

ALCOOLE ANZIANI

Vaio

19-04-2012

Simonetta Gariboldi

MONDO. Contributo alla disabilità, mortalità prematura e malattia di lunga durata (DALY's) di DROGHE e ALCOL

13 milioni di anni di vita persi per le DROGHE

69 milioni anni di vita persi per l' ALCOL

	Illicit drugs		Alcohol		Tobacco	
	N	Global %	N	Global %	N	Global %
Past-year users	149-272 million*	3.3-6.1%	2830 million†	44%	-	-
Problem or dependent users	15-39 million‡	0.3-0.9%	76.3 million§	1.2%§	1670 million¶	16%¶
Attributable deaths†	0.25 million	0.4%	2.25 million	3.8%	5-11 million	8.7%
Years of life lost due to use disorders†	2.1 million	0.23%	1.5 million	0.17%	NR	NR
Attributable DALYs†	13.22 million	0.9%	69.42 million	4.5%	55-90 million	3.7%

Table 9: Comparison of existing estimates of use and burden of disease for illicit drugs, alcohol, and tobacco

0,25 milioni di morti per droga (0,4 %)
Alta mortalità giovanile

2,25 milioni morti per alcol (3,8 %)
Alta mortalità adulti e anziani

www.thelancet.com Vol 379 January 7, 2012

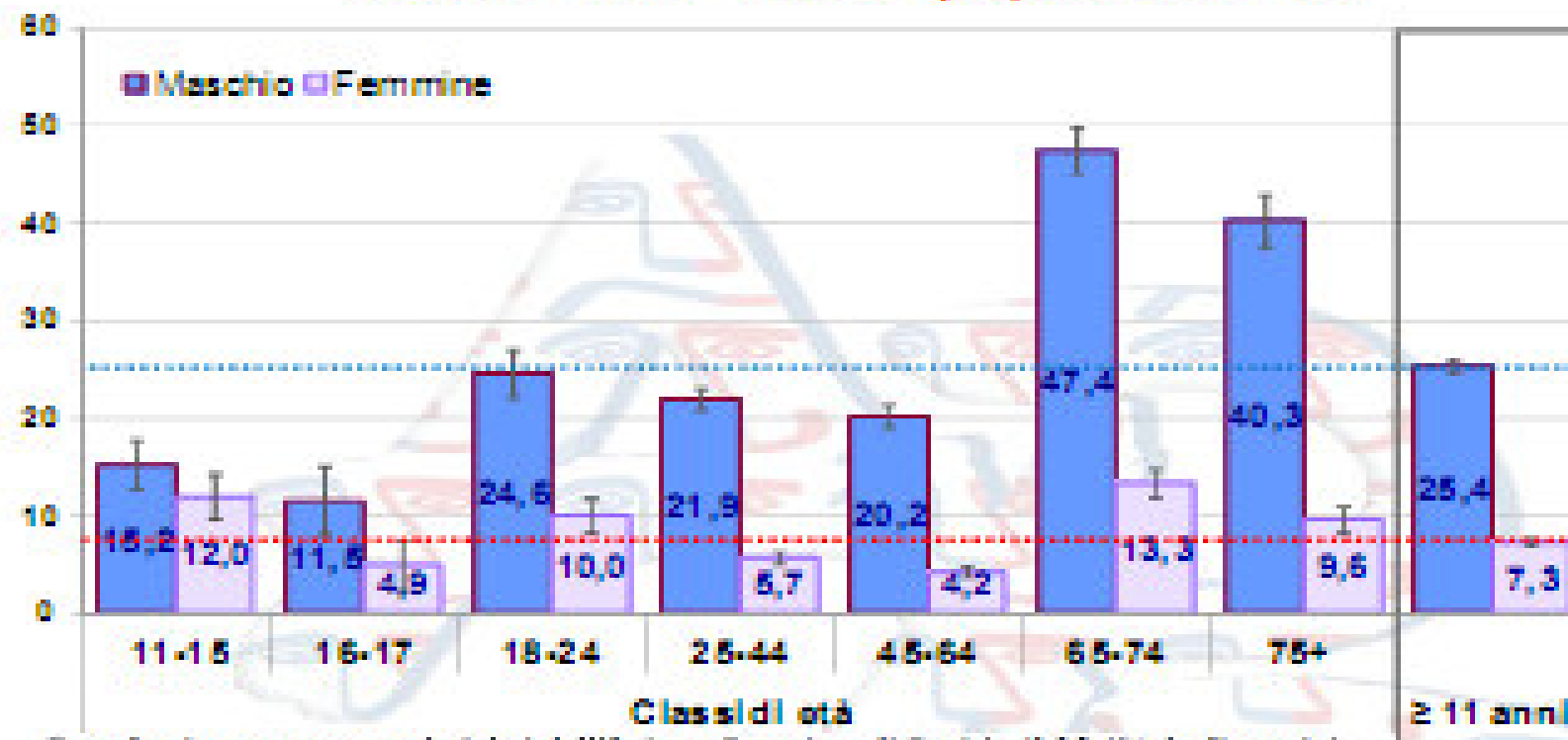
Comparison of existing estimates of use and burden of disease for illicit drugs, alcohol, and tobacco (table 9) draws attention to four main points. Globally, many fewer people use illicit drugs than use alcohol (roughly tenfold). Nevertheless, estimated levels of problem use of opioids, cocaine, or amphetamines are an appreciable proportion of those for alcohol use disorders (0.3-0.9% vs 1.2%). Tobacco use is far more widespread, and so its contribution to disease burden was greater than that for alcohol or illicit drugs. Finally, the estimated number of attributable deaths and DALYs were much higher for alcohol use disorders than for problem illicit-drug use (1.9% and 4.5% for alcohol and 0.4% and 0.9% for illicit drugs, respectively). The higher number of years of life lost from illicit drug use (2.1 million vs 1.5 million for alcohol) shows the concentration of illicit drug deaths in younger people, whereas alcohol and tobacco deaths occur in middle-aged and older adults.

Lo scenario epidemiologico ha identificato negli estremi della curva anagrafica della popolazione le fasce più esposte al consumo di alcol.

