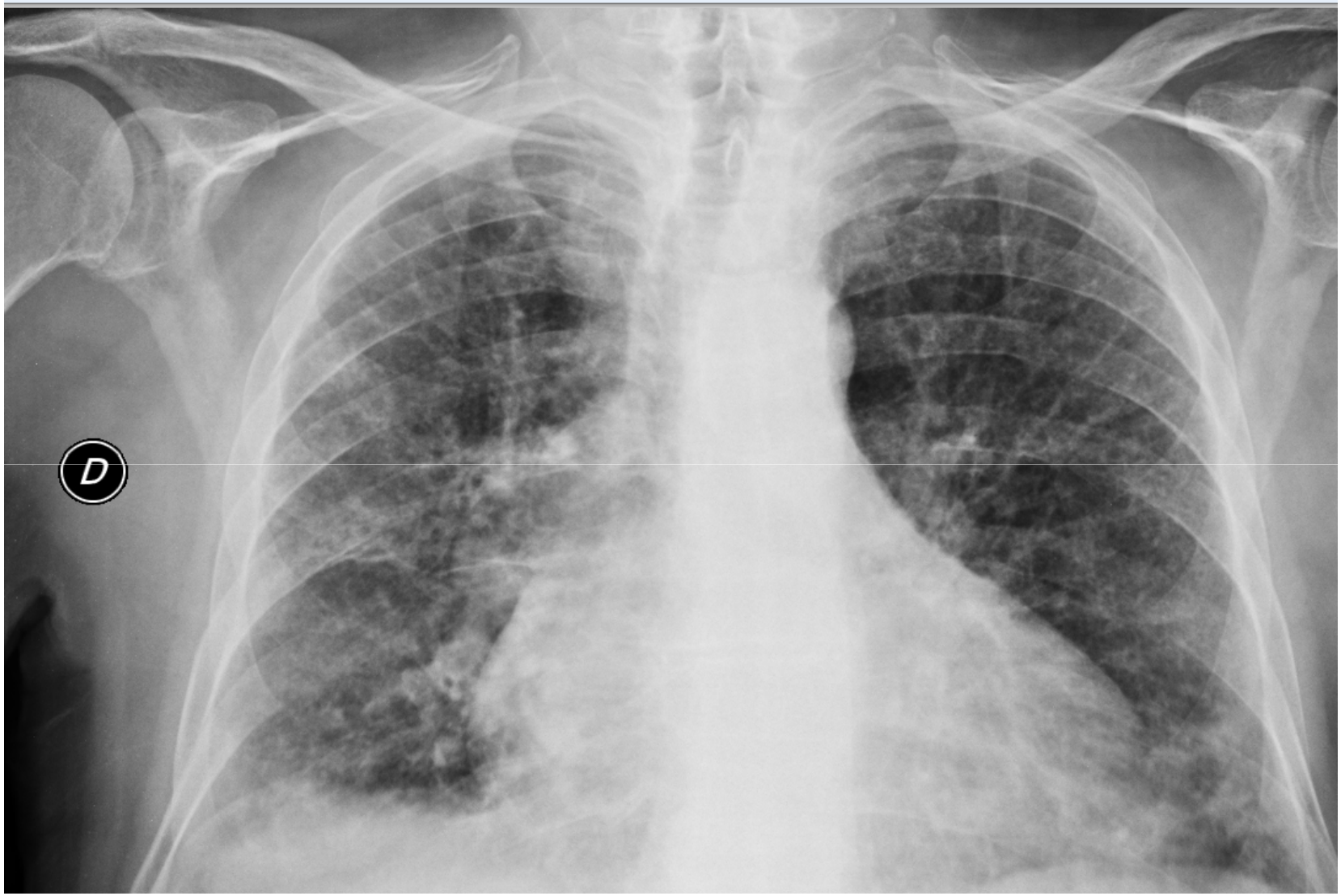
VALUTAZIONE SPIROMETRICA e dei GAS nel SANGUE

- >Negli anziani affetti da patologie croniche bronchiali si ottengono spirometrie di qualità adeguata agli standard internazionali in misura elevata e non diversa dai soggetti di pari età non affetti da malattie polmonari.
- >Vi è un decadimento lineare con l'età, fino a75 anni, del valore di PaO2.
- > Il decadimento della PaO2 all'avanzare dell'età è dovuto ad un progressivo incremento della disomogenità funzionale del polmone.

Manifestazioni sistemiche (extrapolmonari) della BPCO nel paziente anziano

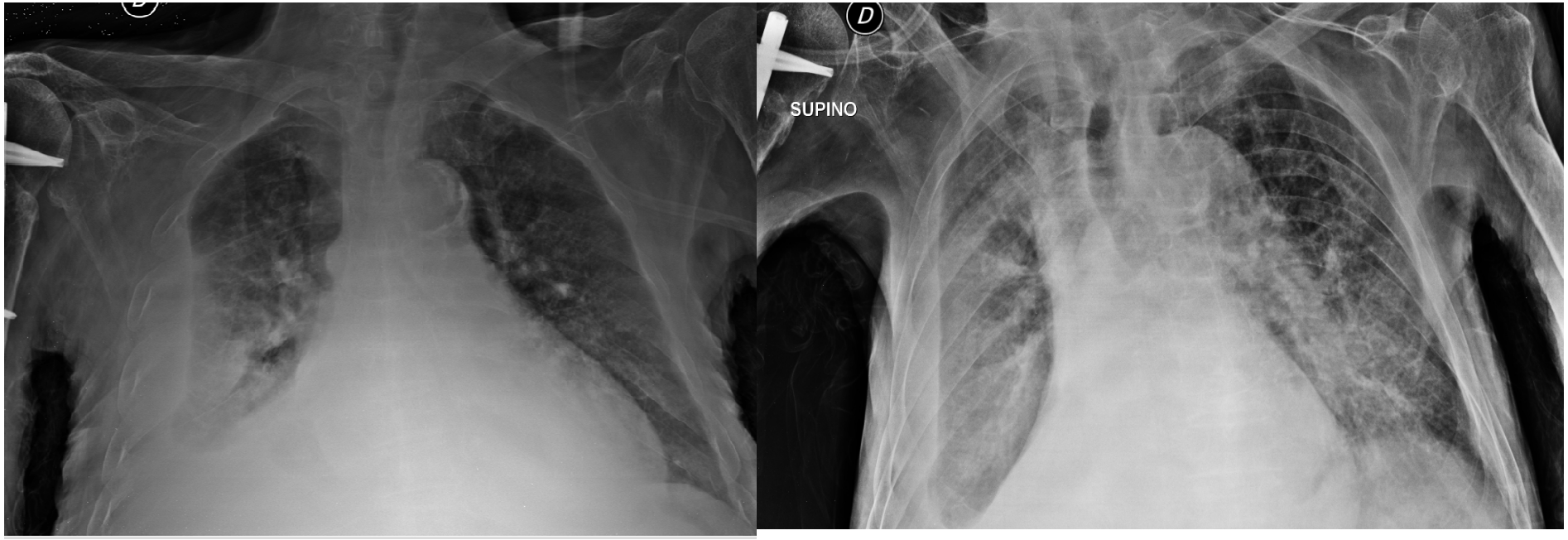
- 1. Anoressia
- 2. Calo ponderale
- 3. Riduzione della massa muscolare scheletrica (Sarcopenia)
- 4. Osteopenia e osteoporosi
- 5. Manifestazioni neuropsichiatriche a) Deficit neuro-cognitivo b) Depressione 6. Alterazioni del sonno


D
SUPINO
ENFISEMA E NODULO



BRONCHITE ED INTERSTIZIOPATIA NELL’ANZIANO

ASINISTRA PRIMA ED A DESTRA DOPO LA CURA



ANZIANO BRONCOPATICO E SCOMPENSATO

Cuore ed anziani e fattori rischio

- Fumo
- Dislipidemia
- Diabete tipo 2
- Obesità
- Ipertensione
- Vita sedentaria
- alimentazione

Iperomocistenemia
Alti valori di Lp(a)
Deficit di estrogeni
Iperfibrinogenemia
Alti valori fattori fattore VII
Iperviscosità ematica
Leucocitosi
Alti valori proteina C reattiva
Microalbuminuria
Chlamydia pneumomie
Helicobacter pylori

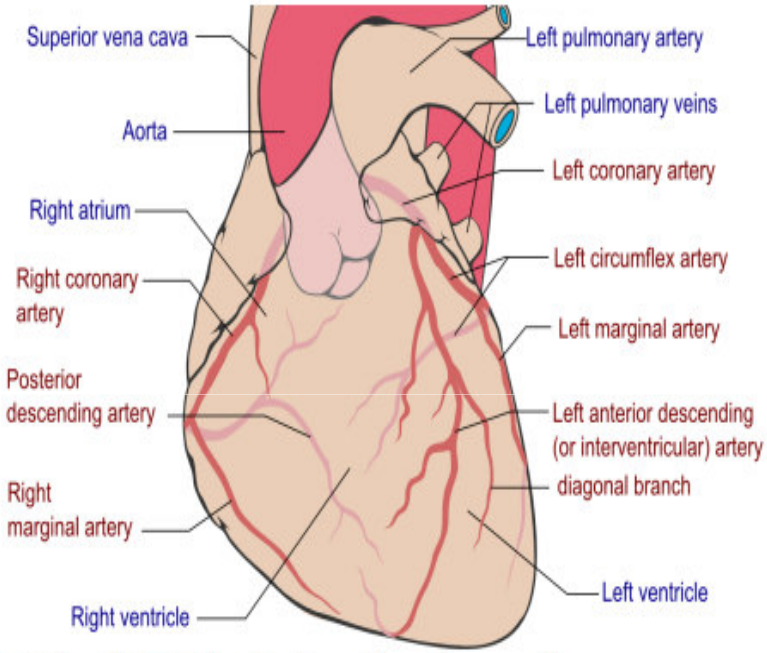
Come si manifesta una cardiopatia?

- Le manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica sono fondamentalmente:
- Angina pectoris: è legata a uno squilibrio transitorio tra domanda e apporto metabolico al miocardio. L'ischemia è reversibile e non provoca danno anatomico permanente. Nel caso non infrequente in cui l'ischemia miocardica non si associ a sintomi, si parla di ischemia silente
- Infarto miocardico: consegue a un'ischemia miocardica protratta, che porta a danno cellulare irreversibile o necrosi miocardica.
- Cardiopatia ischemica cronica e scompenso
- Aritmie ipocinetiche ed ipercinetiche

