

Alcol, disagio psichico e terza età

- Alcol e anziani: quale percorso assistenziale

Fidenza 19/4/2012

Palma Padula



Questa è l'espressione del disagio di chi deve affrontare problematiche legate agli anziani, alla fragilità e alla dipendenza da alcol

ALCOOL E ANZIANI

- Il consumo di alcol negli anziani è spesso un problema subdolo, di difficile interpretazione e generalmente misconosciuto
- I segni del consumo dannoso sono spesso ignorati o confusi con i sintomi generici dell'invecchiamento

ALCOOL E ANZIANI

- Sono poche le revisioni della letteratura sistematiche che documentano le reali dimensioni del fenomeno
- Mancanza di politiche sanitarie pubbliche rivolte a strategie di prevenzione del consumo di alcol e dei problemi correlati agli anziani

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

- **Riduzione rapporto liquidi/grassi corporei:** meno acqua = minor diluizione dell'alcol
- **Riduzione flusso sanguigno epatico:** aumentato rischio danni al fegato
- **Calo efficienza enzimi epatici:** alterazione metabolismo dell'alcol
- **Ridotta reattività cerebrale:** rapido effetto sul cervello, alteraz. cognitive

Secondo le linee guida italiane per una Sana Alimentazione si definiscono

CONSUMATORI A RISCHIO i soggetti che eccedono i limiti giornalieri per età e sesso

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 65 anni**
- 1-2 Unità per le donne
- 2-3 Unità per gli uomini

1 UNITA' = 12 grammi

**1 bicchiere di birra/vino/aperitivo/cocktail
alcolico = 1 unità = 12 gr alcol**

ALCOOL E ANZIANI

- Su circa 36 milioni di consumatori circa il 25% rappresenta la quota di consumatori a rischio di sesso maschile di tutte le età e il 7-8% è la quota di consumatori a rischio di sesso femminile di tutte le età
- In pratica 1 uomo su 4 ed 1 donna su 10 sono bevitori problematici.

(Osservatorio nazionale alcol 2009)

ALCOOL E ANZIANI

- Di questi 9 milioni di consumatori a rischio oltre **3 milioni sono ultra65enni**
- Il **vino** è la bevanda alcolica consumata in maniera quasi esclusiva dagli anziani



ALCOOL E ANZIANI

- Nell'anziano la capacità di demolizione dell'alcol assunto per alterazioni fisiologiche e metaboliche si riduce a circa 12 grammi al giorno, cioè un bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica.

**BERE MENO O CESSARE DI BERE
COMPORTA A QUALUNQUE ETA'
UN VANTAGGIO PER LA SALUTE**



ALCOOL E ANZIANI

- Le fasce più esposte al consumo dannoso di alcol si identificano negli estremi della curva della popolazione: i **giovanissimi** e gli **anziani**
- I maschi adulti e gli anziani sono più esposti al rischio rispetto alle femmine

ALCOOL E ANZIANI

- Tra gli adolescenti la forbice tra i due sessi si riduce
- Le ragazzine al di sotto dei 16 anni surclassano i coetanei per le relazioni pericolose con l'alcol

DANNI DA ALCOL

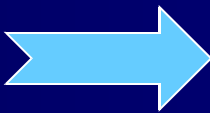
- Epatopatia alcolica
- Cirrosi epatica
- Gastrite
- Pancreatite
- Demenza alcolica
- Degenerazione cerebellare
- Epilessia

DANNI DA ALCOL

- Cardiomiopatia
- Cancro esofageo
- Deficit acido folico e tiamina
- Neuropatia periferica
- Osteoporosi
- Ipoglicemia
- Ipertensione arteriosa

ALCOL E MALNUTRIZIONE

- Dispepsia
- Inappetenza
- Depressione
- Gastropatie
- Gravi ristrettezze economiche
- Disagio esistenziale

 Disordine alimentare per difetto

Alcol ed invecchiamento cerebrale

- ATROFIA CORTECCIA CEREBRALE E DANNI SFERA COGNITIVA:
 - Percezione visiva
 - Pensiero astratto
 - Apprendimento
 - Memoria

ALCOL E FARMACI

- Gli anziani assumono spesso più di un farmaco (in media 4 farmaci al giorno)
- L'alcol è in grado di accelerare o ridurre la clearance di un farmaco col risultato di ridurre o potenziarne gli effetti (vedi effetti su antidolorifici, antibiotici, psicofarmaci)

Gli effetti dell'alcol sul SNC sono dose-dipendenti:

- All'inizio compare euforia e perdita del controllo
- Poi, con il crescere dei livelli ematici, vi è una progressiva depressione delle funzioni corticali: difficoltà della dizione, incoordinazione, irritabilità, sonnolenza, stupore, coma e morte

Livelli ematici di alcol

- >400 mg/dl stato comatoso
- ≥ 600 mg/dl pericolo per la vita



SINDROME DA ASTINENZA

Quando vi è riduzione o interruzione brusca dell'assunzione di alcol:

- Tremori grossolani
- Nausea, ansia
- Arrossamento del viso, sudorazione
- Sensazione di "scosse interne"

SINDROME DA ASTINENZA

- Alterazione ritmo sonno-veglia
- Allucinazioni visive, tattili, talvolta anche uditive
- Convulsioni generalizzate, motorie
- Delirium tremens:

Agitazione, confusione, disorientamento, allucinazioni, febbre, iperattività del sistema nervoso autonomo

EARLYONSET e LATEONSET DRINKERS

- Nella letteratura tra i vari autori vi è un generale consenso nel dividere gli alcolisti anziani in due sottogruppi sulla base dell'epoca in cui si presume sia iniziato l'abuso alcolico:
 - Earlyonset drinkers
 - Lateonset drinkers

EARLYONSET DRINKERS

- sono coloro che hanno iniziato a bere in modo inadeguato in età giovanee-adulta (2/3 circa)

LATEONSET DRINKERS

- sono i cosiddetti bevitori tardivi che hanno iniziato a bere in modo inadeguato in età avanzata in risposta per lo più a fattori di stress psicosociale e a situazioni di generico disagio esistenziale (1/3 circa)

ASPETTI PECULIARI DEI BEVITORI TARDIVI:

- Chiedono all'alcol un "aiuto" contro i numerosi problemi della vecchiaia, utilizzandone gli effetti sedativi, antidepressivi e disinibenti
- Bevono di meno ma più frequentemente secondo uno schema regolare, routinario

ASPETTI PECULIARI DEI BEVITORI TARDIVI:

- Reazione ad eventi stressanti quali la vedovanza, lutti familiari in genere, la malattia, la carenza del supporto familiare, la privazione del ruolo sociale e produttivo, il pensionamento, la solitudine affettiva, il trasferimento in un ambiente di vita diverso, l'istituzionalizzazione
- Non sono mai dei gran bevitori

ASPETTI PECULIARI DEI BEVITORI TARDIVI:

- Hanno meno problemi di tipo medico correlati all'alcol
- Tendono a mascherare e nascondere questa loro consuetudine
- La dipendenza è più psicologica che fisica
- Dimostrano un'ottima compliance al trattamento

ASPETTI PECULIARI DEI BEVITORI TARDIVI:

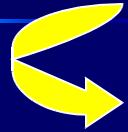
- L'alcolismo tardivo è meno preoccupante di quello ad insorgenza giovanile tuttavia è un importante fattore di rischio per
 - Cadute
 - Deficit cognitivi
 - Malnutrizione
 - Interazione alcol farmaci