GIOVANISSIMI ED ANZIANI



Più di 8 milioni di consumatori a rischio Superiori alla media le frequenze di under 16 , 16-17 (M) & over 65



Complessivamente, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, il 25,4% degli uomini ed il 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, circa 8.600.000 persone, consumano alcolici senza rispettare le indicazioni di consumo delle agenzie di sanità pubblica, esponendosi a rischi alcolcorrelati. Tale quadro appare ancora più preoccupante se si considera che nei consumatori di bevande alcoliche sono presenti più frequentemente che nei non consumatori comportamenti o abitudini che possono aggravare il rischio connesso all'uso di alcol quali l'uso quotidiano dell'automobile o l'abitudine al fumo.

Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della Relazione al Parlamento 2011



Ricoveri

Intossicazioni giovanili e nei minori

Cirrosi, Cardiomiopatie e Polineuropatie negli ultra55enni

**Tab.15 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*)
SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO - ANNO 2009**

Diagnosi di dimissione (*)		< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	0,2	11,2	51,0	37,6	100
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,2	15,0	56,0	28,8	100
305.0	Abuso di alcol	1,1	24,8	53,2	21,0	100
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	2,8	44,9	52,2	100
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	2,7	36,8	60,5	100
535.3	Gastrite alcolica	0,0	6,0	43,6	50,3	100
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,2	8,5	40,2	51,1	100
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	10,1	48,7	41,2	100
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,3	31,5	67,2	100
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,0	5,9	42,4	51,7	100
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	22,2	11,1	44,4	22,2	100
980	Effetti tossici dell'alcol	13,4	25,4	31,3	29,9	100
Totale		0,2	9,5	43,9	46,4	100

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

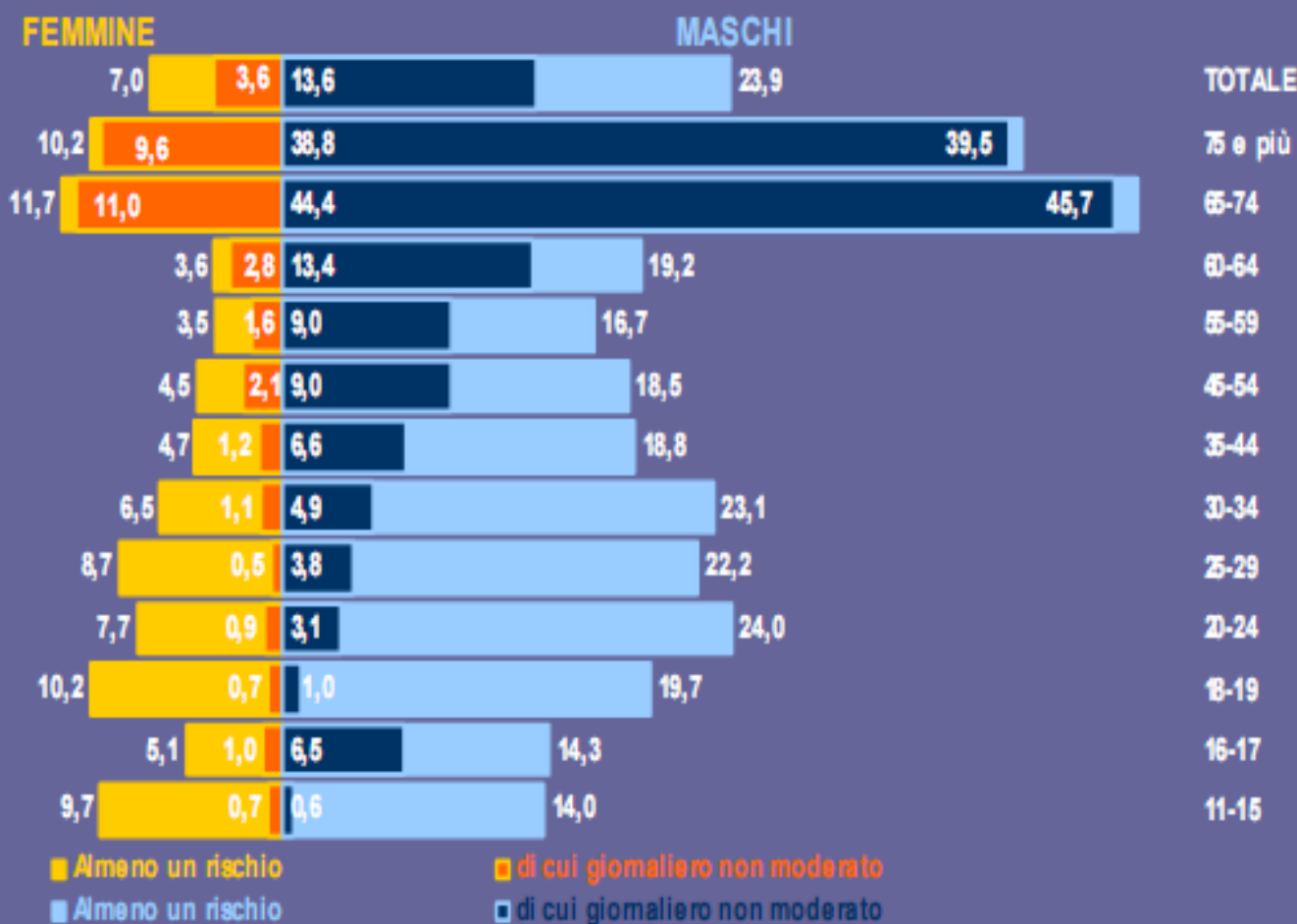
Fonte: Dalla presentazione del Ministro della Salute della relazione al Parlamento 2011



L'abuso di alcol: i gruppi di popolazione

**Giornaliero
non moderato**

Persone di 11 anni e più per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per sesso e classi d'età. Anno 2011 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)



Comportamenti a rischio sono più diffusi tra: anziani di 65 anni e più (il 43,0% degli uomini contro l'10,9% delle donne), giovani di 18-24 anni (il 22,8% dei maschi e l'8,4% delle femmine) e adolescenti di 11-17 anni (il 14,1% dei maschi e l'8,4% delle femmine).