L’Ischemia Miocardica

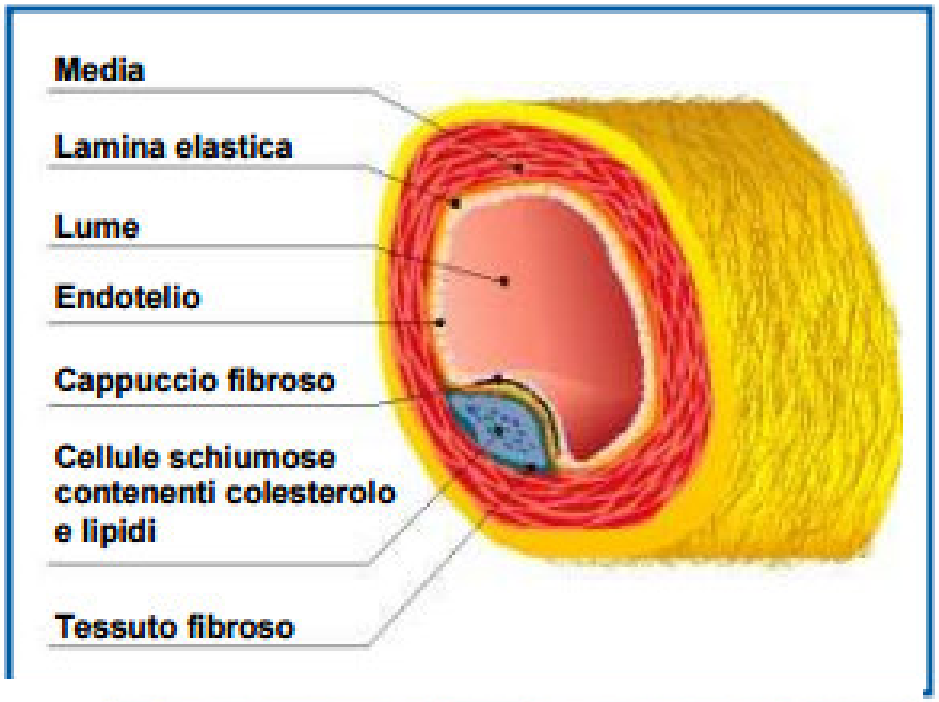
- consiste in un squilibrio tra domanda ed offerta di ossigeno. Riserva coronaria. A livello miocardico per l’elevata estrazione di O2 (circa il 70%) l’unico meccanismo di compenso in caso di aumentato fabbisogno di O2 è rappresentato da un proporzionale aumento del flusso coronarico, determinato da una vasodilatazione del distretto coronarico arteriolare (vasi di resistenza). La capacità massima di vasodilatazione secondaria a uno stimolo metabolico è definita Riserva Coronarica Fattori che regolano il circolo coronarico Si distinguono in anatomici, meccanici, neurogeni e metabolici. Fattori anatomici: i vasi coronarici possono essere suddivisi in: vasi di conduttanza (grossi rami epicardici e loro diramazioni) e vasi di resistenza (rami intramiocardici e arteriole). Le resistenze coronariche sono regolate da fattori estrinseci (azione compressiva del miocardio ventricolare) e da fattori intrinseci (di natura neuroormonale, miogena e metabolica). Fattori metabolici: l’aumento della richiesta metabolica del miocardio determina idrolisi di ATP e conseguente liberazione di adenosina nell’interstizio.

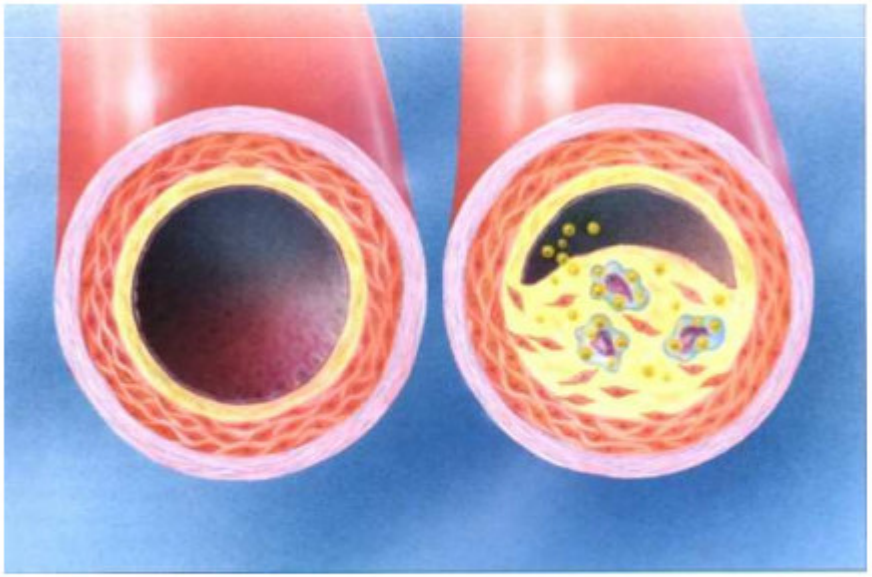
Le coronarie



Si distinguono in **CORONARIA SINISTRA**, che dopo il ***tronco comune***, dà i suoi due rami principali, ***discendente anteriore***, con rami settali e diagonali, e ***circonflesso***, con i rami marginali, e **CORONARIA DESTRA**, che dà i rami ***discendente posteriore*** e ***marginale destro***.

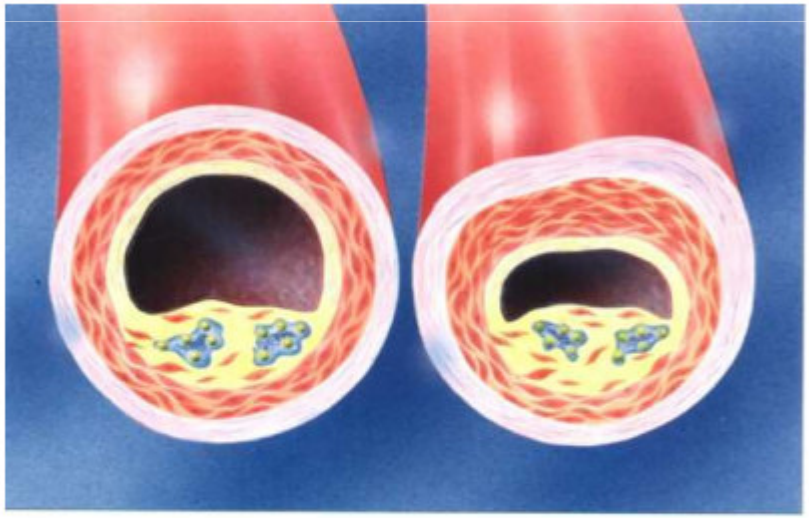
La placca ateromasica





Coronaria normale

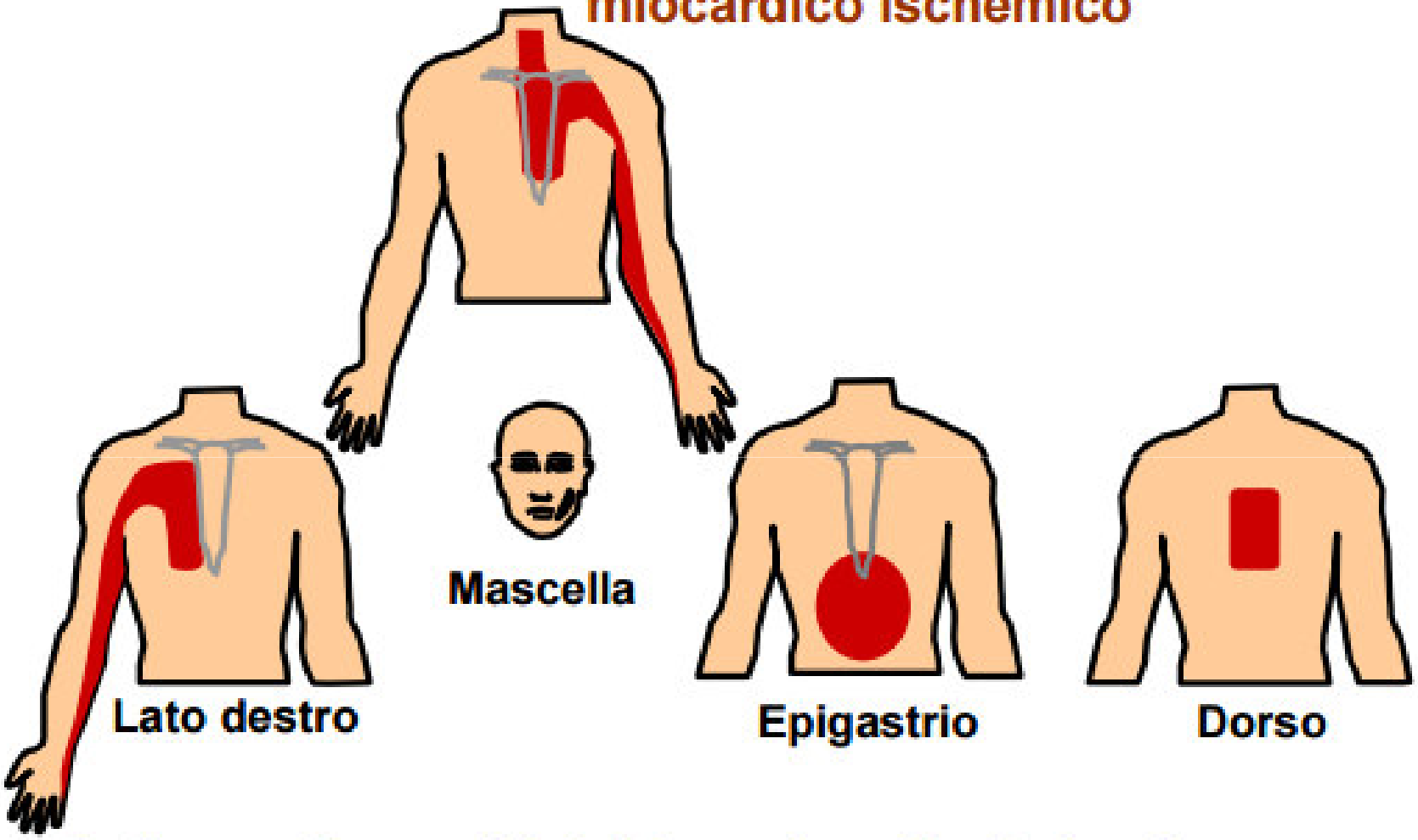
Placca ateromasica subocclusiva (>75%)



Placca stenosante (< 50%)

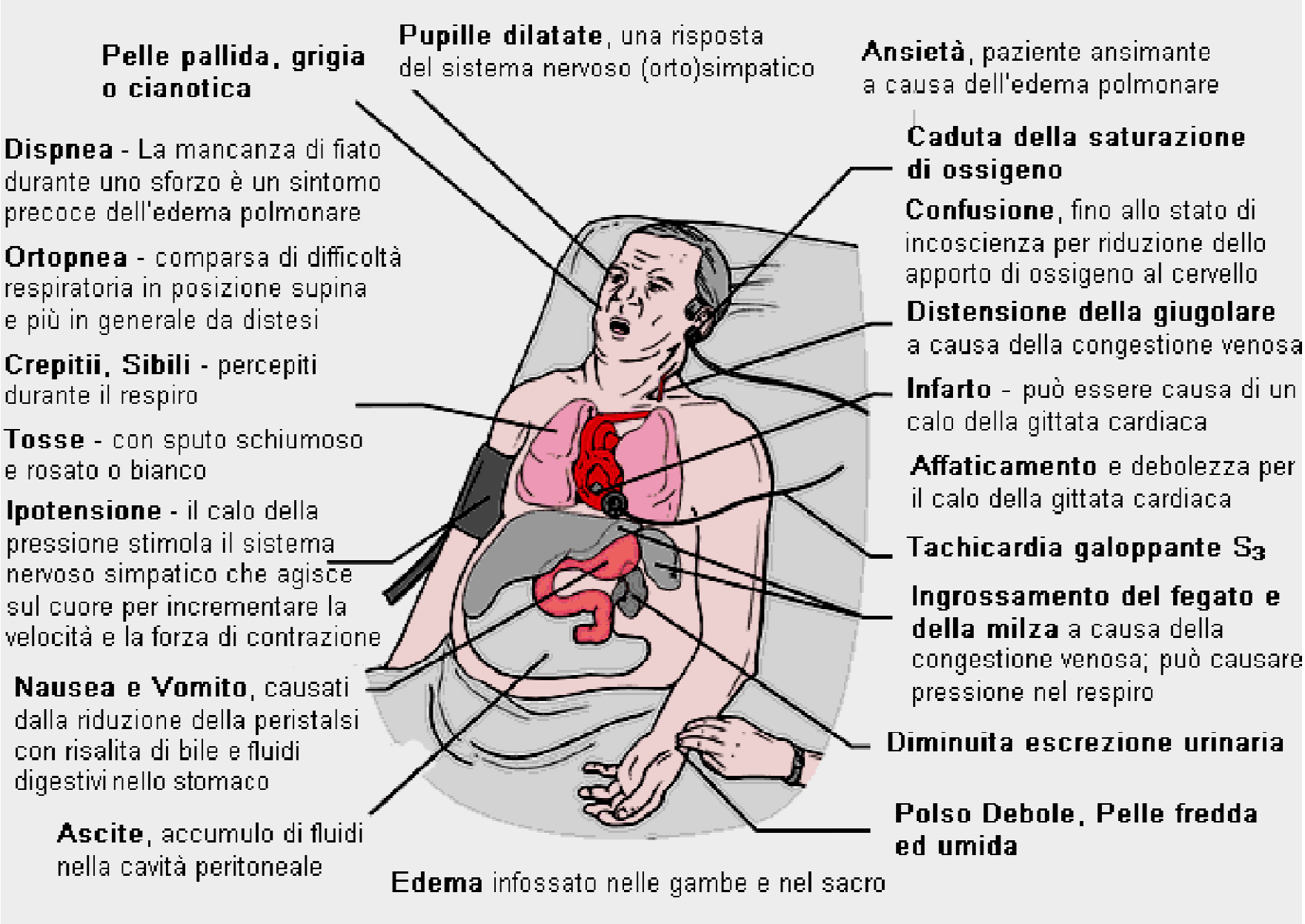
Placca ateromasica associata a vasospasmo