DETERMINANTI DELLA FRAGILITÀ

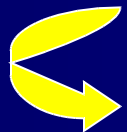


Anziano fragile

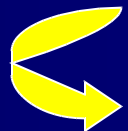
Morte del coniuge



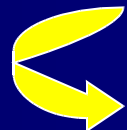
Depressione



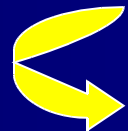
Aumentata assunzione di alcool



Deambulazione incerta, Osteoporosi



Caduta accidentale



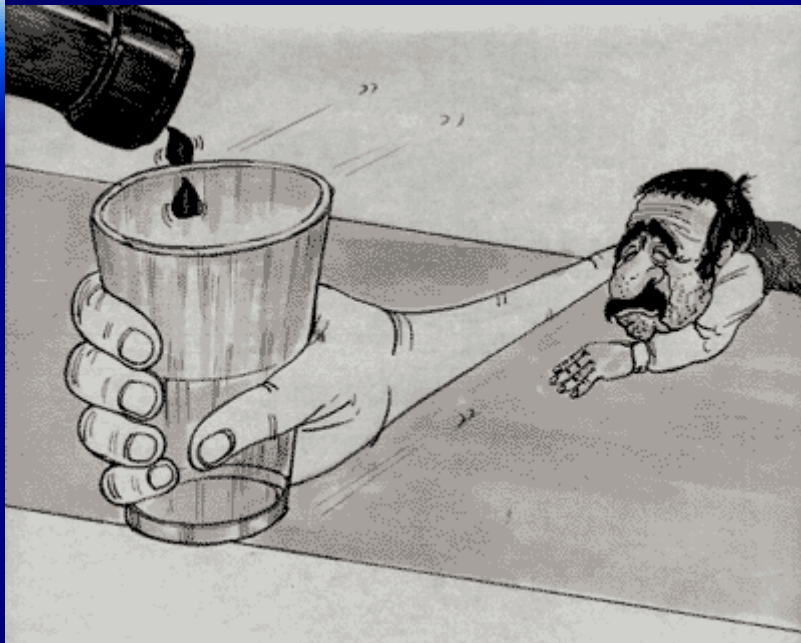
FRATTURA di FEMORE

OSTEOPENIA da alterazioni metaboliche determinate dall'abuso di alcol

- Deficit 25idrossilazione vit.D
- Inibizione assorbimento intestinale calcio
- Riduzione testosterone
- Riduzione sintesi proteica epatica
- Disturbo maturativo collagene osseo

 Cadute  Fratture

Caso clinico: sig. Aldo



- Pz di 68 anni
- Vedovo da oltre 30 anni
- Ha un figlio di 45 anni, sposato, impegnato con il lavoro, che abita in un paese limitrofo
- Un altro figlio è deceduto a 14 anni, subito dopo la morte della moglie
- Abita in un appartamento di proprietà, sito al II senza con ascensore.

Caso clinico: sig. Aldo

- Ha avuto una compagna per circa 20 anni, che lo ha lasciato circa un anno fa per i suoi disturbi comportamentali
- Risulta affetto da Epatopatia cronica ad eziologia mista (tossica/HBV+), BPCO in fumatore, esiti di gastrectomia per ulcera peptica, sindrome depressiva.
- Viene descritto dal figlio come "duro, burbero, autoritario, grande lavoratore, iperattivo.

Caso clinico: sig. Aldo

- Forte bevitore, ha intensificato le condotte di abuso nell'ultimo anno, con progressivo calo dell'iniziativa, flessione dell'umore, ritiro sociale, con progressivo peggioramento delle condizioni di vita (non si alimentava, non si lavava, non curava la propria persona) con progressiva perdita dell'autosufficienza

Caso clinico: sig. Aldo

- Negli ultimi 10 mesi ha effettuato numerosi ricoveri in Medicina, Geriatria, Pneumologia e numerosi accessi al P.S. per intossicazione acuta da alcol con caduta a terra.
- In uno di questi primi ricoveri viene segnalato come dimissione difficile all'assistente sociale del Comune di residenza, che si attiva facendo dei colloqui con l'interessato e il figlio ed offrendo i vari Servizi Territoriali
- Inoltre l'assistente sociale segnala il caso al SERT distrettuale

Caso clinico: sig. Aldo

- Il sig. Aldo non accetta di farsi seguire dal SERT e dall'assistente sociale accetta solo l'erogazione del pasto a domicilio, che spesso non consuma
- L'UVG viene attivata dall'assistente sociale e dal medico curante per formulare un piano assistenziale più adeguato ai bisogni dell'anziano

Caso clinico: sig. Aldo

■ San Secondo 25/09/08

Alla Responsabile SAA
All'Assistente Sociale
Al medico curante Dr.
Al SERT dr.ssa Gariboldi

■ **OGGETTO:** valutazione multidimensionale sig. **xxxxxxxx**, nato il 29/12/'37 e residente a, via Brigade Garibaldi n°15.

■ Familiare di riferimento: il figlio, sig. Massimo Tel.

■ **BINA 240**

■ **ADL 4/6**

■ **SPMSQ 8/10**

■ Il sig. Aldo xxxxx è stato visitato in data odierna su segnalazione dell'assistente sociale del Comune di residenza per la formulazione di un idoneo piano assistenziale.

■ Risulta affetto da etilismo cronico con epatopatia cronica ad eziologia mista (tossica +HBV), BPCO in fumatore, esiti di gastroresezione per ulcera peptica, sindrome depressiva.

■ Alla visita si presenta vigile, orientato e ben disposto al colloquio; il tono dell'umore è depresso e pur riconoscendo le proprie abitudini voluttuarie accetta mal volentieri le soluzioni proposte.

■ La deambulazione avviene in autonomia, ma con qualche incertezza a causa della grave astenia.