Anziani e modello di consumo: per gli anziani di 65 anni e più il tipo prevalente di comportamento a rischio è pressoché coincidente con un consumo giornaliero non moderato, soprattutto durante il pasto (81,9% degli uomini e 66,4% delle donne).

IL CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI. ANNO 2009

PREVALENZA (%) DEI CONSUMATORI PER TIPOLOGIA BEVANDA ALCOLICA

Tipologia di consumatore	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	85,9	53,9	77,6	48,4	68,7	43,9	81,7	50,5
Consumatori di vino	79,6	74,1	74,1	43,1	64,6	40,8	76,5	44,8
Consumatori di birra	45,5	19,8	28,3	10,4	17,6	5,7	37,5	14,4
Consumatori di aperitivi alcolici	21,6	6,7	12,3	3,4	5,3	1,8	17,2	4,8
Consumatori di amari	28,4	8,3	18,0	4,7	9,8	3,5	23,4	6,3
Consumatori di super alcolici	24,8	5,6	13,7	3,3	6,2	3,0	19,6	4,4
Consumatori di alcolici fuori pasto	26,8	6,6	18,5	4,8	10,3	3,3	22,6	5,5
Consumatori <i>binge drinking</i>	7,1	2,4	2,4	0,7	ns	ns	5,0	1,0
Consumatori a rischio-criterio ISS	47,7	41,9	41,9	9,1	35,3	6,7	44,7	11,3

CIRCA 3 MILIONI DI CONSUMATORI A RISCHIO ULTRA 65enni

65 – 74 anni 1.800.000

75 – 84 anni 900.000

> 85 anni 200.000

IN PRESS Fonte: E. Scafato et al. EPIDEMIOLOGIA e MONITORAGGIO alcol-correlato in ITALIA. 2010. Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

The UN Political Declaration on NCDs (2011)

 Global strategy to reduce the harmful use of alcohol	Tobacco use	Unhealthy diets	Physical inactivity	Harmful use of alcohol
Cardiovascular diseases	✓	✓	✓	✓
Diabetes	✓	✓	✓	✓
Cancer	✓	✓	✓	✓
Chronic lung disease	✓			

European Year of **Active Ageing** 2012:

**Live longer means not only
add years to life
but
add life to years**

Invecchiamento attivo

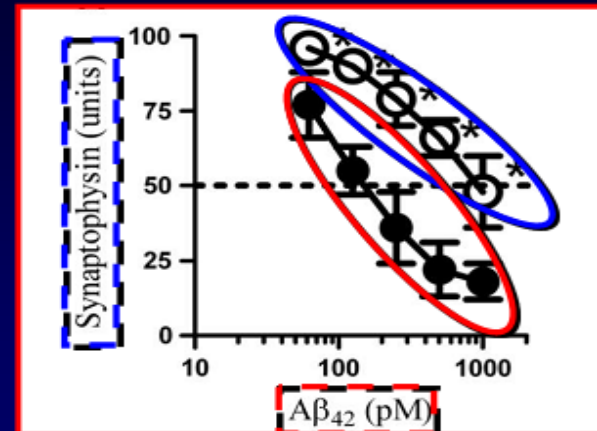
significa beneficiare di opportunità di salute, partecipazione sociale, sicurezza per arrivare ad un' adeguata qualità di vita nel rispetto dei propri desideri, capacità e bisogni

Fattori interni ed esterni agenti sulla neurogenesi continuo rimodellamento

- ◉ Neurotrasmettitori + -
- ◉ Ormoni + -
- ◉ Fattori di accrescimento +
- ◉ Arricchimento sensoriale +
- ◉ Senescenza -
- ◉ Beta-amiloide -
- ◉ Ischemia -
- ◉ Ambiente arricchito +
- ◉ Psicoterapie +
- ◉ Ambiente impoverito -
- ◉ Attività fisica +
- ◉ Apprendimento ippocampo-dipendente +
- ◉ Apprendimento in ansia + -
- ◉ Intake calorico -

Nei bevitori moderati

ETHANOL PROTECTS HIPPOCAMPAL NEURONS AGAINST A β ₄₂ INDUCED SYNAPSE DAMAGE



Bate C et al Neuropharmacology 2011

Positive Effects

In the UK most people consume alcohol in moderation, the majority of acute harm is found in the younger rather than the older age groups. Although the protective effects of alcohol are still open for debate (Fillmore et al 2007, Corrao et al 2002) evidence suggests that there is a protective effect apparent at light or moderate drinking levels. These effects are present for high blood pressure, coronary heart disease, ischemic stroke (O'Connell et al 2003) and some types of dementia (Ruitenbergh et al 2002, Pindler and Sadler 2004). In relation to coronary heart disease women in particular do show evidence of this protective effect but only post menopausally (Single et al 1998). Alcohol may also aid sleep (Byles et al 2003).

At a population level a recent report for England and Wales noted that "...current alcohol consumption marginally reduces mortality but the favourable mortality balance is only found among older men and women" (Britton 2001).

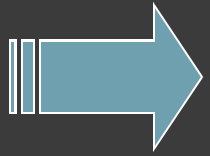
The Vintage Project 2009 EU

Good health into older age

- ⦿ Per riportare il focus della salute pubblica sull'anziano
- ⦿ Per raccogliere buone prassi di trattamento
- ⦿ Per raccogliere dati europei
- ⦿ Per raccogliere letteratura sul tema

Un obiettivo negletto della prevenzione Scafato





Tendenza ad osservare il problema dell'alcol all'interno del mondo giovanile, tralasciando il problema degli anziani:

- ❖ Poco interesse nell'anziano
- ❖ Credenza che pochi anziani bevano in quantità tale da avere dei problemi alcol-correlati
- ❖ Vecchi alcolisti considerati i barboni senza dimora, cause perse
- ❖ Molti anziani alcolisti vivono isolati e raramente attirano l'attenzione
- ❖ Gli anziani tendono a negare la loro condizione di bevitori problematici
- ❖ Spesso i problemi legati all'alcol vengono scambiati per sintomi legati alla senilità
- ❖ È molto difficile rilevare il consumo di alcol e riconoscere eventuali problemi correlati , pochi dati confrontabili
- ❖ Le conseguenze di consumo di alcolici negli anziani hanno scarse ripercussioni sulla comunità locale e sulle famiglie fino a che.....