Usuale localizzazione del dolore miocardico ischemico



Sedi meno frequenti del dolore miocardico ischemico

Altri segni di cardiopatia



Cure per il cuore

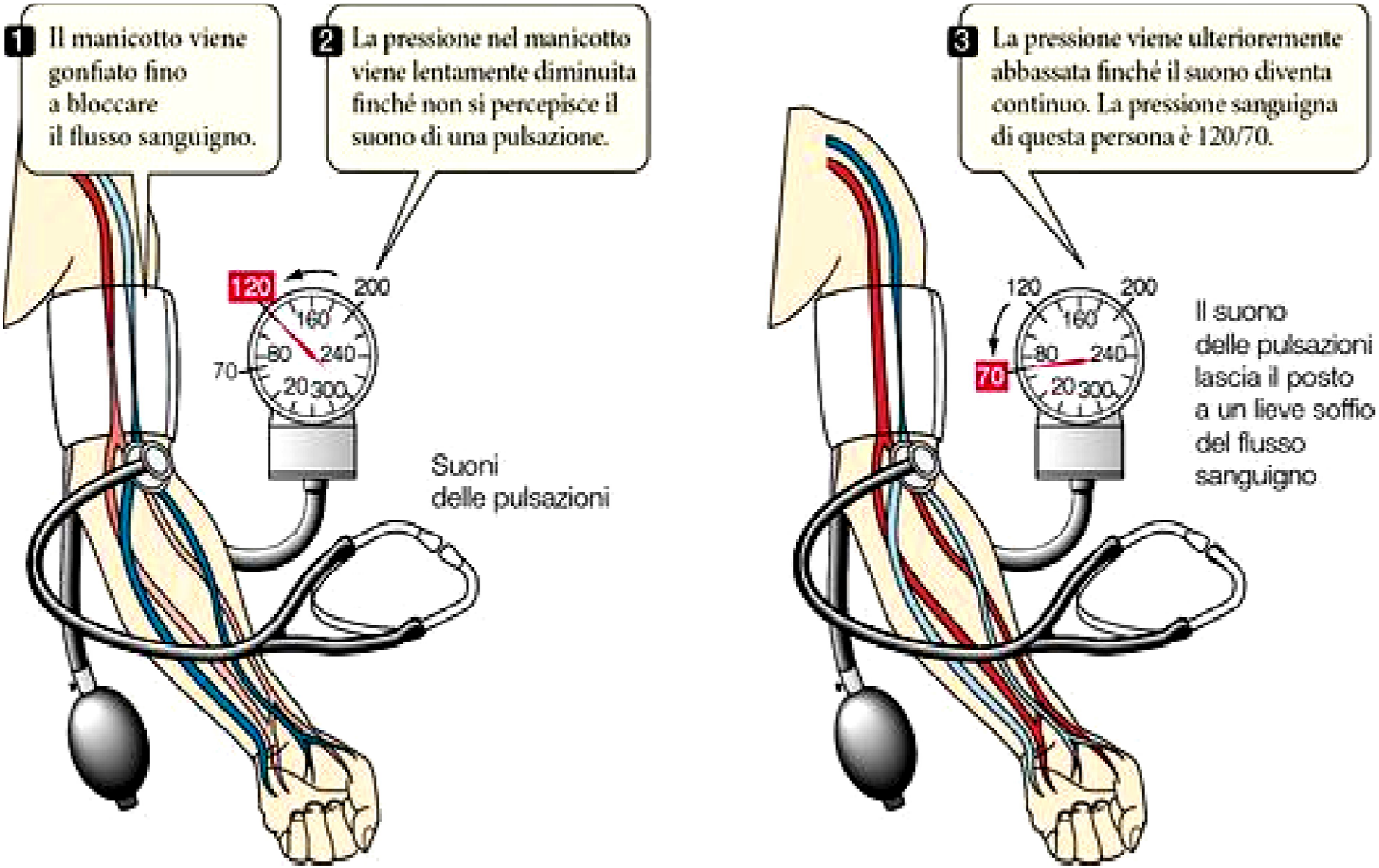
- Cardicor, bisoprololo
- Lanoxin, lanitop
- Diuretici, furosemide, lasix
- Luvion, Kanrenol
- Nitroderivati, epinitril, minitran, calcioantagonisti
- Ossigeno
- Statine, es. sinvacor, simvastatina, simvastat, totalip, crestor, ezetimibe
- Farmaci antiaritmici
- Acetilsalicilico, aspirina, Eparina
- Sintrom e coumadin e NAO

Misurazione della pressione

Edemi periferici nello scompenso di cuore

#Gastroepato #scompenso

Misurazione pressione



Misurazione pressione

Diabete nell’anziano

- ►Diabete tipo 2 neodiagnosticato in età senile Asintomatico, sintomatico, critico, non critico, complicato, non complicato
- ►Diabetico tipo 2 divenuto Anziano Asintomatico, sintomatico, critico, non critico, complicato, non complicato
- Diabete tipo 1 dell’anziano

Problemi connessi con DMT2

- Disidratazione del paziente
- Coma iperosmolare è una temibile complicanza associata a mortalità elevata (10-20%) che colpisce più frequentemente la settima decade d'età e determina compromissione del sensorio, grave disidratazione, ipotensione, deterioramento del filtrato glomerulare.
- Le infezioni nel diabetico, malattie acute, preoperatorio, terapia diabetologica incongrua e la disidratazione. Piede diabetico
- Rischio di pericolose ipoglicemie

Misurazione della glicemia

Valori basali intono
a 100-120 mg/dl
Dopo pranzo a 2
ore entro 140 mg%

Cura del diabete nell’anziano

- Dieta ipocalorica senza zucchero e dolci, pasta e pane pesati, no purea di patate, secondo piatto digeribile, es. pesce lesso e carne bianca, latte, frutta non zuccherina, si vino rosso poco.
- Terapia in genere insulinica ai pasti (penne)
- Orale con glinidi e metformina, no sulfaniluree di vecchio tipo
- Attenzione alla disidratazione

OCCLUSIONE NEL GIOVANE ANZIANO

Quali sono le cause dell’occlusione intestinale paretica?
Chirurgica addominale o pelvica
Infezioni e peritoniti
Traumi dell’addome
Alcuni farmaci (oppiacei, neuroplegici, miorilassanti, farmaci anti-psicotici)
Malattie dei muscoli o del sistema nervoso

La stitichezza e l'anziano

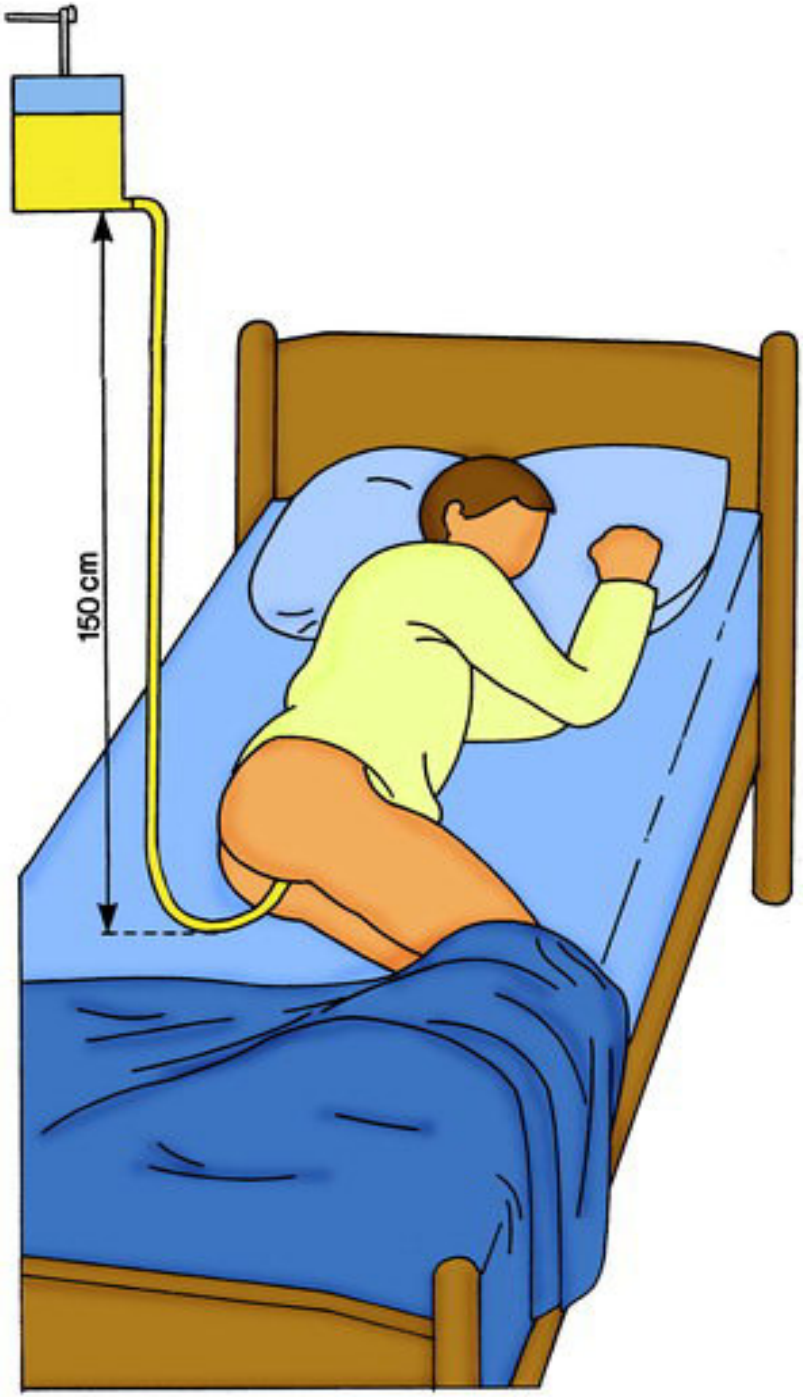
ABITUDINI DI VITA	Inadeguato apporto di fibre Inadeguato apporto alimentare Posporre o ignorare lo stimolo Ridotta attività fisica
FATTORI ESTERNI	Farmaci per la diarrea (oppiacei), per le coliche (anticolinergici), antidepressivi, anticonvulsivanti, antipertensivi (calcioantagonisti)
MALATTIE ENDOCRINO-METABOLICHE	Ipotiroidismo Ipercalcemia Porfiria Diabete mellito
MALATTIE NEUROLOGICHE	Morbo di Parkinson Sclerosi multipla Lesioni midollari Neuropatia autonomica
FATTORI PSICO-SOCIALI	Depressione Disordini alimentari Disturbi ossessivi
MALATTIE GASTROINTESTINALI	Occlusione intestinale Agangliosi Miopatie Neuropatie Sclerosi sistemica Megacolon/megaretto
MALATTIE ANO-RETTALI	Atresia anale Stenosi anale

cura

- Dieta con scorie e liquidi a sufficienza (senza esagerare) es. passato di verdura, zucchine ben cotte, insalata verde e pomodoro maturo, frutta come arance, kiwi senza semi, prugne, acque come essenziale, tettuccio
- Usare lassativi osmotici come laevolac o macrogol (es. movicol buste), poi olio di vaselina
- Usare clisteri con acqua tiepida, clisteri al sorbitolo da 150 ml