Caso clinico: sig. Aldo

- Si alimenta da solo con pasti già pronti con scarso appetito. Viene riferito un importante calo ponderale nell' ultimo anno.
- Presenta incontinenza urinaria saltuaria, necessita di supervisione per l'igiene e la cura della persona e di aiuto per il mantenimento dell'ambiente domestico, la preparazione dei pasti e la somministrazione dei farmaci.
- Vedovo da oltre trent'anni, ha solo un figlio di 45 anni, coniugato ed impegnato con il lavoro, che abita a xxxxxxx; un altro figlio è deceduto all'età di 14 anni.
- Ha avuto una compagna per circa vent'anni, che lo ha lasciato circa un anno fa a causa dei disturbi comportamentali legati all'abuso di alcool.
- L'abitazione è un appartamento di proprietà, sito al secondo piano senza ascensore.
- Al momento l'anziano vive solo con la supervisione del figlio, che è presente con accessi quotidiani e spesso si ferma a dormire anche la notte; i pasti sono forniti dal SAD comunale, mentre per le pulizie domestiche vi è una figura privata due/tre volte la settimana.
- Dall'inizio dell'anno l'anziano ha subito numerosi ricoveri ospedalieri, determinati da episodi sincopali con elevato tasso alcolemico

Caso clinico: sig. Aldo

- Poiché l'assistenza domiciliare, nel corso degli ultimi mesi, è stata molto difficoltosa a causa della scarsa collaborazione dell'anziano, in accordo con il medico curante e con il SERT, che era già a conoscenza del caso, in quanto contattato precedentemente dai Servizi Sociali, si è proposto un ricovero temporaneo presso la Casa di Cura di Monticelli, finalizzato ad un aggiustamento terapeutico per poter poi prevedere un inserimento in una Struttura protetta del distretto per garantire nel tempo quell'equilibrio che nel corso dei ricoveri ospedalieri comunque raggiunge

Caso clinico: sig. Aldo

- Alla dimissione da Monticelli è stato rivalutato dall'UVG e concordato un ingresso temporaneo presso una Struttura protetta del distretto per consolidare i risultati ottenuti (disintossicazione dall'alcol), monitorare l'apporto nutrizionale e favorire momenti di socializzazione.

Caso clinico: sig. Aldo

- All'inizio il sig. Aldo all'interno della Casa Protetta si è inserito abbastanza bene, entrando in rapporto soprattutto con il coordinatore, il medico della Struttura ed alcuni operatori
- La soluzione residenziale avrebbe dovuto essere una soluzione transitoria e temporanea e come tale era vissuta dal sig. Aldo

Caso clinico: sig. Aldo

- Nella formulazione del PAI erano stati coinvolti sia la responsabile del caso che il figlio
- All'inizio aveva cercato di bere il vino degli altri ospiti poi beveva con tranquillità solo 1/2 bicchiere a pasto
- Gli veniva razionalizzato il n° delle sigarette perché era in ossigeno-terapia con concentratore

Caso clinico: sig. Aldo

- Purtroppo il figlio non è mai riuscito a riallacciare un legame affettivo sincero
ha sempre rifiutato un tentativo di rientro al domicilio,
ha rifiutato il suggerimento di rientri nel fine-settimana o durante le feste,
ha rifiutato il suggerimento di un pranzo al ristorante con il padre, la moglie e il bimbo di 7 anni, questi ultimi tenuti sempre molto in disparte nei rapporti con l'anziano.

Caso clinico: sig. Aldo

- E il grande vuoto affettivo creatosi con la morte della moglie e del figlio adolescente non è mai stato colmato da nulla
a nulla è servito l'alcol, il fumo, l'affetto di una nuova compagna, il lavoro, le attenzioni degli operatori della Struttura, ecc.

Caso clinico: sig. Aldo

- Il sig. Aldo è deceduto all'età di 70 anni dopo circa un anno di ricovero in Casa protetta per complicanze polmonari, dopo aver realizzato che non sarebbe più rientrato nella sua abitazione.

Anziano fragile

Lutto familiare



ISTITUZIONALIZZAZIONE

Riflessioni

- QUALI ALTRI INTERVENTI POTEVANO ESSERE FATTI?
- QUANDO INTERVENIRE
- COME INTERVENIRE (GRUPPI DI AUTO MUTUO-AIUTO)
- SOSTEGNO PSICOLOGICO ALL'ANZIANO, AI FAMILIARI, AGLI OPERATORI

Riflessioni

- E' MOLTO IMPORTANTE CREARE UNA RETE DI SOSTEGNO CHE VALORIZZI E MOBILIZZI LE RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO IN UN'OTTICA DI INTEGRAZIONE PROFESSIONALE VOLTA AD ELIMINARE QUEL SENSO DI ABBANDONO/SOLITUDINE/INADEGUATEZZA CHE PUO' COLPIRE IL PAZIENTE, IL FAMILIARE O L'OPERATORE STESSO.