Conferenza Medusa ottobre 2011

Il 27% degli europei over 55 anni ha avuto un episodio di binge drinking settimanale nell'ultimo anno

(5 o più unità alcoliche in una sola occasione)



CRISI, L'HAPPY HOUR COME 'MENSA SERALE'. MA PUÒ FAR MALE ALLA SALUTE
www.leggo.it

Gli over 65 cenano con l'happy hour, a rischio la salute degli anziani

La crisi sottrae potere d'acquisto alle fasce più deboli. Il 47,7% degli uomini tra i 65 e i 74 anni eccedere con gli alcolici. In nove anni aumentati del 10% i ricoveri per cirrosi epatica



Alcol e cibi ricchi di grassi. È la dieta verso la quale si sta orientando una fetta della popolazione anziana in Italia, quella alla quale la crisi economica ha sottratto potere d'acquisto e l'exit strategy è quella di frequentare, almeno

nelle grandi città come Roma e Milano, gli happy hour, dove sono accessibili, per una modesta cifra, cibi e soprattutto, alcolici. È «l'elemento-emergente» che rileva Emanuele Scialoja, dell'Istituto Superiore di Sanità e direttore dell'Osservatorio nazionale sull'alcol, alla vigilia della Giornata Mondiale della Salute che si celebra sabato in tutto il mondo.



Con la crisi gli anziani scoprono l'happy hour ma alcol e grassi mettono a rischio la loro salute

Abuso di alcol, apericena, anziani a rischio. L'Happy hour si può trasformare in qualcosa di molto triste, per l'abuso di alcol tra gli anziani

La cena al tempo della crisi

Anziani a rischio: fanno l'happy hour per risparmiare

Quale dose?



Just a couple of beers ...



ITALY

Hazardous drinkers definition

According to the Italian guidelines for a healthy diet
hazardous drinkers

are all the subjects who overcome the specific
daily limits, different by sex and age

Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

0 Unità
fino ai 16 anni



1 Unità

tra i 18 e i 20 anni
ed oltre i 65 anni



1-2 Unità
per le donne



2-3 Unità
per gli uomini

GUIDELINE For 65+ : no more than 1 standard unit /day
1 UNIT = 12 grams

Birra
330 ml



oppure
4,5°

Vino
125 ml



oppure
12°

Aperitivo
80 ml



oppure
18°

Cocktail
alcolico
40 ml



oppure
36°

1 bicchiere = 1 unità = 12 grammi di alcol

Differenti fra simili

- Il sistema sanitario fatica a dotarsi di strumenti age-oriented di approccio e riabilitazione alcol correlati



Prevenzione



Presenza in carico



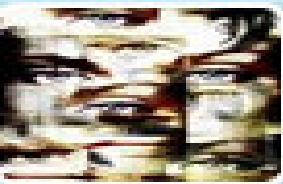
Riabilitazione

Peculiarità dei soggetti anziani

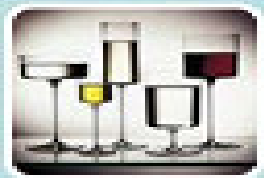
- ⦿ Per il 60% negli anziani le malattie si manifestano con modalità atipiche
- ⦿ Essendoci una ridotta riserva funzionale spesso le manifestazioni patologiche sono precoci ed eclatanti
- ⦿ Molti meccanismi omeostatici possono essere compromessi simultaneamente

ALCOL e ANZIANI

Le cause della vulnerabilità

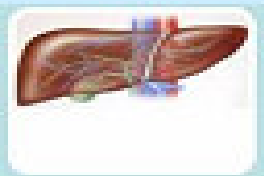


Gli anziani sono più sensibili all'alcol a causa di modificazioni fisiologiche



Calo rapporto liquidi/grassi corporei

Meno acqua, minore diluizione dell'alcol



Calo flusso sanguigno epatico

Incremento di rischio di danni al fegato



Calo efficienza enzimi epatici <6gr ETOH/hr

Alterazione del metabolismo dell'alcol



Calo reattività cerebrale

Rapido effetto su cervello, alteraz. cognitiva

Assessment geriatrico

strumento diagnostico multidimensionale e multidisciplinare

- ◉ Anamnesi fisiologica, patologica prossima e remota, stato nutrizionale, esame obiettivo, tests di laboratorio

- ◉ Stato funzionale

Attività della vita quotidiana (BADL IADL,AADL)

Prove di performance fisica

- ◉ Salute psichica

Stato cognitivo e affettivo

Disturbi comportamentali

Abuso di sostanze, farmaci e alcol

- ◉ Fattori socio-ambientali

Rete di interazione e supporto sociale

Adeguatezza e sicurezza ambientale

Situazione economica

approccio olistico ma.....

- ◉ Scarsa comunicazione fra operatori
- ◉ Frammentazione dei progetti
- ◉ Medicalizzazione degli interventi
- ◉ Approccio contenitivo dei servizi
- ◉ Inseguimento delle emergenze
- ◉ Pensiero magico degli interventi
- ◉ Scarsa lungimiranza dei servizi

There are five different categories of alcohol use:

- 1) **Abstainers or light drinkers.**
- 2) **Moderate drinkers.** Men who drink two or fewer drinks a day, and women and seniors who drink one or fewer drinks a day are considered moderate drinkers.
- 3) **At-risk drinkers.** Men, who drink more than 14 drinks a week, or more than four per occasion, are considered at-risk. So are women who drink more than seven drinks a week, or three per occasion. (Drinking four or more drinks per occasion is defined as binge drinking.)
- 4) **Alcohol abusers.** Abusers meet at least one of these criteria:
 - failure to meet obligations at work, home or school;
 - recurrent use in hazardous situations, like while driving;
 - legal problems related to alcohol use;
 - continued use despite alcohol-related social problems.
- 5) **Alcohol dependent.** Dependent patients meet at least one of these criteria:
 - withdrawal symptoms;
 - use of larger amounts of alcohol than intended;
 - unsuccessful attempts to control use;
 - excessive time spent recovering from alcohol use;
 - continued use despite alcohol-related physical or psychological problems.

Criteri diagnostici per la Dipendenza da Sostanze Psicoattive secondo il DSM-IV

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

1) tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:

a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato.

b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza.

2) astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:

a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per la Astinenza delle sostanze specifiche).

b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

3) la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.

4) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza.

5) una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per esempio, recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per esempio fumando "a catena"), o a riprendersi dai suoi effetti.

6) interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso di sostanza.

7) uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per esempio, il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a cusa dell'assunzione di alcool).

Criteri diagnostici per Abuso di Sostanze Psicoattive secondo il DSM-IV

A) Una modalità patologica di uso della Sostanza Psicoattiva, come indicato da almeno una delle seguenti condizioni:

1) uso continuo malgrado la consapevolezza da parte del soggetto di avere un problema persistente o ricorrente di natura sociale, lavorativa, psichica o fisica, che è causato o accentuato dall'uso della Sostanza Psicoattiva;

2) uso ricorrente in situazioni fisicamente rischiose (per es. guida in stato di intossicazione).

B) Certi sintomi del disturbo persistono da almeno un mese, o se si sono manifestati ripetutamente in un periodo di tempo più lungo.

C) Non soddisfa i criteri per la Dipendenza da Sostanze Psicoattive per questa sostanza.

Astinenza da alcool o sindrome d'astinenza

	SINDROME LIEVE O PRECOCE	SINDROME GRAVE O TARDIVA
Sistema nervoso autonomo, segni e sintomi	Tachicardia, ipertensione, diaforesi, febbre, tremore	Aggravamento dei sintomi e dei segni della sindrome precoce
Cambiamenti comportamentali	Irrequietezza, irritabilità, ostilità, agitazione, reattività esagerata	Allucinazioni, illusioni (normalmente paranoici)
Alterazioni delle funzioni cognitive	Distraibilità e scarsa concentrazione, scarsa memoria e ridotta capacità di giudizio	Disorientamento spaziale e temporale, sensorio obnubilato, decorso variabile
Tratto gastrointestinale, segni e sintomi	Anoressia, nausea e vomito, diarrea	Aggravamento dei segni e dei sintomi
Complicanze neurologiche	Debolezza, crampi, tremori	Aggravamento dei sintomi e dei segni della sindrome precoce, crisi epilettiche motorie generalizzate
Modificazioni del sonno	Insonnia, incubi	Aggravamento dei sintomi e dei segni della sindrome precoce

Criteri diagnostici per l'astinenza da alcool secondo il DSM-IV

- | |
|---|
| A) Cessazione (o riduzione di) uso di alcool che è stato pesante e prolungato. |
| B) Due (o più) dei seguenti sintomi, che si sviluppano in un periodo variabile da alcune ore ad alcuni giorni dopo che è risultato soddisfatto il Criterio A: |
| 1) iperattività del SNA (per esempio, sudorazione o frequenza del polso maggiore di 100) |
| 2) aumentato tremore delle mani |
| 3) insonnia |
| 4) nausea e vomito |
| 5) allucinazioni o illusioni visive, tattili o uditive transitorie |
| 6) agitazione psicomotoria |
| 7) ansia |
| 8) crisi di grande male |
| C) I sintomi del Criterio 8 causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. |
| D) I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non sono meglio spiegati con un altro disturbo mentale. |

Criteri diagnostici per il Delirium Iremens secondo il DSM-IV

- A) Alterazione della coscienza (cioè, ridotta lucidità della percezione dell'ambiente), con ridotta capacità di focalizzare, mantenere, o spostare l'attenzione.
- B) Una modificazione cognitiva (come deficit di memoria, disorientamento, alterazioni del linguaggio), o lo sviluppo di una alterazione percettiva che non risulta meglio giustificata da una demenza preesistente, stabilizzata o in evoluzione.
- C) Il disturbo si sviluppa in un breve periodo di tempo (generalmente da ore a giorni), e tende a presentare fluttuazioni giornaliere.
- O) Vi è la dimostrazione, fondata sulla storia, sull'esame fisico, o sugli esami di laboratorio, che i sintomi dei Criteri A e B si sono sviluppati durante, o poco dopo, una sindrome da astinenza

Trattamento dei Disturbi Neurologici alcool correlati

Cessazione del consumo di alcool

Tiamina, 100 mg/die (la prima dose e.v o i.m.)

Altre vitamine del complesso B (la niacina è importante specialmente per la pellagra)

Dieta adeguata

Riposo

Terapia fisica (per la polineuropatia alcoolica)

Trattamento delle complicanze da alcool (per es. Gastriti, pancreatiti)

Disturbi alcool correlati di incerta patogenesi

Disturbi	Descrizione
Degenerazione cerebellare da alcool	Il danno dello strato granulare e delle cellule del Purkinje della porzione anteriore superiore del verme conduce a gradi variabili di instabilità del tronco e ad atassia degli arti inferiori
Malattia di Marchiafava-Bignami	Una rara malattia con demielinizzazione che interessa le porzioni centrali del corpo calloso. Può determinare alterazioni della memoria e del giudizio, progredendo verso la demenza
Mielinosi pontina centrale	Una degenerazione focale simmetrica della mielina che occupa il centro del ponte. Può condurre a debolezza dei muscoli facciali e della lingua; può aversi, inoltre una paralisi bulbare spastica
Atrofia corticale cerebrale	Diffusa atrofia della corteccia frontale, allargamento simmetrico dei ventricoli laterali e del terzo. Può essere associata con la sindrome di Wernicke-Korsakoff.
Miopatia alcoolica	Necrosi delle fibre muscolari. Grande debolezza dei muscoli prossimali e distali. Necrosi delle fibre muscolari.

Indicators that inpatient hospital supervision is needed for withdrawal from a prescription drug include the following (2):

- A high potential for developing dangerous abstinence symptoms such as a seizure or delirium because the dosage of a benzodiazepine or barbiturate has been particularly high or prolonged and has been discontinued abruptly or because the patient has experienced these serious symptoms at any time previously
- Suicidal ideation or threats
- The presence of other major psychopathology
- Unstable or uncontrolled comorbid medical conditions requiring 24-hour care or parenterally administered medications (e.g., renal disease, diabetes)
- Mixed addictions, including alcohol
- A lack of social supports in the living situation or living alone with continued access to the abused drug(s).