Tecnica dell’enteroclisma

- Dopo 2-3 giorni di mancata evacuazione, stimolare l’anziano dapprima con laevolac o lattulosio generico
- Impiegare l’enteroclisma se l’addome è trattabile !!!
- Il paziente viene fatto giacere sul fianco sinistro, a gambe piegate o supino con la pala inserita sotto il bacino prestando attenzione a causare abrasioni della cute dei glutei durante la manovra
- Impiegare lubrificanti per la regione anale e cannule che vanno inserite dopo opportuna lubrificazione, dopo manovra di divulsione anale, seguendo la direzione del canale, senza strappare le mucose emorroidarie


150 cm

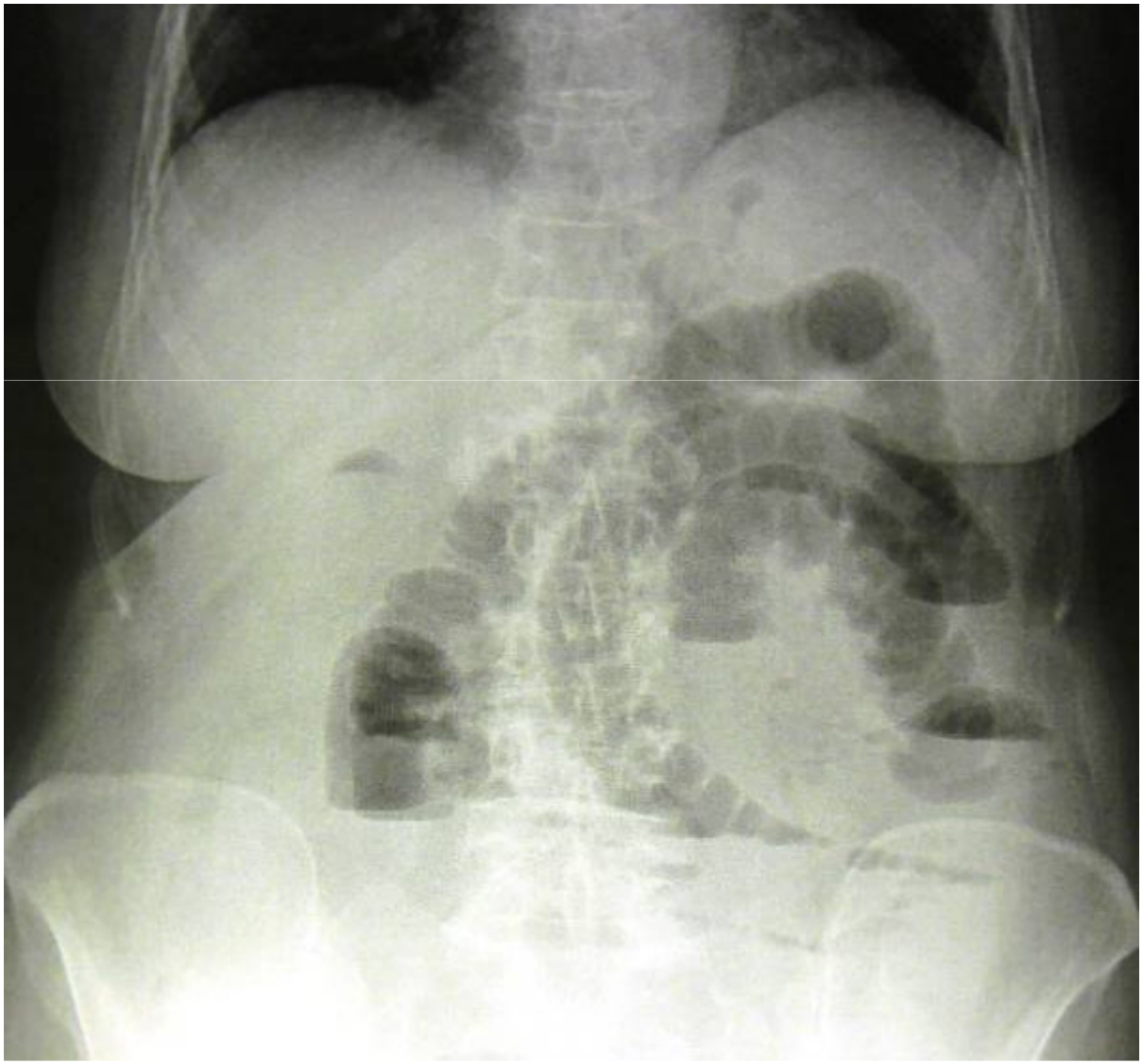
INTERMED
ENTEROCLISMA
DA VIAGGIO
Indispensabile
per l'igiene intima

b

Quali sono le cause dell’occlusione intestinale meccanica?

- Aderenze intestinali (spesso postoperatorie)
- Atresie
- Calcoli biliari
- Corpi estranei
- Diverticolite
- Ernie
- Fecalomi
- Stenosi congenite
- Torsioni dell’intestino
- Tumori intestinali o extraintestinali
- Morbo di Crohn
- Laparoceli

Radiografia diretta addome

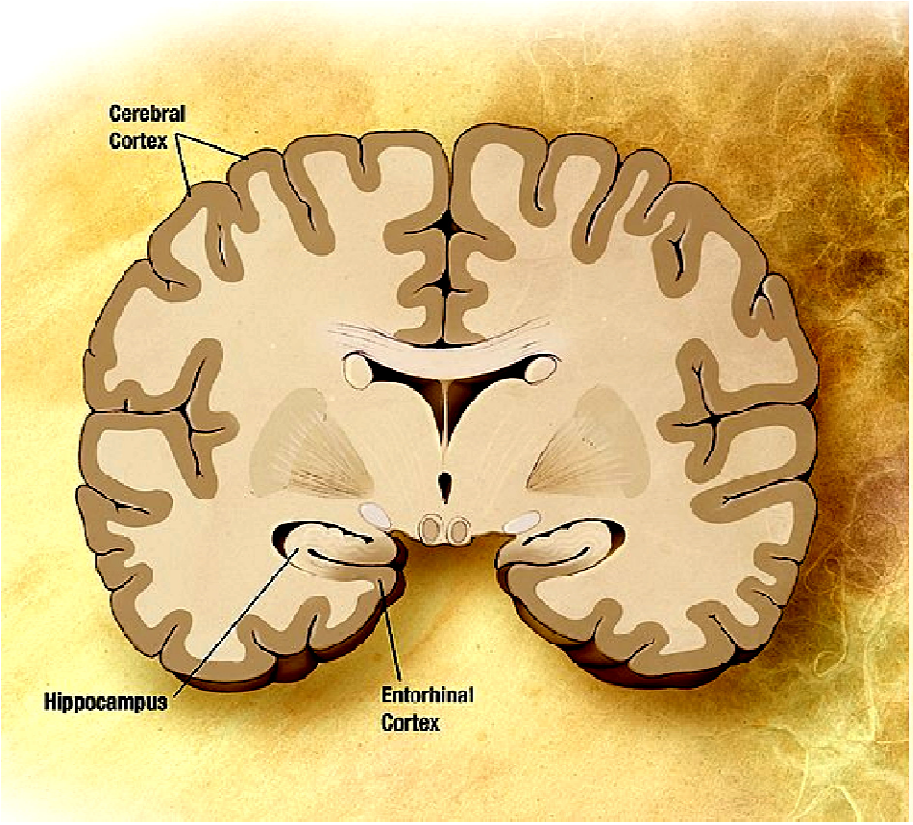


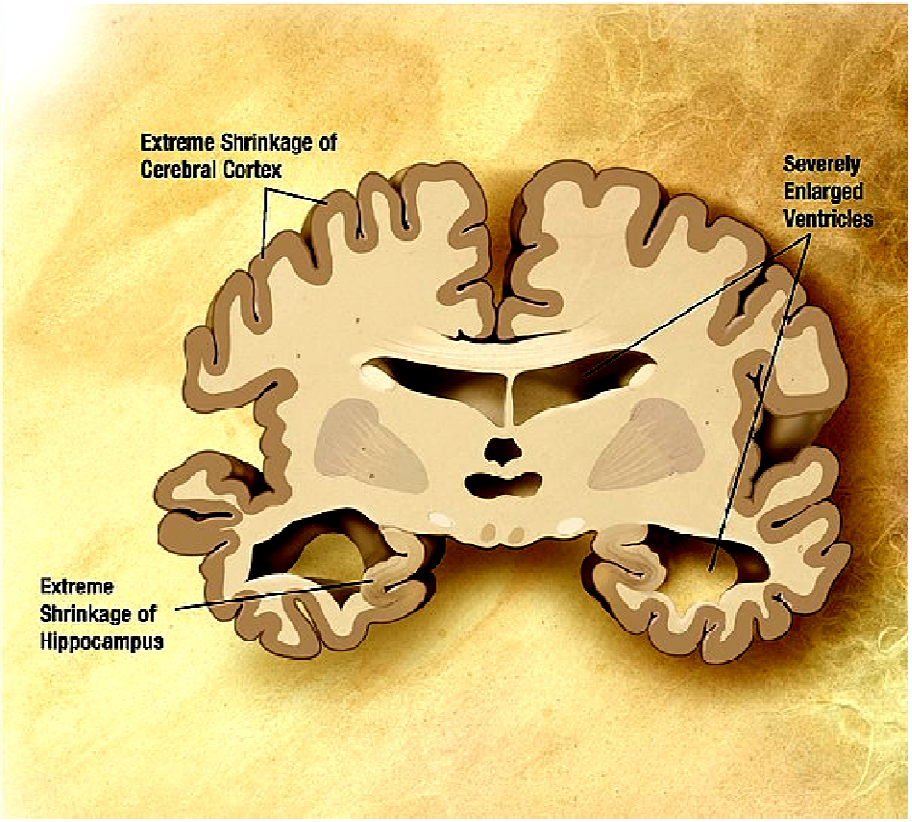
SEGNI DI OCCLUSIONE

- Quali sono i sintomi dell'occlusione intestinale?
- I sintomi dell'**occlusione intestinale** sono:
- dolore di tipo crampiforme ed intermittente a livello addominale
- nausea e vomito
- alvo chiuso sia a feci che gas
- disidratazione e squilibrio idro-elettrolitico dovuto al mancato riassorbimento dei succhi digestivi
- in assenza di trattamento, l'occlusione può determinare una sofferenza ischemica con conseguente necrosi della porzione interessata dall'occlusione, con rischio di peritonite, perforazione della parete intestinale, setticemia e shock.

livellazione

Alzheimer’s disease



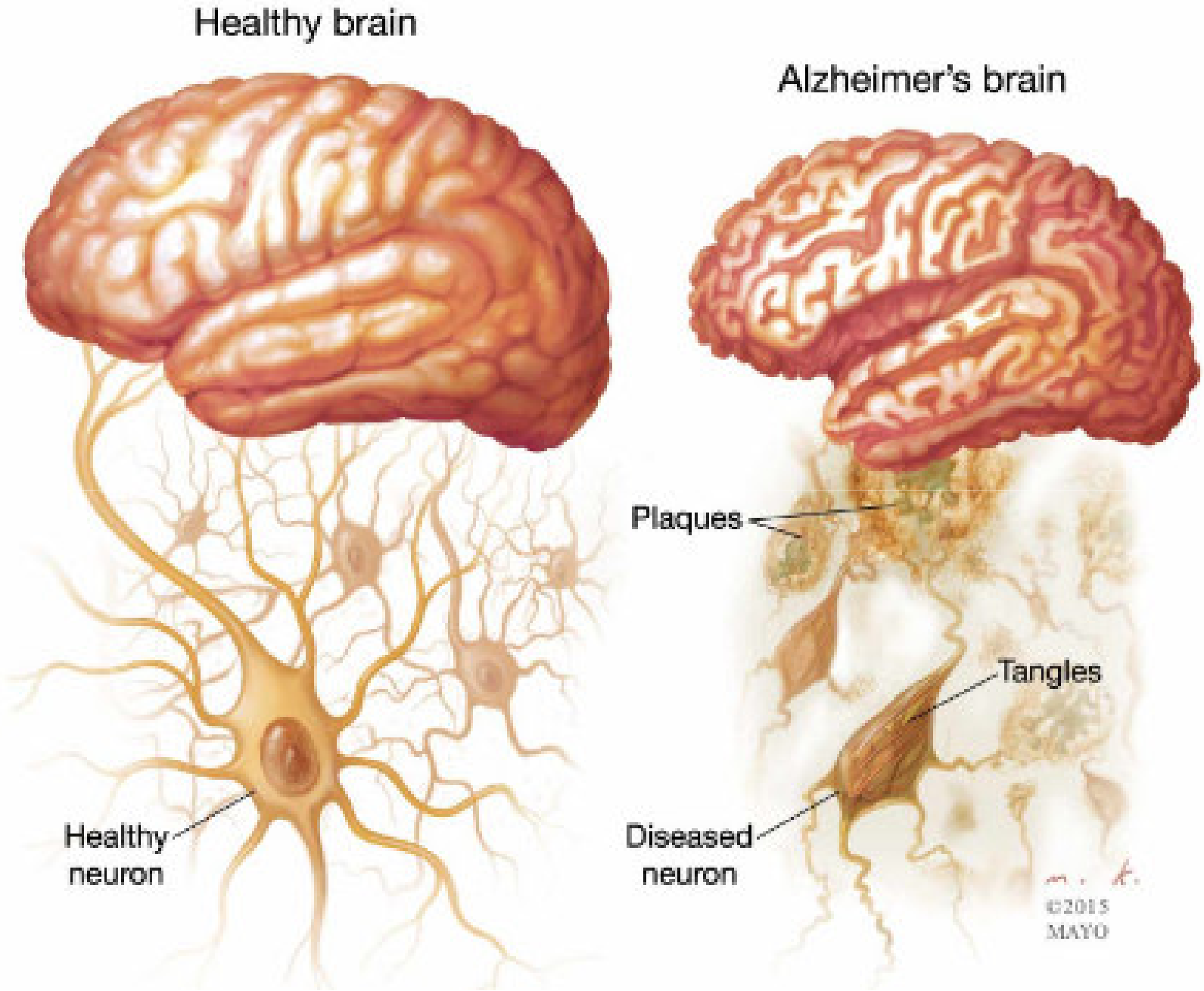


alzheimer

Le persone cominciano a dimenticare alcune cose, per arrivare al punto in cui non riescono più a riconoscere nemmeno i familiari e hanno bisogno di aiuto anche per le attività quotidiane più semplici.

La demenza di Alzheimer oggi colpisce circa il 5% delle persone con più di 60 anni e in Italia si stimano circa 500mila ammalati.
È la forma più comune di demenza senile, uno stato provocato da una alterazione delle funzioni cerebrali che implica serie difficoltà per il paziente nel condurre le normali attività quotidiane.
La malattia colpisce la memoria e le funzioni cognitive, si ripercuote sulla capacità di parlare e di pensare ma può causare anche altri problemi fra cui stati di confusione, cambiamenti di umore e disorientamento spazio-temporale.

La malattia prende il nome da Alois Alzheimer, neurologo tedesco che per la prima volta nel 1907 ne descrisse i sintomi e gli aspetti neuropatologici. All'esame autoptico, il medico notò segni particolari nel tessuto cerebrale di una donna che era morta in seguito a una insolita malattia mentale. Infatti, evidenziò la presenza di agglomerati, poi definiti placche amiloidi, e di fasci di fibre aggrovigliate, i viluppi neuro-fibrillari. Oggi le placche formate da proteine amiloidi e i viluppi, vengono considerati gli effetti sui tessuti nervosi di una malattia di cui, nonostante i grossi sforzi messi in campo, ancora non si conoscono le cause.


Healthy brain
Alzheimer's brain
Plaques
Tangles
Healthy neuron
Diseased neuron
©2015 MAYO

- **Terapie farmacologiche**
- Oggi purtroppo non esistono farmaci in grado di fermare e far regredire la malattia e tutti i trattamenti disponibili puntano a contenerne i sintomi.
- Per alcuni pazienti, in cui la malattia è in uno stadio lieve o moderato, farmaci come tacrina, donepezil, rivastigmina e galantamina possono aiutare a limitare l’aggravarsi dei sintomi per alcuni mesi. Questi principi attivi funzionano come inibitori dell'acetilcolinesterasi, un enzima che distrugge l'acetilcolina, il neurotrasmettitore carente nel cervello dei malati di Alzheimer.

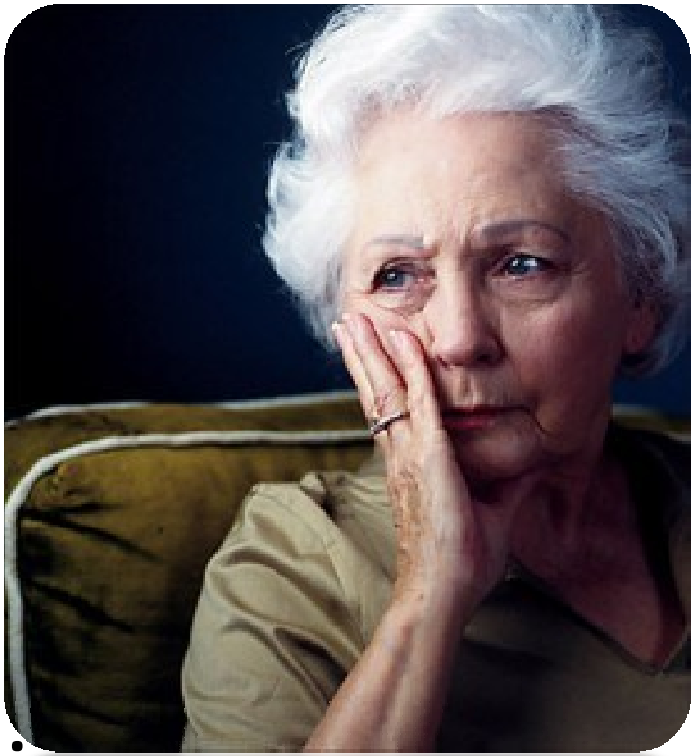
novità

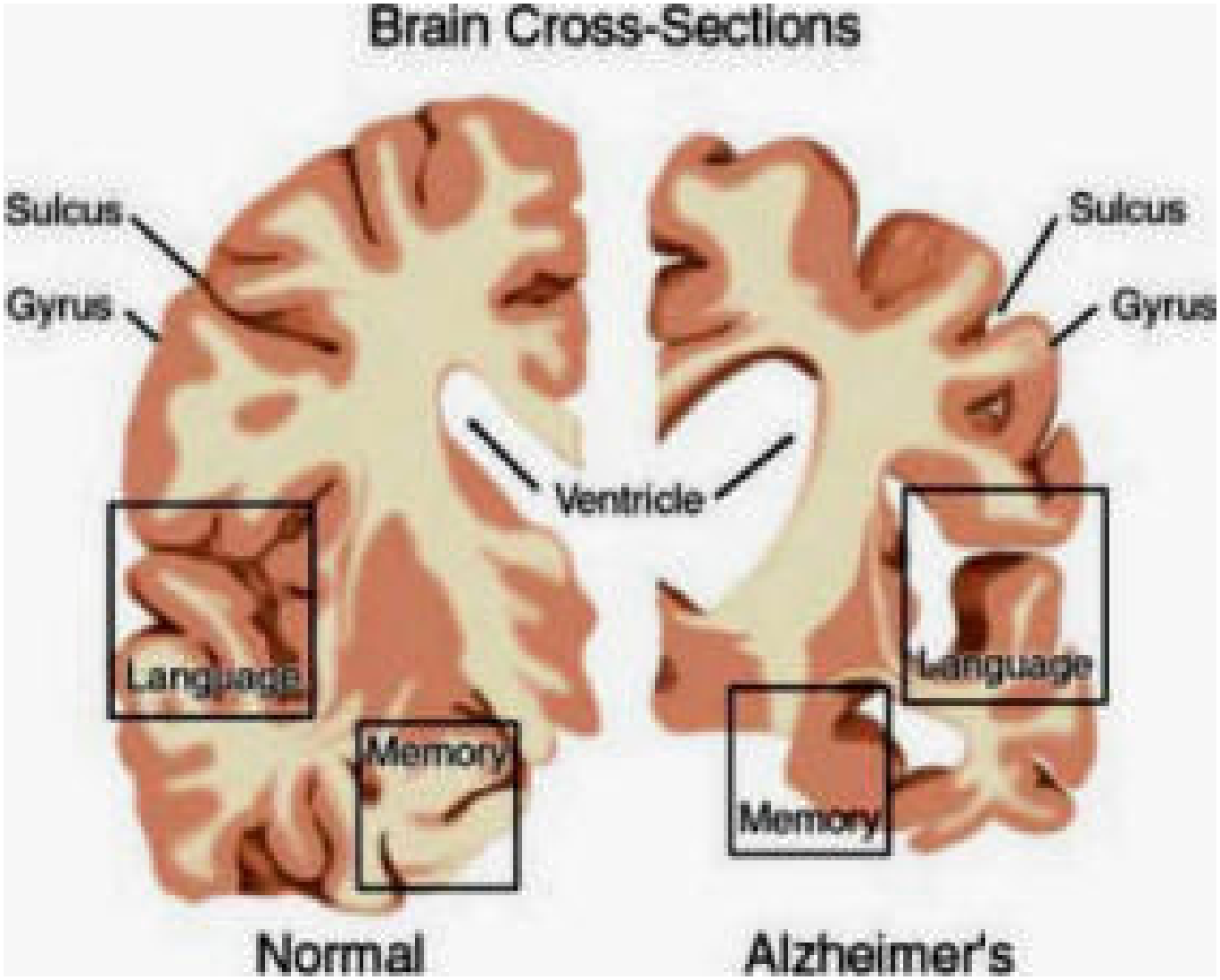
- La messa a punto di nuovi farmaci per la demenza di Alzheimer è un campo in grande sviluppo, nei laboratori di ricerca si sta lavorando a principi attivi che aiutino a prevenire, a rallentare la malattia e a ridurne i sintomi.
- Altra via di ricerca attiva è quella che punta sullo sviluppo di una risposta immunologica contro la malattia cercando di sviluppare un vaccino in grado di contenere la produzione di b-amiloide (il peptide che si aggrega a formare le placche).

- **Terapie non farmacologiche**
- Fra le varie terapie non farmacologiche proposte per il trattamento della demenza di Alzheimer, la terapia di orientamento alla realtà (ROT) è quella per la quale esistono maggiori evidenze di efficacia (seppure modesta). Questa terapia è finalizzata ad orientare il paziente rispetto alla propria vita personale, all'ambiente e allo spazio che lo circonda tramite stimoli continui di tipo verbale, visivo, scritto e musicale.