In general, the Panel recommends that the initial dose of a drug for suppression and management of withdrawal symptoms should be one-third to one-half the usual adult dose, sustained for 24 to 48 hours to observe reactions, and then gradually tapered with close attention to clinical responses. (1)

ALCOLISMO

Precoce e Tardivo

Si possono distinguere due gruppi di anziani alcolodipendenti:

- Alcolisti Precoci (66%) con una lunga storia di etilismo alle spalle, maggior peso della genetica
- Alcolisti Tardivi (33%) che diventano forti bevitori in età avanzata, bevitori reattivi.

Eventi di vita ed Alcolismo

- Morte del coniuge
- Diminuzione del vigore fisico
- Mancanza di salute
- Carenza del supporto familiare
- Privazione e/o Negazione del ruolo sociale e produttivo
- Sindrome del “Nido Vuoto” (distanza dei figli)

Alcolismo Femminile

Una percentuale non indifferente è
rappresentata dal sesso femminile.

La vecchiaia priva in parte la donna del fascino
seduttivo

La solleva dalle responsabilità materne

La costringe alla perdita degli affetti

(vita media più lunga degli uomini)

Alcol come

- ...sonnifero
- ...compagno
- ...antidolorifico
- ...antidepressivo
- ...gioco
- ...riempitivo
- ...specchio deformante
- ...famiglia

Farmaci ed anziani



Tabella VIII. Indicazioni per l'impiego delle BDZ nell'anziano.

1. Prescrivere solo la dose minima efficace e limitare la durata del trattamento
2. Utilizzare preferibilmente BDZ a breve emivita (alprazolam, lorazepam, oxazepam) o ultrabreve (es. triazolam)
3. Evitare di prescrivere BDZ a pazienti confusi o dementi
4. Valutare una possibile interazione tra BDZ e sostanze depressogene del SNC (quali alcool, prodotti da banco contenenti antistaminici, ecc.). Tale interazione può indurre eccessiva sedazione, confusione mentale, comportamento disinibito o agitazione
5. Durante un ricovero ospedaliero, prescrivere BDZ con cautela a soggetti anziani in terapia con ipnotici, sedativi non benzodiazepinici, analgesici o narcotici
6. Nelle sindromi ansiose ad andamento cronico (DOC, DAP, GAD) dove sono considerati di scelta gli SSRI, le BDZ possono essere utili all'inizio del trattamento a scopo ansiolitico e/o come ipnoinducenti.

Tabella II. Possibili modificazioni farmacocinetiche negli anziani.

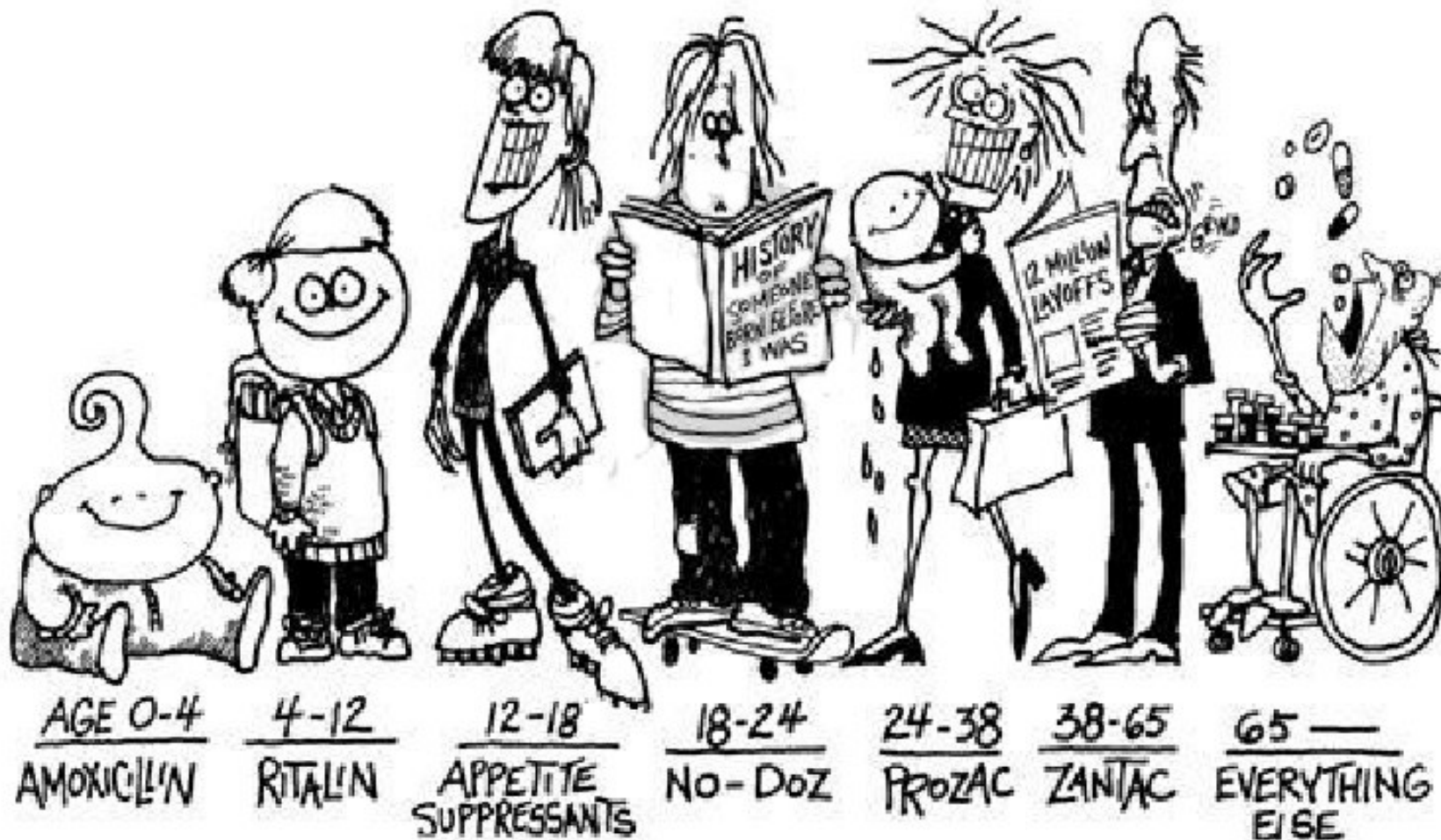
MODIFICAZIONI FISIOLOGICHE

- ↓ tasso di filtrazione glomerulare
- ↓ attività degli enzimi epatici
- ↓ flusso sanguigno epatico
- ↑ relativo del grasso corporeo
- ↓ proteine plasmatiche