Quadri psichiatrici

- Demenza senile e
- Morbo di Alzheimer
- Depressione reattiva e maggiore
- Psicosi
- Agitazione psicomotoria
- Confusione




Brain Cross-Sections
Sulcus
Gyrus
Ventricle
Language
Memory
Sulcus
Gyrus
Language
Memory
Normal
Alzheimer's

Demenza senile

- Si parla di demenza quando si verifica un calo di memoria e di almeno un'altra capacità cognitiva che porta al peggioramento della funzionalità sociale o occupazionale. Ci sono oltre 100 cause di demenza, tra cui la malattia di Alzheimer è la più comune. La malattia di Alzheimer comporta la distruzione delle cellule cerebrali e nella fase iniziale è caratterizzata dalla perdita di memoria a breve termine, difficoltà nella ricerca delle parole e cambiamenti della personalità. Al progredire della malattia, si assiste alla perdita graduale delle abilità funzionali e della memoria a lungo termine, come pure alla diminuzione della capacità di leggere, di elaborare pensieri e comunicare

Il demente

Come dico a mia moglie che mi sono perso se non ricordo nemmeno il numero di casa?

Distinguiamo: demenze primarie e secondarie

- **Demenze primarie**

— Demenze presenili: a) malattia di Alzheimer-Perusini: b) malattia di Pick

— Demenza senile

— Malattìa di Creutzfeldt-Jakob

— Corea di Huntington

— Altre: morbo di Parkinson, paralisi sopranucleare progress., degeneraz. spinocerebell., complesso demenza-Parkinson di Guam, malattia di Hallovorden-Spatz.

Demenze secondarie

— Demenze arteriopatiche (v. arteriosclerosi cerebrale, Bürger, etc.)
— Ipossia cerebrale
— Malattie metaboliche: mixedema, ipoglicemia, mal. epatiche cro-niche, uremia, mal. di Wilson, etc.
— Malattie nutrizionali: sindrome di Wernicke-Korsakoff, deficienza di vit. B12, pellagra, mal. di Marchiafava-Bignami (v. Alcoolismo)
— Intossicazioni da metalli pesanti (piombo, mercurio, manganese)
— Intossicazioni da farmaci
— Idrocefalo normoteso
— Neoplasie
— Traumi
— Infezioni cerebrali (batteriche, micotiche, luetiche).

Demenza, epidemiologia

- La probabilità di sviluppare una qualsiasi forma di demenza aumenta con l'età, passando da una persona su 1.000 con meno di 65 anni a 20 su mille nella popolazione di ultrasessantacinquenni e oltre. Gli ottantenni o ultraottantenni hanno una possibilità su cinque di sviluppare la malattia, e per gli ottantacinquenni ed oltre il margine si restringe ulteriormente a uno su tre.
- Nei prossimi 30-40 anni, ci si attende che la diffusione globale della malattia di Alzheimer triplichi

Demenza e fattori di rischio

- **Fattori di rischio**
- Mentre le cause precise della malattia di Alzheimer sono sconosciute, i fattori di rischio studiati comprendono: l'età, il sesso, l'educazione, i traumi cranici, il fumo, l'alta pressione sanguigna e l'ipercolesterolemia.

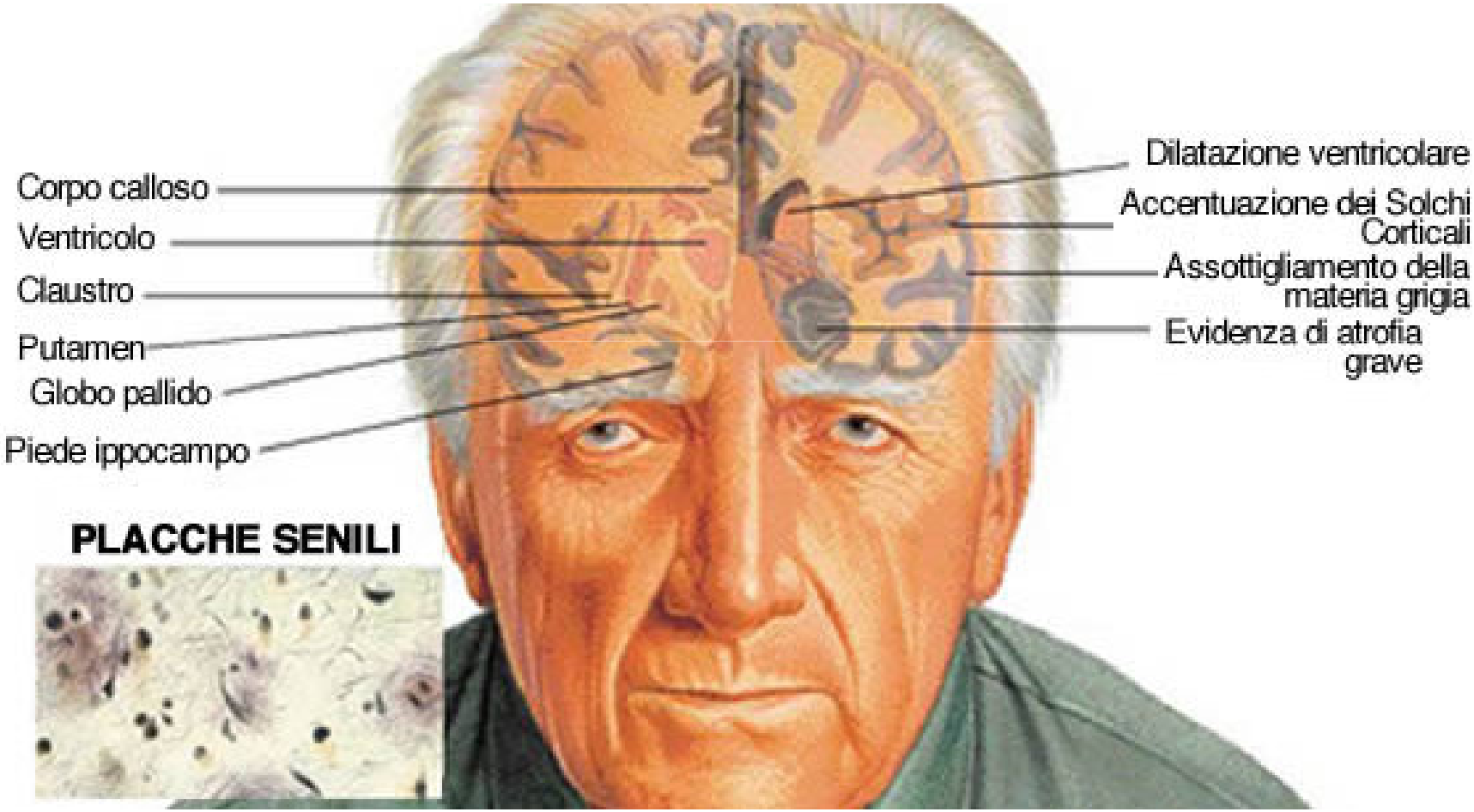
Quadri clinici

- 1) Disturbi dell'attenzione e della concentrazione.
  2) Compromissione della memoria, con ridotta capacità di apprendimento, di memorizzazione e di rievocazione degli eventi recenti ed anche passati. Confabulazione.
- 3) Riduzione del patrimonio ideativo, povertà dei contenuti ideici, ripetitività, compromissione del pensiero.
  4) Disturbi del pensiero, perdita delle capacità di aderire alla realtà con sospettività, ideazione a sfondo persecutorio, ipocondria e gelosia.
  5) Perdita delle capacità critiche e di giudizio.
  6) Aumentata reattività, estrema selettività degli stimoli. Incapacità a valutare, integrare ed analizzare le informazioni ricevute. Tendenza verso reazioni catastrofiche.

Quadri clinici

- 7) Mancanza di iniziativa e di spontaneità, apatia, distacco, mutacismo, indifferenza, stereotipie e automatismo.
  8) Eccitamento, clamorosità, iperattività afinalistica e inconcludente
  ti) Disturbi dell'affettività, superficialità emotiva. Riduzione degli interessi generali e della consapevolezza della propria malattia. Ottusità affettiva, euforia, labilità affettiva, aumentata irritabilità.
  10) Disturbi della coscienza, restringimento e offuscamento del campo di coscienza, onirismo, disorientamento temporo-spaziale.
  11) Disturbi delle simbolie (linguaggio, grafica, espressione).
  12) Sovvertimento degli istinti fondamentali, perdita del controllo degli sfinteri.
  13) Progressivo decadimento dello stato fisico.
  14) Alterazioni anatomopatologiche, caratterizzate da riduzione della massa cerebale con approfondimento dei solchi e delle scissure, assottigliamento delle circonvoluzioni, dilatazione dei ventricoli, spopolamento neuronale e con lievemente diversi aspetti istopatologici nelle varie forme.

Cervello consumato…



Cura della demenza

- Donepezil (aricept, memac): all'inizio, 5 mg 1 volta al giorno la sera, se necessario aumentare a 10 mg al giorno dopo 1 mese; massimo 10 mg al giorno;
  Galantamina (reminyl): all'inizio 4 mg 2 volte al giorno per 4 settimane, da aumentare a 8 mg 2 volte al giorno per 4 settimane; dose di mantenimento 8-12 mg 2 volte al giorno;
  Rivastigmina (exelon, prometax): per bocca, all'inizio 1,5 mg 2 volte al giorno, aumentando gradualmente di 1,5 mg 2 volte al giorno a intervalli di almeno 2 settimane, se-condo la risposta e la tolleranza; intervallo abituale, 3-6 mg 2 volte al giorno; massimo 6 mg 2 volte al giorno

Un vecchio molto confuso…

- Ricoveriamo un signore anziano di Femminamorta, località sopra Merì e sotto S.Lucia del Mela. Sappiamo che è confuso. Gli chiediamo: perché si chiama Femminamorta?
- Ci risponde che 400 anni fa, dopo il diluvio universale, mentre c'erano i soldati garibaldini a Merì, un soldato vinse una scommessa: sparando col fucile avrebbe ucciso una donna a distanza, appunto nella località Femminamorta, da cui il nome….. (sic!)

Altri farmaci

- **MEMANTINA**

  La memantina è un antagonista dei recettori dello N-metil-D-aspartato (NMDA) e agisce sulla trasmissione del glutammato; è autorizzata anche in Italia per il trattamento della malattia di Alzheimer da moderata a grave.

Altre cure

- **Trattamento di supporto**
  In caso di crisi convulsive: **fenobarbitale** (Luminale cpr 0,10 g). Pos: 1-2 compresse al giorno.
  difenilidantoina (Dintoina cpr 100 mg). Pos: 2-3 cpr/die.
- In caso di stato di ansia:
  buspirone (Buspar cpr 10 mg). Pos: 5-10 mg 3 volte al giorno; oppure **oxazepam** (Serpax cps 15 e 30 mg mg). Pos: 2-4 cpr/die; oppure **alprazolam** (Xanax cpr 0,25 e 0,50 mg).

Altre cure

- agitazione:**aloperidolo** (Serenase cpr o gocce mg). oppure **promazina** (Talofen gocce 4%). Pos: iniziare con 10 gtt due volte al dì incrementando successivamente le dosi fino a 30 gtt due-tre volte al giorno.
- Rischi di effetti collaterali cardiologici

Altre cure nuove

- Gli effetti collaterali extrapiramidali sono invece nettamente minori rispetto ai neurolettici radizionali. **Risperidone** (Risperdal cpr 1-2-3-4 mg). Pos: iniziare con 0,5 mg 2-3 volte al giorno ed incrementarre lentamente le dosi. Il farmaco non va usato nella demenza multinfartuale perché determina un aumentato rischio di ictus cerebri;
  oppure **quetiapina** (Seroquel cpr 25 e 100 mg). Pos: iniziare con 25 mg 2-3 volte al giorno ed incrementarre lentamente le dosi. In caso di labilità emotiva o di depressione del tono dell'umore: **imipramina** (Tofranil 25 mg cpr). Pos: 1-3 compresse al giorno; oppure **fluoxetina** (Prozac cps 20 mg). Pos: 1 cps/die; La fluoxetina è particolarmente utile nei pazienti obesi o bulimici in quanto ha azione anche anoressizzante;
  oppure **trazodone** (Trittico cpr 25 e 50 mg) Pos: 1-2 cpr/die;
  oppure **sertralina** (Tatig cps 50 mg). Pos: 1 cps/die.

Avete per la testa questi pensieri negativi? Allora siete depressi…

- - una cattiva opinione di voi stessi (lavoro peggio degli altri, Sono un cattivo genitore, non ho capacità di giudizio, tutti mi disprezzano)
- - Vi criticate e biasimate troppo (sono inefficiente, non svolgo bene il mio lavoro, agisco male nei confronti degli altri, è' sempre colpa mia, non lo merito, non valgo tanto)
- - Reagite in modo negativo (per me tutto è difficile, spendo troppo, gli altri mi criticano, nessuno mi vuole)
- - Il futuro è buio (sicuramente non ce la farò, tutto ciò che faccio viene male, è inutile cercare di cambiare, la sfortuna mi perseguita, tutto è un fallimento
- **Allora è possibile che siate depressi.**

Disforia, distimia, depressione….

- La **depressione può essere:**
- da lieve a moderata è caratterizzata da sintomi depressivi e da un certo grado di alterazione del funzionamento sociale. Numerosi soggetti recuperano in un periodo di tempo breve ma circa la metà lamenta sintomatologia ricorrente
  · depressione grave, se è associata ad agitazione o rallentamento psicomotorio con importanti sintomi somatici. In questa revisione si considera che i trattamenti siano stati valutati nella depressione grave qualora gli studi abbiano incluso pazienti ricoverati.
  · depressione psicotica se è caratterizzata dalla comparsa di allucinazioni, deliri o entrambi.

Il depresso ed il distimico

- **Distimia.**
- E’ un umore cronicamente depresso, presente per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno per 2 anni. Gli individui col disturbo distimico si sentono tristi e "giù di corda". Essi presentano ancora uno o più sintomi sotto riportati:
- - scarso appetito o al contrario iperfagia (mangiano cioccolata, dolci, spuntini ecc.)
- - insonnia o ipersonnia
- - scarsa energia o astenia
- - bassa autostima
- - difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
- - sentimenti di disperazione

Disturbo depressivo maggiore >>Non su base reattiva.

- Può essere lieve, moderato o grave. Secondo studi americani ne sono affetti il 26% delle donne ed il 12% degli uomini., specie se in famiglia esiste un parente di primo grado che ne sia affetto.
- - Episodio depressivo maggiore se:
- Sono presenti 5 o più dei sintomi appresso riportati; si caratterizza per i seguenti sintomi, presenti contemporaneamente per un periodo di 2 settimane, non causate da situazioni patologiche particolari (per es. malattia grave ed ospedalizzazione) nè associato a spunti deliranti:
- - Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno marcata diminuizione di interesse e piacere per tutte le attività della giornata;

Disturbo depressivo maggiore, altri segni

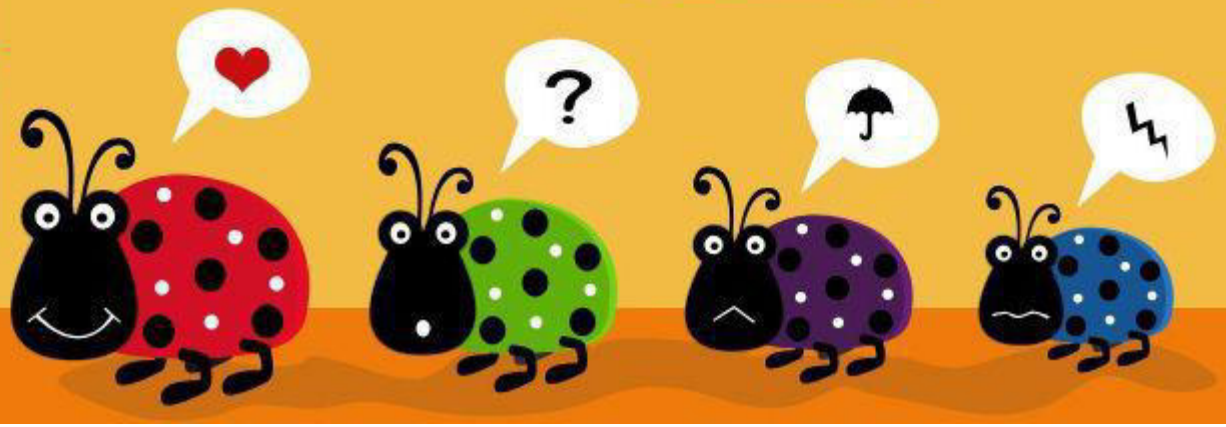
- - perdita di peso o aumento di peso oppure riduzione dell’appetito quasi ogni giorno.
- - insonnia o ipersonnia
- - agitazione e rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno
- - faticabilità
- - sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi ogni giorno
- - ridotta capacità a concentrarsi o pensare
- - pensieri di morte (non solo paura di morire, ma ideazione suicidaria senza un piano specifico o ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

Il caso del depresso maggiore

- Un signora signora anziana viene alla nostra attenzione per scompenso cardiaco.
- Durante la notte, alle 4, ci chiamo l'infermiere: la ha trovata su una sedia con la finestra aperta pronta a buttarsi di sotto: non ce la fa più e la vuole fare finita, in realtà sta quasi bene e nulla poteva fare pensare a questo gesto insano.
- Viene ricoverata in psichiatria volontariamente, da noi trasferita… siamo arrivati a tempo
- Il marito, nervoso, ci chiede notizie: gli diciamo di visitare la moglie in psichiatria.
- Quando si reca da lei, la signora inveisce contro di lui e lo minaccia di morte..
- Allora capisce!

Lo psicotico

Che differenza c'è tra un nevrotico, uno psicotico ed uno psicoanalista?
-Il nevrotico è colui che costruisce castelli in aria,
-lo psicotico è colui che li abita e
- lo psicoanalista è quello che riscuote l'affitto...



Nevrosi e psicosi

- Nelle nevrosi, a differenza delle psicosi, mancano sintomi psicotici come le allucinazioni ed i deliri, gravi disturbi del comportamento, alterazioni del contatto con la realtà; è presente la coscienza di malattia che è assente nelle psicosi, per cui il nevrotico si definisce “ un pazzo” per antonomasia, mentre lo psicotico dice di essere sano!

Nevrosi ossessiva

- La **nevrosi ossessiva** è presente in soggetti che mostrano una struttura psichica molto rigida, sono sovente timidi ed incerti nel loro rapporto con gli altri, ma incrollabili nel loro estremo rigorismo morale.
- Sono precisi, ordinati, metodici, meticolosi, rispettosi e conformisti nei riguardi della autorità, spesso avari, talora esigenti, impietosi e crudeli verso i familiari ed amici.
- Questa nevrosi ha come sintomo cardine l'ossessione, che è un'idea, una rappresentazione di tipo semplice, dubitativo, impulsivo od inibitrice, che "assedia", nel vero senso etimologico, il soggetto in modo costrittivo
- L’ossessivo-compulsivo è colui che deve necessariamente compiere azioni senza senso, ma se non lo fa sta male: es. atti scaramantici, usare sostanze per stare calmo, fare rituali, es. lavare le mani, disinfettarsi, avere deliri di contaminazione e già deraglia (delirio) verso la psicosi…
- Lo **stato borderline** tra nevrosi e psicosi

Nevrosi isterica

- La ***nevrosi isterica*** è la classica nevrosi di conversione di Freud; in essa si realizza l'espressione in sintomi somatici di stati affettivo-emotivi e di rappresentazioni con forte carica emotiva. Fra i detti sintomi fanno spicco i sintomi motori: la crisi isterica, la paralisi e le paresi di natura funzionale, l'astasia-abasia, il mutismo

Nevrosi ipocondriaca

- ***nevrosi ipocondriache,*** allorché si altera il vissuto corporeo e si determina una costante ansietà verso il proprio corpo o un suo tratto, fino al delirio ipocondriaco. Al medesimo meccanismo si attribuiscono le nevrosi d'organo. Esse si collocano nell'ambito della *psicosomatica;* riguardano, infatti, effettive e reali disfunzioni somatiche, dovute in parte a costituzionale meiopragia di un organo, ma altresì ad uno stato emotivo conflittuale, in grado di alterare la omeostasi fino ad indurre vere alterazioni anatomo-istologiche (ulcera duodenale, ad esempio o colon irritabile).

Nevrosi d’ansia

- ***nevrosi d'ansia*** è definibile come ansia cronica, costituzionale, caratterizzata appunto da ansia, diffe-rente dalla paura per l'assenza di un oggetto reale pre-sente e contrassegnata dall'attesa penosa di un pericolo oscuro imminente o proiettantesi nel futuro,assolutamente indefinito, minacciarne l'esistenza. L’ansia si accompagna ad incertezza, a dubbio, a sfiducia. L'ansioso è immaturo, egocentrico, portatore di forti sentimenti di inferiorità, sopporta male le frustazioni ed ha continuo bisogno di essere rassicurato.

Anziano amente

L’anziano confuso, il disturbo amenziale o demenza senile

- Mancanza di lucidità e chiarezza del campo della coscienza: l'attività percettiva è deficitaria, il malato identifica male gli oggetti del mondo esterno, non riconosce i presenti e le persone che lo curano. Il linguaggio è frammentario ed incoerente.
  - Disorientamento temporo-spaziale: il malato non sa dire il giorno, il luogo ove si trova, la data di ingresso.
  - Turbe della memoria: riguarda la memoria di fissazione e di rievocazione.
  - Delirio onirico: non costante ma assai frequente. È una esperienza allucinatoria delirante onirica. Prevalentemente costituita da allucinazioni visive (immagini caleidoscopiche). Il paziente partecipa attivamente ed intensivamente all'esperienza delirante. Le tematiche più frequenti sono: a) scene oniriche a tinta terrifica; b) delirio onirico a tonalità affettiva piacevole o esaltata; c) il cosiddetto delirio occupazionale o professionale (il paziente vive una scena del proprio lavoro o è alle prese con le sue abituali occupazioni).

Il bus, la fermata e le violenze

I casi realmente accaduti in reparto

- Un paziente anziano si alza arbitrariamente dal letto alle ore 2,30 della notte, si veste come può e si rivolge al personale dicendo che aspetta l'autobus per Ficarra e chiede quando passa….
- Una paziente, che viene cateterizzata, l'indomani dice ai pazienti che è stata violentata dal medico di turno… i parenti, piu' pazzi di lei ,vogliono chiamare i carabinieri…e denunciarci per violenze sessuali in reparto!!!

Lo Psicotico

- Il termine psicosi indica una tipologia di disturbo psichiatrico, espressione di una severa alterazione dell'equilibrio psichico dell'individuo, con compromissione dell'esame di realtà, frequente assenza di insight, e frequente presenza di disturbi del pensiero, deliri ed allucinazioni.
- Venne introdotto nel 1845 da Ernst von Feuchtersleben con il significato di "malattia mentale o follia".

Disturbo psicotico, segni

- Si distinguono in "positivi", caratterizzati da espansione della percezione e della sensazione (deliri, allucinazioni, ecc.), e "negativi", caratterizzati da introiezione ed iporeattività (sintomi autistici, catatonia, isolamento, ecc.).
- Disturbi di forma del pensiero: alterazioni del flusso ideativo fino alla "insalata di parole" ed all'incoerenza; alterazioni dei nessi associativi, come la paralogia, la tangenzialità, le risposte di traverso, i "salti di palo in frasca"[1];
- Disturbi di contenuto del pensiero: ideazione prevalente delirante (deliri, spunti interpretativi);
- Disturbi della sensopercezione: dispercezioni ed allucinazioni uditive (a carattere imperativo, commentante, denigratorio o teleologico), visive, olfattive, tattili, cenestesiche, geusiche.
- Di queste tre categorie di sintomi, il disturbo del contenuto del pensiero (delirio) è quello caratterizzante tutti i quadri psicotici; infatti nei disturbi psicotici dell'umore le allucinazioni possono essere assenti, così come nel disturbo delirante cronico (Paranoia) non si osservano evidenti disturbi della forma del pensiero.

psicosi

- Il disturbo più importante di questo spettro è la schizofrenia, i cui sintomi tipici sono:
  - deliri;
  - allucinazioni;
  - eloquio disorganizzato (insalata di parole);
  - comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico;
  - sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia.