EFFETTI FARMACOCINETICI

- ↓ escrezione metaboliti idrosolubili
- ↑ emivita degli antidepressivi
- ↓ tasso di clearance plasmatica
- ↑ relativo del volume di distribuzione
- ↑ della frazione libera dei farmaci

DRUG-FREE AMERICA



Copyright by Signe Wilkinson

uso di farmaci per anziani 1

- ⦿ Più farmaci, più interazioni
- ⦿ Maggiore sensibilità nell'anziano
- ⦿ Dosaggi più bassi, per evitare effetti tossici
- ⦿ Difficoltà nelle prescrizioni
frazionamento eccessivo
- ⦿ Disturbi della memoria
- ⦿ Scarsa aderenza alla terapia
- ⦿ Problemi uditivi

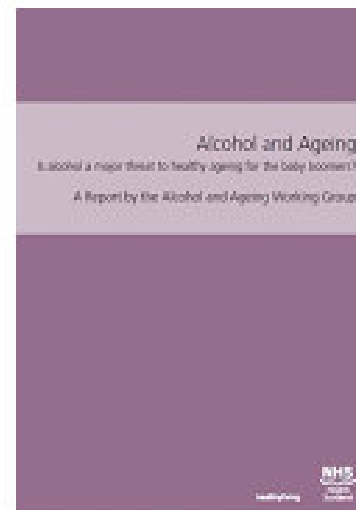
Uso di farmaci per gli anziani 2

- ⦿ Strategie semplificate per l'assunzione
- ⦿ Interazioni farmaco-cibo, farmaco-farmaco
- ⦿ Attenzione ai farmaci in gtt
- ⦿ Cercare collaborazione dei care-givers
- ⦿ Rivalutazione periodica della terapia nell'insieme
- ⦿ Ci sono doppioni?
- ⦿ Il farmaco è ancora necessario?

Alcohol and Medication Interactions

Table 4. Summary of alcohol and medication interactions (Source: BNF)

Drug group	Effect
ACE Inhibitors and Angiotensin-II Antagonists	Enhanced hypotensive effect
Analgesics	Sedative and hypotensive effect of opioid analgesics enhanced
*Antibacterials	Disulfiram-like reaction with cefomandole, metronidazole, and possibly timidazole; increased risk of seizures with cycloserine
*Anticoagulants	Enhanced anticoagulant effect of warfarin, with large amounts of alcohol. Changes in diet and alcohol consumption will affect warfarin control
*Antidepressants	Sedative effect of tricyclics (and related) enhanced; tyramine (contained in some alcoholic and dealkoholised beverages) interacts with monamine oxidase inhibitors (MAOIs) (hypertensive crisis) – but if no tyramine, enhanced hypotensive effect; effects of alcohol possibly enhanced by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
Antidiabetics	Enhanced hypoglycaemic effect; increased risk of lactic acidosis with metformin
Antiepileptics	CNS side-effects of carbamazepine possibly enhanced
Antihistamines	Enhanced sedative effect
Antihypertensives	Enhanced hypotensive effect; sedative effect of indoramin enhanced
Antimuscarinics	Sedative effect of hyoscine enhanced
Antipsychotics	Enhanced sedative effect



Drug group	Effect
Anxiolytics and Hypnotics	Enhanced sedative effect
Barbiturates and Primidone	Enhanced sedative effect
Beta-blockers	Enhanced hypotensive effect
Calcium-channel blockers	Enhanced hypotensive effect; plasma-alcohol concentration possibly increased by verapamil
Cytotoxics	Disulfiram-like reaction with procarbazine
Dopaminergics	Reduced tolerance to bromocriptine
Lofexidine	Enhanced sedative effect
Muscle relaxants	Baclofen, methocarbamol and tizanidine enhance sedative effect
Nabilone	Enhanced sedative effect
Nitrates	Enhanced hypotensive effect
* Paraldehyde	Enhanced sedative effect
Retinoids	Etretinate formed from acitretin in presence of alcohol

Alcool e Farmaci

Gli anziani sono grandi consumatori di medicinali - (in media 4 diverse specialità/die).

L'alcool è in grado di accelerare o rallentare la clearance di un farmaco, intervenendo soprattutto sull'azione epatica.

L'alterazione può far emergere un insieme di effetti indesiderati e imprevisti, tanto più pericolosi quanto più coinvolgono il S.N.C. aumentando il rischio di incidenti e cadute.

Il farmaco ideale

- ⦿ Efficacia terapeutica documentata
- ⦿ Tollerabilità e sicurezza
- ⦿ Assenza di interazioni farmacologiche
- ⦿ Maneggevolezza d'impiego
- ⦿ Sicurezza in overdose
- ⦿ Efficacia rapida
- ⦿ Efficacia profilattica
- ⦿ Nessun effetto sulle problematiche internistiche
- ⦿ Basso costo

A-A-R-P! I wanna join the A-A-R-P!



The Retirement Village People

Complicazioni

Pericolo di cadute, con successive fratture,
maggiormente implicate le donne per l'osteoporosi

Peggioramento dei deficit cognitivi

Malnutrizione

Ansia e depressione

Disturbi del sonno

Delirium

Paranoia

Problemi comportamentali

Aumento di suicidalità

fratture

L'intossicazione da etanolo favorisce una osteopenia progressiva correlata a:

- ⦿ alterazione del ciclo metabolico della Vit. D
- ⦿ inibito assorbimento intestinale del Calcio
- ⦿ decremento del Testosterone e della sintesi proteica
- ⦿ disturbo maturativo del collagene osseo

cadute

In questi soggetti alcolisti la predisposizione alla frattura invalidante (soprattutto femore ed anca) è aggravata dalla riduzione del riflesso di protezione, una alterazione della psicomotricità caratteristica degli ultrasettantenni, accentuata dall'abuso alcolico.