Disturbo delirante

- Dalla schizofrenia si distingue anche il disturbo delirante caratterizzato da deliri non bizzarri (riguardanti situazioni della vita reale) che durano almeno un mese.
- Tali deliri possono essere di tipo:
  - erotomania) (convinzione di essere amati da una persona che è all'oscuro di tutto);
  - di grandezza;
  - di gelosia;
  - di persecuzione;
  - somatico (v. delirio ipocondriaco);
  - misto (più tipi tra quelli sopra menzionati).

  Altri disturbi dello spettro schizofrenico sono il disturbo schizoaffettivo nel cui decorso, sovrapponibile a quello della schizofrenia, si manifesta un episodio depressivo, maniacale o misto; il disturbo psicotico (che può essere dovuto a ipercalcemia, ipotiroidismo, lupus eritematoso sistemico, AIDS, neoplasie, pato-logie cerebrali, ecc.) e il disturbo psicotico indotto da sostanze

Il delirante

- Un vecchio, al colloquio anamnestico, ci racconta che i suoi mali derivano dal fatto che è decaduto di rango… che lo Zar Nicola II di Russia lo ha rinnegato come figlio, abbandonandolo in un cesto nel fiume Don…Lui come Mosè è stato salvato dalle acque e cresciuto da plebei ma nonostante tutto egli è pur sempre nobile… che nella vita, però è stato sfortunato: infatti le donne lo allontanano, perché dice :
- - La f..a sente puzza di soldi: lui non ne possiede e le donne per questo lo lasciano…

Il paziente letterato

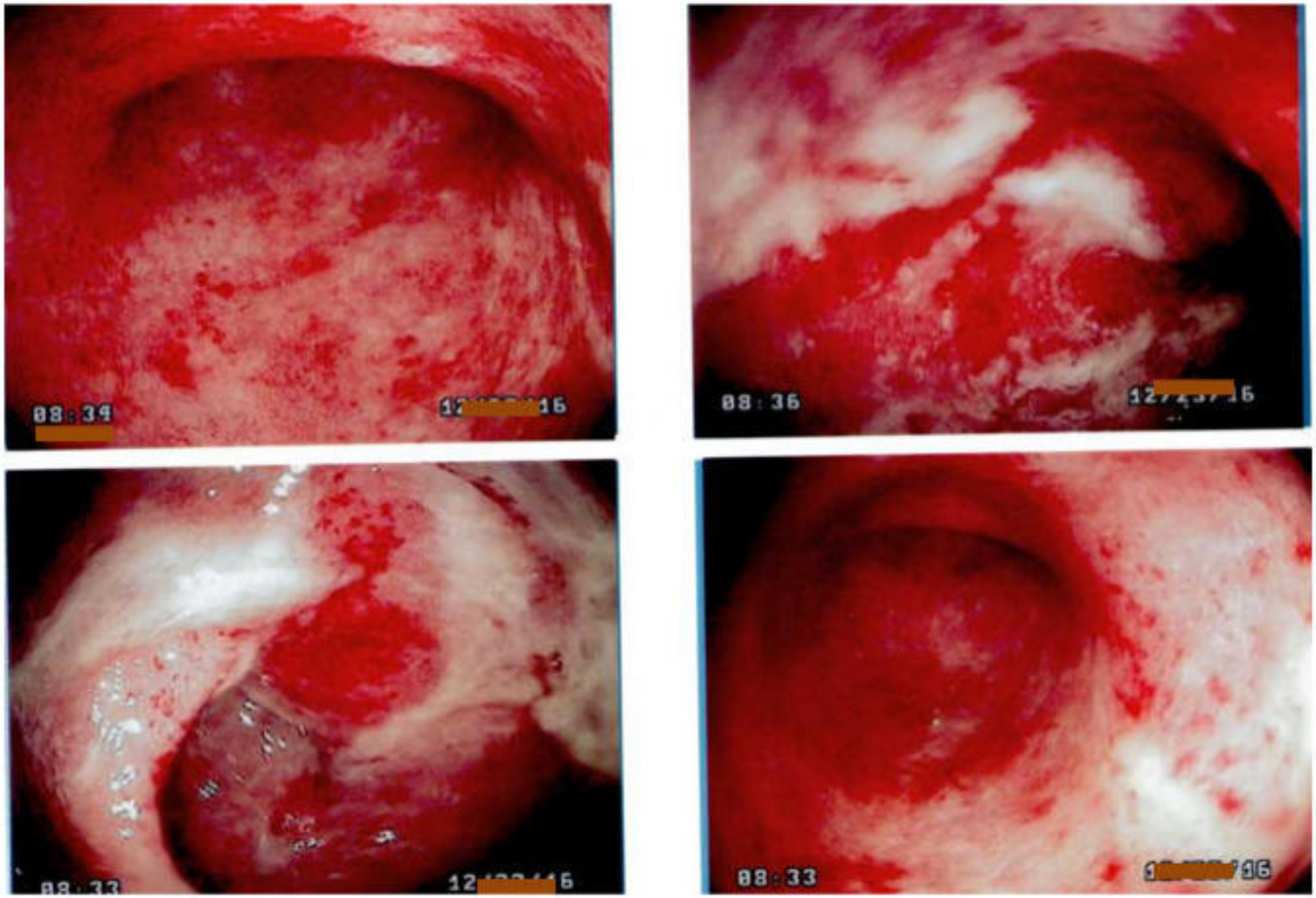
- Un signore, che si reputa grande letterato ed in possesso del perfetto linguaggio italiano (in realtà parla in maniera sconnessa con verbalità sofferente, ma crede di esprimersi in italiano classico letterario!) ha ricevuto la pensione di accompagnamento per questioni sue di salute mentale ma si indigna: nessuno infatti gli può mandare una pensione, poiché è perfettamente sano di mente:evidentemente è un errore!
- Decide perciò di risolvere la questione: scriverà al sig. Presidente della Repubblica: invia una lettera dove spiega il sopruso ricevuto. Il Prefetto risponde e gli rivoca la pensione. Ora è felice…

Cura dello psicotico

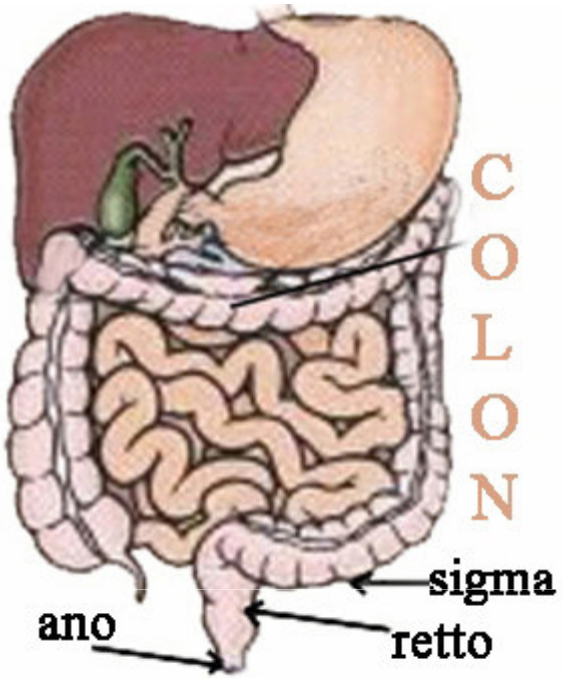
- Riportiamo le principali caratteristiche dei farmaci neurolettici tipici; per più dettagliate informazioni rimandiamo ai testi di farmacologia e alle schede tecni-che dei singoli preparati.
  I neurolettici atipici risperidone (Belivon e Risperdal), olanzapina **(Zyprexa), clozapina** (Leponex e Clozapina Generica**), quetiapina** (Seroquel), **amisulpride** (Solian), ecc. hanno minori effetti collaterali, ma in alcuni casi importanti, soprattutto la clozapina che può provocare agranulocitosi, per cui va continua-mente monitorata attraverso il controllo regolare dell'emocromo e della formula leucocitaria. Alcuni antipsicotici atipici provocano iperprolattinemia (risperidone, amisulpride), altri incremento ponderale (olanzapina, clozapina),

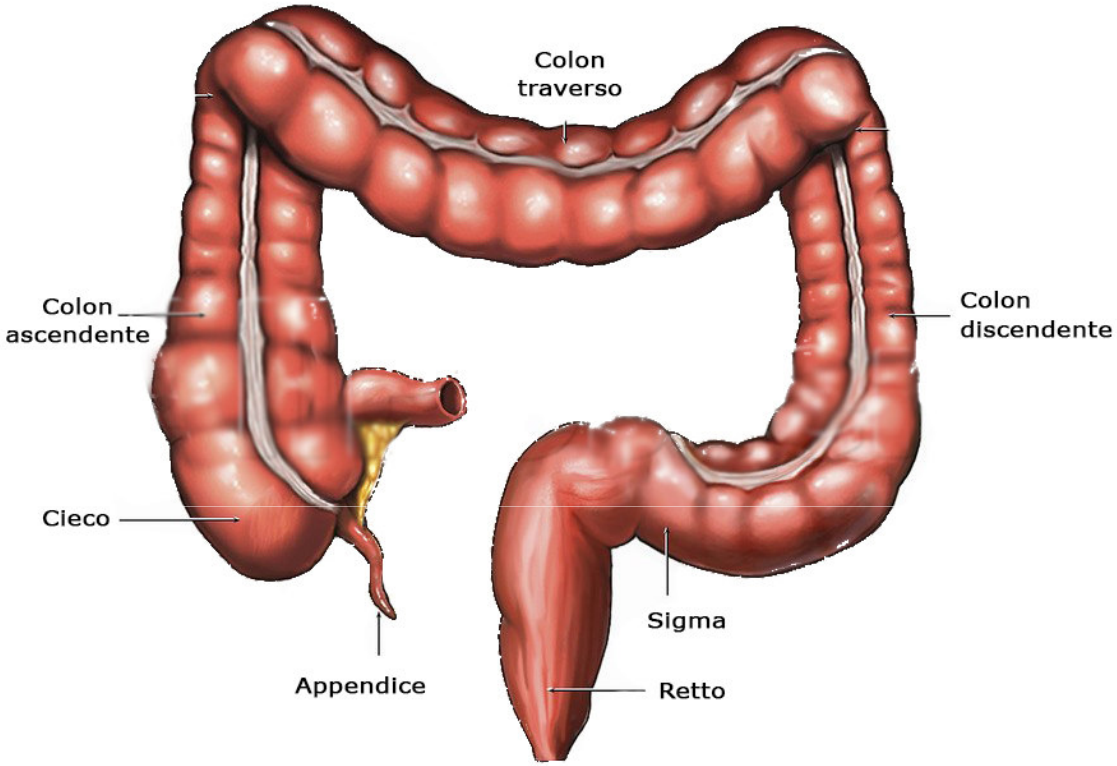
- A questo punto, state bene o vi sentite un po’ pazzi pure voi?

Malattie infiammatorie intestinali



Colonscopia: rettocolite ulcerosa, giovane signore con frequenti riacuzie


COLON
sigma
ano
retto


Colon
traverso
Colon
ascendente
Colon
discendente
Cieco
Sigma
Appendice
Retto

GRAZIE A TUTTI VOI, AL PROSSIMO ANNO
Mio SITO
www.gastroepato.it