Deficit Cognitivi

Non è del tutto chiaro il ruolo dell'alcool nell'invecchiamento cerebrale.

Sia esso il responsabile primario o un cofattore favorente, la presenza di decadimento cognitivo in questi individui è tuttavia caratteristica comune.

Deficit Cognitivi

L'abuso di alcool può provocare un certo grado di atrofia cerebrale con conseguente deficit:

- ⦿ Percezione visiva
- ⦿ Pensiero astratto
- ⦿ Apprendimento
- ⦿ Memoria a breve termine

L'abuso alcolico è pertanto da considerare un fattore d'invecchiamento prematuro

Malnutrizione

Altra area di rischio importante per l'alcolista tardivo è la Malnutrizione.

Spesso questi individui sono dispeptici, gastropatici o inappetenti.

Vivono spesso in ristrettezze economiche, candidandosi alla ipoalimentazione.

COMPLICANZE ALCOL CORRELATE NELL'ANZIANO:

⇒ demenza: le persone anziane tendono ad avere un rischio maggiore di demenza precoce collegata all'alcol; la demenza alcol correlata interessa dal 25 al 60 % degli alcolisti anziani e si riferisce a sindromi quali la sindrome di Wernicke-Korsakoff e la demenza da intossicazione alcolica.

⇒ depressione: questo disturbo può precedere l'alcolismo, ma nel 90% dei casi ne è una conseguenza (verificare se i sintomi permangono anche dopo un mese di completa astinenza).

Tabella IX. Presentazioni cliniche della depressione: confronto tra anziani ed adulti giovani.

ANZIANI	ADULTI GIOVANI
Le lamentele per l'umore depresso possono essere assenti, ma è presente perdita di piacere e interesse	L'umore depresso è il sintomo chiave
Comuni le preoccupazioni somatiche, specialmente per sintomatologia dolorosa e facile stancabilità	Preoccupazioni somatiche meno comuni
Spesso presente pseudodemenza o difficoltà mnemoniche soggettive	Raramente presente pseudodemenza
Insonnia molto frequente	Insonnia frequente
Agitazione frequente, talora prevalente nel quadro clinico, spesso accompagna l'ansia	Agitazione non frequente
Pensieri suicidari non frequentemente espressi	Pensieri suicidari più frequentemente espressi
Comportamenti suicidari molto frequenti	Possibili comportamenti suicidari

Tab. III. Caratteristiche cliniche del quadro depressivo.

Sintomo	Anziani	Adulti giovani
Umore depresso	+	+++
Anedonia	+++	+++
Assetto cognitivo depressivo	++	++
Preoccupazioni somatiche	+++	+
Pseudodemenza	++	-
Insonnia	+++	++
Agitazione	+++	+
Pensieri suicidari espressi	+	++
Suicidio	++	+

Tab. IV. Sintomi residui nella depressione.**Psicologici**

- perdita di interesse/motivazioni
- ansia

Comportamentali

- ridotta produttività lavorativa
- ritiro sociale

Somatici/fisici

- faticabilità
- disturbi del sonno
- sintomi dolorosi

9.6 The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G) The MAST-G has 24 yes/no questions.

1. After drinking have you ever noticed an increase in your heart rate or beating in your chest?
2. When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?
3. Does alcohol make you sleepy so that you often fall asleep in your chair?
4. After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?
5. Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?
6. Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night?
7. Do you have rules for yourself that you won't drink before a certain time of day?
8. Have you lost interest in hobbies or activities you used to enjoy?
9. When you wake up in the morning, do you ever have trouble remembering part of the night before?
10. Does having a drink help you sleep?
11. Do you hide your alcohol bottles from family members?
12. After a social gathering, have you ever felt embarrassed because you drank too much?
13. Have you ever been concerned that drinking might be harmful to your health?
14. Do you like to end an evening with a nightcap?
15. Did you find your drinking increased after someone close to you died?
16. In general, would you prefer to have a few drinks at home rather than go out to social events?
17. Are you drinking more now than in the past?
18. Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?
19. Do you drink to take your mind off your problems?
20. Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?
21. Do you sometimes drive when you have had too much to drink?
22. Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?
23. Have you ever made rules to manage your drinking?
24. When you feel lonely does having a drink help?

Score greater than 5 indicates possible alcohol problems.

Interventi brevi

- ⦿ Consultazione
- ⦿ Consulenza
- ⦿ CBT
- ⦿ Attivazione di care-givers, familiari, amici, rete sociale
- ⦿ Gruppi di auto-mutuo aiuto

FRAMES

Tools for effective brief interventions

The six critical principles are summarized by acronym FRAMES (Millar & Sanchez 1993):

- **F**eedback of personal information; current health status and blood tests)
- **R**esponsibility; emphasizing the patients personal responsibility for the change.
- **A**dvice; giving clear advice may involve prompting total abstinence, and to reduce drinking to safe levels.
- **M**enu; offering patients a menu of alternative strategies emphasises perceived control and personal choice which may lead to greater commitment to change.
- **E**mpathy is potent determinant of patient motivation and change.
- **S**elf-Efficacy; the practitioner's belief in the patients ability to change can also influence recovery.

There is strong evidence that brief intervention in the primary care setting is a powerful and effective tool in influencing the behavior of heavy drinkers.

CBT 3 tappe Dupree e Schonfeld 2005

- ⦿ Analisi degli antecedenti e delle conseguenze per comprendere la catena delle situazioni
- ⦿ Situazioni a rischio
- ⦿ Insegnare skills

Lavoro sugli skills

Situazioni di rischio	Skills
Pressione sociale	Prove di rifiuto
Solitudine	Costruzione di rete sociale
Depressione	Ristrutturazione cognitiva e stop del pensiero
Ansia	Problem solving e tecniche di rilassamento
Rabbia	Training di assertività
Pressione	Delegare e rimandare
Ricadute	Training

.....programmi lunghi !



Grazie!

.... e se tu intendi la vecchiezza aver per suo cibo la sapienza, adoprali in tal modo in gioventù che a tal vecchiezza non manchi nutrimento.



Jo. Leonardo